

КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ И ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Балтабаев М.К.

Кыргызско-Российский Славянский Университет,
Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская Республика

Диагностика, лечение и профилактика кожных болезней неразрывно связаны с состоянием внутренних органов больного. Это имеет большое значение, так как незнание патогенеза внутренних болезней оказывает негативное влияние на результаты лечения многих дерматозов. Кожа является одной из важных составных систем целостного организма. Функциональные и органические изменения в ряде органов и систем отражаются и на состоянии кожи. Для успешного лечения кожных болезней необходимо иметь достаточные познания в ряде теоретических медицинских дисциплинах таких как биохимия, нормальная и патологическая физиология, микробиология и иммунология, патологическая анатомия и другие. Многие дерматозы формируются в результате нарушения инициальных механизмов энзимных процессов в тканях и органах, приводящие к накоплению токсических метаболитов, которые способствуют формированию патологических очагов в коже. Следует отметить, что существующая патология может быть генетически детерминирована.

В качестве наглядного примера может служить наличие ряда синдромов, таких как Либмана-Сакса, CREST-синдром при системных коллагенозах, сопутствующие злокачественные новообразования при дерматомиозите, ряде пузырных дерматозов, влияющих на клиническое течение и прогноз заболевания.

Вышеуказанное позволяет сделать вывод, что при многих дерматозах необходимо по возможности найти то нарушенное звено в патогенезе, которое может локализоваться не только в коже, но и во внутренних органах с использованием новейших достижений науки и техники. Указанная программа действий позволит успешно лечить не только саму болезнь, но и предупредить ее рецидив, дальнейшее формирование хронического патологического процесса.



Для создания надлежащего базиса в совершенствовании аналитического и логического мышления необходимы достаточные познания в философских дисциплинах, что-бы уметь абстрагировать и находить причинно-следственные взаимосвязи в патогенезе дерматозов.

1. КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОГО ТРАКТА

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта на коже могут возникать многочисленные высыпания, чаще это признаки аллергических заболеваний (экзема, нейродерматозы), а также таких заболеваний как розовые угри (розацеа), себорея, дерматит Лейнера-Муссу, различные формы хронической пиодермии. Абсорбирование непереваренных белков, гистаминоподобных веществ, порфиринов и других химических соединений, вызывает сенсibilизацию кожи к свету и являются причиной различных фотодерматозов, дерматитов, уртикарии. В развитии зуда и разных реакций со стороны кожи играют роль кишечные паразиты, например лямблии, острицы и другие виды глистов. При многих кожных заболеваниях наблюдаются изменения в кишечнике. Так при острой волчанке, дерматомиозите (язвы кишечника), при склеродермии (изменения пищевода, желудка, кишечника), при acanthosis nigricans часто обнаруживается рак желудка, кишечника или поджелудочной железы. Панкреатиты, панкреатический калькулез, рак поджелудочной железы и сахарный диабет часто бывают причиной появления разных кожных реакций, фолликулитов, ксантом, гангрены, пиодермии, пигментаций липоидного некробиоза и других явлений со стороны кожи.

При заболеваниях печени частым симптомом со стороны кожи является желтуха, при которой

появляется желтушная окраска кожи и слизистых оболочек. Циррозы печени сопровождаются интенсивным зудом и кожными сыпями в виде рассеянных монетовидных высыпаний, вследствие расширения кровеносных сосудов кожи ладоней, спины и других областей. При желчно-каменной болезни больных беспокоят зуд и желтизна кожи, ксантелазмы, наблюдаются лейконихии и койлонихии. При холангитах и холециститах язык становится гладким и красным, может появляться крапивница, угревая сыпь. Различные формы гепатитов могут сопровождаться аллергическими явлениями со стороны кожи.

Нами исследованиями было установлено, что такое распространенное заболевание кожи как псориаз также сочетается патологией гепатобилиарной системы. У больных данным дерматозом было найдено накопление в периферической крови значительного количества неконъюгированных фракций желчных кислот, которые могут быть причиной гиперпролиферации эпидермиса. Подробный патогенетический механизм развития псориаза на основе нарушения обмена желчных кислот представлен на следующей схеме.



2. ЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ КОЖИ ПРИ ЭНДОКРИНОПАТИЯХ

При эндокринной патологии часто наблюдаются изменения со стороны кожи как при синдроме Иценко-Кушинга, болезни Аддисона, липо-

идном некробиозе, акромегалии, претибиальной микседеме, гипотиреозах, климактерической кератодермии.

При гиперсекреции гормона роста отмечают множественные изменения со стороны кожи: огрубление и гипертрофия мягких тканей кожи лица, толщина кожи увеличивается в несколько раз, плотно прилежит к подкожно-жировой клетчатке. Появляются глубокие складки и извилистые борозды, напоминающие *cutis verticis gyrata*. Заболевание всегда сопровождается гипергидрозом, вследствие увеличения сальных и потовых желез. Наблюдается усиленный рост щетинистых волос. Помимо увеличения размеров конечностей у больных наблюдаются снижение либидо и потенции.

Синдром Иценко-Кушинга наблюдается в результате избыточного поступления в кровь эндогенных или экзогенных кортикостероидов, которые наблюдаются при гормоноактивных опухолях надпочечников, реже злокачественных опухолях внутренних органов, а также при длительной терапии кортикостероидами. Со стороны кожи наблюдается ее атрофия, цианотичная эритема, мраморный рисунок кожи, наличие теле-

ангиэктазий и звездчатых ангиом, гиперпигментации, у женщин явления гирсутизма, у мужчин – демаскулинизации. Важным симптомом болезни Иценко-Кушинга является гиперкератоз подошв. Распространенные фолликулярные папулы на кожных покровах. Наблюдается нарушение функции сальных желез, которое сопровождается уменьшением салоотделения или случаями жидкой себореи с появлением угревой сыпи в области лица, спины, груди. Частые случаи геморрагий на

кожных покровах, в результате изменения реологических функций крови.

Болезнь Аддисона характеризуется наличием снижения выработки кортикостероидов корой надпочечников в результате развития деструктивных или аутоиммунных процессов в ткани надпочечника. Обращает на себя внимание кожные

проявления болезни: гиперпигментация, наличие пятнистой пигментации слизистых оболочек). В то же время отсутствует гиперпигментация на ладонях, подошвах, волосистой части головы. Нередко наблюдается темно-коричневая пигментация ногтей. Цвет пятнистых элементов варьирует от темно-синего до бурого, коричневого цвета. Гиперпигментация также наблюдается в области естественных складок кожи.

Претибиальная микседема появляется, по мнению многих авторов в результате увеличения содержания в крови тиреотропного гормона, вследствие чего наблюдаются застойные явления и изменения сосудов кожи. Частыми кожными симптомами заболевания являются неравномерное утолщение кожи, узелковые высыпания и опухолевидные образования плотной консистенции, располагающиеся на тыле обеих стоп. Кожа в очагах поражений желтовато-коричневого с переходом в темный цвет. Появляется гиперпигментация нижних век и частое их дрожание (симптом Еллинека). Субъективные ощущения и пигментация слизистых оболочек отсутствуют. В отличие от диффузной микседемы претибиальная микседема носит ограниченный характер и сочетается с другими симптомами гипертиреоза.

При гипогиреозе наблюдается недостаток тиреоидных гормонов, что сопровождается появлением на коже диффузной микседемы. Кожный процесс развивается медленно и носит распространенный характер. Лицо больного маскообразное, кожные покровы бледные с желтоватым оттенком. Помимо отека лица, наблюдается отечность кистей рук, голеней, стоп и других участков тела. Кожа сухая и холодная, не собирается в складку. Имеются также распространенные мелкие узелковые высыпания полушаровидной формы, плотной консистенции, сливающиеся друг с другом и имеющие восковидный оттенок. На локтях появляются симптомы гиперкератоза (симптом Бера). Выпадают щетинистые волосы латеральной части бровей (симптом Хертога). Наблюдается замедление роста волос, и их выпадение на волосистой части головы, в подмышечных впадинах и лобке. Часто встречается дистрофические изменения ногтевых пластинок по типу койлонихии, лейконихии, повышенная их ломкость, появление поперечных линий Бо.

Липоидный некробиоз в большом проценте случаев встречается у больных, страдающих сахарным диабетом. Но отмечены случаи без наличия последнего заболевания. Клинически

больных сахарным диабетом часто беспокоит зуд кожи, который отличается большим упорством к проводимой терапии. Часты у больных проявления гнойничковых и грибковых инфекций: хронический фурункулез, кандидозы гладкой кожи и слизистых оболочек.

В результате сосудистых нарушений на коже чаще нижних конечностей появляются проявления липоидного некробиоза. Очаги поражений характеризуются появлением пятнистых, узелковых элементов в начале болезни эритематозного характера, в дальнейшем приобретающие синюшный оттенок. Узелковые элементы сливаются с друг другом образуют бляшки овальных очертаний и гладкой поверхностью. Некоторые элементы становятся плотными напоминаящие очаги склеродермии. В центре некоторых очагов со временем появляется атрофия, а иногда и язвенные дефекты кожи.

Часты у больных сахарным диабетом и появления ксантом желтоватого цвета, возвышающиеся над уровнем кожи, локализирующиеся на разгибательных участках конечностей. Локализация ксантом на веках носит название ксантелазм. Кожа у больных сахарным диабетом сухая, теряет свой тургор. Вследствие дегидратации наблюдается шелушение кожи, также могут появляться множественные коричневатые пятна.

У больных с расстройствами функции гонад, особенно при их гипофункции у больных наблюдается недоразвитие наружных половых органов. Кожа становится нежной и гладкой. Наблюдается диффузное поредение волос в аксиллярных областях и лобке. У женщин гипогонадизм приводит к развитию крауроза вульвы, появляются лейкоплакии. Перед менструацией у части женщин наблюдаются различные вазомоторные расстройства, наличие жидкой себореи кожи лица, появляются угри.

Часто в климактерическом периоде у женщин наблюдается появление ладонно-подошвенной кератодермии в сочетании повышением артериального давления и ожирения, называемым синдромом Хакстхаузена.

3. ЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ КОЖИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ И ПОЧЕК

При заболеваниях легких частым симптомом кожной патологии являются аллергические дерматозы, такие как экзема, нейродермит (атопический дерматит), крапивница, детская чесотка.

Отмечены сочетанные заболевания бронхо-легочной системы и кожи, особенно это наглядно при бронхиальной астме у детей и взрослых. Известны, так называемые *alterrations morbides*, вспышка кожных заболеваний аллергической природы при затихании приступа бронхиальной астмы. При хронических воспалительных заболеваниях легких – бронхоэктазиях наблюдаются барабанные пальцы и телеангиэктазии на коже лица.

При заболеваниях почек кожа выступает компенсаторным органом для экскреции токсических метаболитов в наружную среду. Часто это проявляется при таких системных заболеваниях как красная волчанка, дерматомиозит, склеродермия, пузырчатка. Известны поражения кожи у детей при вовлечении патологический процесс почек (гломерулонефриты), проявляющиеся хроническим фурункулезом и стрептодермиями, вторичными эритродермиями, генерализованной формой экземы.

4. КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ КОЛЛАГЕНОЗАХ

Коллагенозы - обширная группа системных заболеваний, при которых наблюдается сочетанное поражение, как кожи, так и внутренних органов. В дерматологической практике наибольший интерес представляют красная волчанка, дерматомиозит, склеродермия.

Красная волчанка тяжелое системное заболевание в настоящее время неизвестной этиологии. Наибольшее значение в настоящее время придается аутоиммунным механизмам развития патологического процесса.

С дерматологической точки зрения красная волчанка делится на хроническую или интегументную и системную формы заболевания. При хронической красной волчанке преобладают кожная симптоматика без значительных функциональных и органических изменений со стороны внутренних органов. При системной форме заболевания проявляются как кожные симптомы и патология внутренних органов. Со стороны внутренней патологии наблюдаются артриты, полисерозиты, миоэндокардиты, нефрозонефриты, менингоэнцефалиты, гепатоспленомегалия, васкулиты, трофические нарушения кожи. Изменения внутренних органов особенно эндокардиты, нефрозонефриты, полисерозиты и артриты вошли в так называемый синдром **Либмана-Сакса**.

Большое значение придается лабораторным

показателям при этом заболевании, которые помогают объяснить некоторые патогенетические механизмы развития системного эритематоза (антиядерный фактор, наличие LE клеток в периферической крови, гипергаммаглобулинемия, увеличение СОЭ, появление С-реактивного белка, наличие антител к ДНК, а также нахождение антител к ядерным антигенам Ro/SS-A, La/SS-B, аутоантител к кардиолипину, нуклеопротеиду, лейкопения, анемии, тромбоцитопения, снижение уровня комплемента, а также иммунологические параметры крови больных).

Наиболее частые кожные проявления при красной волчанке – инфильтрированные эритематозные пятна с четкими очертаниями на поверхности, которых формируются плотно сидящие чешуйки и корочки характерны дерматологические симптомы (Бенье-Мещерского, дамского каблук, Хачатурьяна), наличие телеангиэктазий и пойкилодермии в очагах поражений. При системной и подострой формах красной волчанки у больных наблюдается диффузное выпадение волос, появление геморрагических элементов в области кончиков пальцев кистей рук и стоп. В тяжелых случаях на коже могут появляться буллезные элементы с серозным или геморрагическим содержанием. В некоторых очагах наблюдаются явления атрофии и гипопигментированные пятна.

Дерматомиозит – тяжелое системное заболевание с поражением кожи и мышечной ткани. Различают идиопатический и симптоматический дерматомиозит. Причиной развития идиопатического варианта могут служить различные провоцирующие факторы: инфекция, переохлаждение или перегрев макроорганизма, наличие фокальной инфекции, заболевания эндокринных органов, нарушения кальциевого обмена. Симптоматический вариант дерматомиозит часто проявляется в результате опухолевого процесса во внутренних органах, поэтому его назвали опухолевым дерматомиозитом. Частота злокачественных новообразований при дерматомиозите составляет примерно 50% случаев. Большое значение придается лабораторным критериям диагностики (циркулирующие антитела чаще анти Jo-1- антитела, уровень креатинфосфокиназы, аминотрансфераз, фруктозодифосфатальдозаза, лактатдегидрогеназы, увеличение показателей воспаления: С-реактивный белок, СОЭ, альфа 2-глобулины, эозинофилия в периферической крови, экскреции креатинина в моче). Поражение внутренних органов также наблюдается у больных дерматомиозитом,

которое проявляется вовлечением в патологический процесс миокарда, эндокарда, бронхо-легочной системы. Часто у больных в результате нарушения вентиляции легких возникают пневмонии. В желудочно-кишечном тракте также наблюдаются энтероколиты, увеличение печени, селезенки и периферических лимфоузлов. Отмечается поражение мышц гортани, сопровождающееся явлениями дисфагии. В костно-суставной системе наблюдаются явления остеопороза. Больных беспокоит нарастающая мышечная слабость и боли в них, в результате поражения мышц проксимальных и дистальных конечностей, они затрудняются поднять руки, самостоятельно одеться и встать. В тяжелых случаях у больных имеет место недержание мочи и кала. Часто возникают психические расстройства. При тяжелой форме заболевания может наблюдаться универсальное поражение мышечной системы.

Со стороны кожи при дерматомиозите возникает эритема синюшно-красного цвета, носящий распространенный характер в области лица, шеи, распространяющаяся на кожу груди и спины. Эритема сопровождается отеком тканей. Наличие эритемы и периорбитального отека в области лица носит название симптома очков. Цвет эритемы может варьировать от ярко-красного до застойно-синюшного и носит название цвет гелиотрона. Диффузная эритема может появляться и в области нижних и верхних конечностей. В очагах поражений также появляются лихеноидные элементы, геморрагии и везикулы. В старых очагах имеются гиперпигментированные пятна, телеангиэктазии, фарфорового цвета белесоватые пятна. Одним из ярких симптомов заболевания являются папулы Готтрона – появление папул синюшного цвета в области межфаланговых суставов пальцев кистей рук. Нередки случаи обызвествления кожи особенно вблизи суставов.

Системная склеродермия – тяжелое полиорганное заболевание, сопровождающее поражением кожи, внутренних органов, особенно сердечно-сосудистой, бронхо-легочной систем и желудочно-кишечного тракта. В настоящее время, по мнению ученых, ведущим является аутоиммунный генез развития болезни. Склеродермия существует в двух формах: акросклеротическая (очаговая) и диффузная. Акросклеротическая форма дерматоза представляет собой очагами уплотнения, кожа не собирается в складку, отмечается выпадение пушковых волос, нарушение сало- и потоотделения, изменение чувстви-

тельности: парестезии, гипостезии. Системная форма может возникать, как из акросклеротической, так и самостоятельно. Особенно часто это наблюдается у лиц женского пола. Провоцирующим фактором могут служить наличие очагов фокальной инфекции, переохлаждение, травмы, нервные потрясения, эндокринные расстройства и другие. Один из вариантов акросклеротической формы является CREST – синдром (кальциноз кожи, эндартериит Рейно, склеродактилия, телеангиэктазии). Большое значение придается лабораторным критериям диагностики (наличие антинуклеарных антител к центромерам и антигену SCL-70, повышение уровня оксипролина в периферической крови, гипергаммаглобулинемия, увеличение уровня показателей воспаления: СОЭ, С-реактивный белок, альфа 2 – глобулины, активация свертывающей системы крови).

5. ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ КОЖИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

При атеросклерозе часто наблюдается поражение кожи, характеризующееся ишемическим процессом, который может сопровождаться инфарктом с последующим некрозом тканей. Причиной развития инфаркта тканей служит атеромболия, сопровождающейся закупоркой мелких артерий фрагментами атеросклеротических бляшек. При атеросклеротическом процессе часто и в большей мере поражаются артериальные стволы нижних конечностей, что приводит к изменениям, встречающимся на коже указанных областей. Очаги поражений становятся бледными, цианотичными, лишенными волосяного покрова. При инфаркте границы очага некроза резко отграничены от здоровых участков кожи и напоминают очертания географической карты. При отпадении струпа обнажаются глубокие язвы, иногда патологический процесс завершается сухой гангреной (мумификацией) тканей. При пальпации отмечается ослабление пульса или отсутствие его на участках пораженных артерий. Стопы становятся бледными и холодными (симптом Элера). При атероземболии на коже могут появляться инфильтраты, узелки, бляшки, явления *livedo racemosa*. Многие узелки и бляшки могут некротизироваться, покрываясь струпом, с последующим обнажением глубоких язв.

При гипертонической болезни ишемический процесс в тканях, также часто осложняется появлением язв, особенно в области голени (син-

дром Марторела), которые располагаются в нижней трети конечности, и характеризуется симметричностью очагов. Язвы при этом заболевании могут появляться в результате незначительной механической травмы, сопровождаясь резкими болями, окруженные по периферии бордюром воспалительной гиперемии. Гипертензия у больных осложняется явлениями общей ангиопатии во внутренних органах (почки, глаза, сердце). Данная патология часто встречается у пожилых женщин.

Хроническая венозная недостаточность часто возникает при нарушении венозного кровотока, повышении давления в капиллярах, что сопровождается отеком конечностей, варикозной экземой, очагами гиперпигментации, варикозными язвами, склерозом кожи и подкожной жировой клетчатки.

Пузырно-сосудистый синдром. При различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы на слизистой оболочке полости рта после незначительных травм могут формироваться пузыри с геморрагическим содержимым. Это явление часто встречается у женщин в возрасте 40-75 лет. Пузыри могут сохраняться от нескольких часов до нескольких дней, вскрываясь, обнажаются эрозии. Очаги поражений эпителизируются в течение 1-2 дней. Наиболее частая их локализация отмечена в области мягкого неба, на языке, в области десен и слизистой оболочек щек. Проведение шпателем по видимой здоровой слизистой оболочке полости рта также способствует появлению геморрагических пузырей. При улучшении общего самочувствия больных наблюдается регресс этого симптома.

Септический эндокардит. Причиной развития септического эндокардита служат различные патогенные микроорганизмы (стафилококки, стрептококки, сальмонеллы, протей и другие), которые вызывают воспаление эндокарда, особенно часто вовлекаются в патологический процесс клапаны сердца. При этом заболевании на коже могут появляться следующие высыпания:

1. **Пятна Джейнуэя.** На коже ладоней и стоп наблюдается появление эритематозных или геморрагических пятен и папул небольших размеров. Эти симптомы характерны для острого септического эндокардита.

2. **Узелки Ослера.** На коже появляются ярко-красные, болезненные узелки размерами с горошину. Они чаще локализуются в дистальных отделах пальцев кистей рук и стоп в области поду-

шечек. Высыпания регрессируются в течение нескольких суток. Вышеуказанные узелки встречаются у 5% пациентов. Узелки обычно появляются в результате септической эмболии капилляров кожи. При аспирационной биопсии очагов поражений можно выделить пиогенную микрофлору.

3. **Линейные кровоизлияния ногтевого ложа.** Появляются линейные очаги красного цвета в центре ногтевого ложа.

4. **Появление петехий и геморрагических пятен,** не изменяющиеся при диаскопии. Очаги поражений располагаются сгруппировано, частая их локализация в области верхних и нижних конечностей, на груди, конъюнктиве глаза, на слизистой оболочке полости рта (мягкое и твердое небо). Регресс элементов наблюдается в течение нескольких суток. Наблюдается у 20-40% больных, страдающих септических эндокардитом.

5. **Симптом барабанных палочек.** Наблюдается при затяжном течении заболевания у 15% пациентов.

6. **Гангрена конечностей.** Наблюдается при септической эмболии кровеносных сосудов.

7. **Гнойничковая пурпура.** Высыпания характеризуются пустулезно-петехиальными элементами.

6. ИЗМЕНЕНИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИНОК ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

При патологии внутренних органов часто можно наблюдать изменения со стороны ногтевых пластинок. Наиболее характерны следующие признаки:

1. **Линии Мюрке.** Появление двух полос на ногте, параллельные луночке. Они хорошо видны на розовом фоне и не смещаются по мере роста ногтя. Линии Мюрке появляются при гипоальбуминемии, при нефротическом синдроме.

2. **Симптом Терри.** Проксимальные 2/3 ногтя имеют белый цвет, дистальная треть – розовый. Встречается при сердечной недостаточности и циррозе печени. Встречается также часто у больных уремией.

3. **Синдром желтых ногтей.** Синдром включает триаду признаков: дистрофия и желтая окраска ногтей: патология лимфатической системы (аплазия, лимфангиэктазия, лимфедема, лимфангиит) и какое либо заболевание внутренних органов. Чаще это болезни органов дыхания (бронхоэктазы, плевриты), а также злокачествен-

ные новообразования (лимфогранулематоз, рак матки, меланома, неходжкинская лимфома).

4. **Телеангиэктазии ногтевого валика.** Расширение и извитость капилляров заднего ногтевого валика, обусловлены, возможным повреждением иммунными комплексами эндотелия кровеносных сосудов кожи. Встречается при дерматомиозите, редко при системной красной волчанке и системной склеродермии.

5. **Линии Бо.** Появление поперечных углублений на ногтевой пластинке. Данный признак появляется в результате временной остановки роста ногтя. Причиной этому служат тяжело протекающее заболевание внутренних органов – инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, шок, гектическая лихорадка.

6. **Койлонихия.** Вогнутая форма ногтей – ложкообразные ногти появляются при размягчении и истончении ногтевой пластинки. Койлонихии встречаются при хронической форме железодефицитной анемии, синдроме Пламмера-Вильсона. Другие причины: синдром Рейно, гемохроматоз, механические и химические травмы ногтей.

7. **Симптом барабанных палочек.** Из-за увеличения дистальных фаланг пальцы приобретают сходство с барабанными палочками, а ногти с часовыми стеклами. Угол Ловибонда (угол, который составляет задний ногтевой валик и ногтевая пластинка, при боковом осмотре последней) превышает 180 градусов. Ткань между ногтем и подлежащей костью становится губчатой, вследствие чего надавливание на пластинку приводит к ее смещению и подвижности. Чаще этот симптом встречается при заболеваниях сердца, органов дыхания, а также болезней брюшной полости.

8. **Опухоль Кенена.** Характерный признак туберозного склероза, когда на ногтевой пластинке в области заднего ногтевого валика появляются фибромы.

9. **Коричневые ногти.** Ногтевые пластинки приобретают коричневый цвет в результате гиперпигментации ногтя. Этот признак часто появляется при первичной надпочечниковой недостаточности, синдроме Нельсона, гемохроматозе, при лечении препаратами золота, отравлении мышьяком.

10. **Голубые ногти.** Данный признак часто встречается при приеме антималярийных препаратов, миноциклина, препаратов серебра, а также при гемохроматозе, болезни Вильсона, алкаптонурии.

11. **Продольные кровоизлияния в области ногтевой пластинки. Симптом Верко.** Наблюдается при механических травмах ногтевого ложа, при септическом эндокардите. Если данные явления встречаются при узловой эритеме, то указанный признак носит название симптома Верко.

12. **Повышенная ломкость ногтей и точечная ониходистрофия** встречается при гормональных расстройствах, аутоиммунных заболеваниях, дефиците в организме микроэлементов (железа и цинка).

7. ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ КОЖИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРОВИ И ОРГАНОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ

При болезнях органов кроветворения часто отмечаются изменения со стороны кожи (синдром Пламмера-Вильсона, агранулоцитоз – синдром Шульца). Злокачественная трансформация клеток миелоидного и лимфоидного ряда сопровождаются гемorragиями, язвами, часто наблюдаются некрозы и пролежни. Помимо вышеуказанного на коже появляются многочисленные элементы виде бляшек, узлов, состоящие из пролифератов различного генеза. В связи с развитием вторичной анемии отмечается резкая бледность кожных покровов у больных с вышеуказанной патологией. С кожными проявлениями сочетаются такие заболевания как синдром Чедиака-Хигаши, Ломбарта-Нанты. В результате патологии со стороны органов кроветворения с кожными проявлениями сочетаются группа гемorragических диатезов (болезнь Верльгофа, Шейлейн-Геноха, синдром Олдрича, болезнь Шамберга, пурпура Майокки, Гужеро-Блума и другие). Заслуживает большого внимания патология иммунной системы, когда происходит злокачественная трансформация клеток лимфоидной системы сочетающимися различными кожными проявлениями (первичный ретикулез кожи, ретикулосаркоматоз Гогтрона – группа В-клеточных лимфом кожи, грибвидный микоз – Т-клеточная лимфома).

8. ЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ КОЖИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОСТНО-СУСТАВНОЙ И НЕРВНОЙ СИСТЕМ

Большое значение для практических врачей имеют группа ревматических заболеваний, часто ассоциирующиеся с кожными проявлениями, такие как дерматомиозит, склеродермия, красная

волчанка. Для дифференциальной диагностики имеет большое значение как синдром Рейтера и Стилла и артропатические формы псориаза.

Кожа имеет тесную эмбриологическую связь с нервной системой и поэтому при ряде факотозов наблюдаются сочетанные поражения, как кожи, так и нервной системы. Большое значение для молодых врачей имеет раннее распознавание таких заболеваний как синдром Прингля-Бурневилля, нейрофиброматоз – болезнь Реклингхаузена, синдромы Клиппель-Линдау, Штуржд-Краббе-Вебера. При аномалии развития черепа наблюдаются и аномалии конечностей, ушей, синдактилия, акромегалия, полидактилия.

При поражении периферической нервной системы наблюдается чаще у мужчин псевдосирингомиелитическая язвенно-мутилирующая и деформирующая акропатия Тевенарда-Брауна, эритромегалгия, синдром Зюдека. Нельзя обойти стороной и такой аспект, когда трофические нарушения со стороны, как периферической, так и центральной нервной системы сопровождаются различными кожными проявлениями – пролежни, глубокие язвы, атрофии.

9. ЯВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ КОЖИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ БЕЛКОВОГО, УГЛЕВОДНОГО, ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ И ВИТАМИННОГО БАЛАНСА

При нарушении белкового обмена наблюдается различный спектр заболеваний, сочетанные с поражением кожи (квашиноркор, порфиринопатии, алкаптонурия, геморрагические диатезы). При истинных диспротеинозах наблюдаются следующие моменты в патогенезе заболеваний:

- угнетение свертывания крови вследствие появления ненормальных протеинов сыворотки (парапротеинов), что наблюдается при миеломной болезни, лейкомиах, мастоцитозах;

- повышение проницаемости стенок сосудов, вследствие аутоиммунных реакций;

- повышение проницаемости стенок сосудов вследствие отсутствия в крови глобулинов, необходимых для поддержания нормальной проницаемости стенок;

- механическое затруднение капиллярного кровообращения, вследствие образования эритроцитарных агломератов и протеинового осадка при парапротеинемии и повышения вязкости крови.

На основании вышеуказанного могут наблюдаться следующие клинические синдромы: ги-

перглобулинемическая пурпура Вальденштрема, криоглобулинемия, агаммаглобулинемия.

Нарушения липидного обмена часто диагностируются при многих кожных заболеваниях в виде идиопатической липидемии, нарушением в составе ненасыщенных жирных кислот, холестерина и других фракций липидов при псориазе, экземе, ихтиозе. Известны липоидозы кожи под названием ксантоматозы или ретикулоэндотелиозы. Это болезнь Гоше, Хенда-Шюллера-Крисчена, Абта-Летерера-Сиве, Нимана-Пика. Известны ксантомы при юношеском ксантоматозе, ксантелазмы при развивающемся старческом атеросклерозе.

Нарушения углеводного обмена в основном касается сахарного диабета. Чаще всего это проявляется в виде зуда кожи, резистентного фурункулеза, парадонтоза. Накануне диабетической комы можно наблюдать появление пятнистой экзантемы, сухой обложенный язык. Синдром Рейно и диабетическая гангрена являются следствием тяжелотекущего сахарного диабета.

При авитаминозах – чаще при дисбалансе витаминов А, D, C, K, B, со стороны кожи могут наблюдаться многочисленные изменения. Ярким примером служит рахит (обильное потение, облысение, мацерация кожи, появление пиодермитов). При авитаминозе А наблюдается ксерофтальмия, развивается куриная слепота, ксероз, пятна Бито. При некоторых явлениях наблюдается ихтиоз, фринодерма с фолликулярным кератозом. Изменения распространяются на слизистые оболочки внутренних органов, предрасполагая к катарам и инфекциям. Поэтому при дерматозах с нарушением ороговения: вульгарный ихтиоз, ихтиозоподобные состояния, красный плоский лишай, болезнь Дарье относительно надежным лечением в настоящее время является применение производных витамина А.

При авитаминозе С наблюдаются геморрагические явления на коже. Назначение витамина С необходимы при геморрагических синдромах, аллергических состояниях, гингивостоматитах, дистрофиях, инфекциях кожи, вирусных заболеваниях, вторичных эритродермиях.

При авитаминозе К у детей развиваются геморрагическая болезнь новорожденных. Встречающиеся в детском возрасте кровотечения или тенденция к таковым, обусловленным авитаминозом К и гипопротромбинемией наступает при нарушении всасывания жиров (при целиакии) и при спру.

При отсутствии или недостатке витамина комплекса В у детей развивается общая дистрофия с явлениями со стороны кожи, напоминающую пеллагру, актинические дерматиты со стомами.

Единственным определенным кожным проявлением, как выражение недостаточности витаминов комплекса В является себорейный дерматит, эритродермия Лейнера-Муссу, при котором имеет место недостаточность биотина.

Роль витамина В следует учитывать при ознобыхах, нарушении функции сальных желез кожи, аллергических состояниях, себорейном дерматите, стоматитах, при предрасположенности к кандидозным инфекциям, при пруриго Бенье, алопециях, фотодерматозах, порфиринопатиях, пеллагроидном дерматите и т.п.

Хорошее влияние отмечено при назначении витамина Е и D при коллагенозах, псориазе рахите, пиодермиях, туберкулезе кожи.

10. ИЗМЕНЕНИЯ ВОЛОС ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ ОРГАНИЗМА

Волосы являются важным индикатором состояния всего организма. Различные заболевания влияют на рост и развитие волос. В клинической практике встречаются алопеции, являющиеся проявлением трофоневротических изменений в коже и они часто наблюдаются при заболеваниях нервной системы, эндокринопатиях, наличии в организме общего инфекционного процесса (сифилис, лепра), аутоиммунных заболеваний (коллагенозы). Выпадение волос возникает при длительном приеме цитостатических препаратов у онкологических больных, а также при отравлениях различными токсическими продуктами и ионизирующей радиации.

Гормональные нарушения и наследственные

факторы могут приводить к так называемой преждевременной алопеции, формирующейся к 20-25 годам. В старческом возрасте встречается сенильная алопеция. Недостаток в организме железа приводит к диффузному выпадению волос и проявляется впервые месяцы после родов у женщин.

Недостаточность функции щитовидной железы часто приводит к диффузной алопеции являющейся проявлением генерализованной микседемы.

В результате развития эктодермальных дисплазий наблюдается врожденная алопеция, которая носит семейный, наследственный характер. Различные аномалии развития волос встречаются при ряде наследственных состояниях: синдроме Унны, трихоринофаланговом синдроме, монилетрикссе, псевдопеладе Брока, синдроме Ахарда-Тьерса, Морганьи.

Гипертрихоз – избыточное оволосение часто является проявлением различных эндокринопатий (адреногенитальный синдром), нарушения функции яичников (поликистоз). Усиленный рост волос может наблюдаться при воздействии на кожу раздражающих химических веществ, приеме лекарственных препаратов, в том числе кортикостероидных мазей и кремов.

Таким образом, резюмируя вышесказанное, основная задача высшей медицинской школы является воспитание у врачей и студентов навыков глубокого обобщения, умения привить врачу способности анализа многочисленных фактов, построение общей схемы патогенеза болезни и на основании этого выбор оптимальной тактики лечения. Постоянная неудовлетворенность, стремление к овладению новым знаниям, самостоятельная работа над собой являются основополагающими критериями роста профессионализма врачей.

КЫРГЫЗСТАНДЫН ТҮНДҮК АЙМАКТАРЫНДА КӨП КАМЕРЛҮҮ ЭХИНОКОККОЗДУН ТАБИГЫЙ ЖАНА СИНАНТРОПТУК ОЧОГУНУН КӨБӨЙҮШҮНДӨ КЕМИРҮҮЧҮЛӨРДҮН РОЛУ

Абдыжапаров Т.А., Куттубаев Ө.Т., Бодошева А.У., Torgerson P.R.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек, Кыргыз Республикасы,
Цюрих университетинин паразитология институту, Швейцария

Корутунду. Бул ишибиздин негизги максаты - Нарын областынын Ат-Башы өрөөнү менен Кочкор районунун Кара-Кужур капчыгайындагы көп камерлүү эхинококкоздун экологиялык-эпизоотикалык кырдаалын изилдөө болуп саналат. 1560 кемирүүчү изилдөөгө алынып, алар ошол эле күнү союлуп, органдарынын (боор, өпкө, жүрөк, өт, көк боор) кесиндилери спиртке жуулду. Лабораторияда бардык ички органдарды изилдөөнүн гистологиялык ыкмасын колдонуу аркылуу изилденди. Текшерүүгө алынган аймакта альвеококкоздун табигый жана синантроптуу очогу аныкталды.

Негизги сөздөр: табигый очок, альвеококкоз, эхинококкоз, чычкан түрүндөгү кемирүүчүлөр.

РОЛЬ ГРЫЗУНОВ В ФОРМИРОВАНИИ ПРИРОДНЫХ И СИНАНТРОПНЫХ ОЧАГОВ МНОГОКАМЕРНОГО ЭХИНОКОККОЗА В СЕВЕРНЫХ РАЙОНАХ КЫРГЫЗСТАНА.

Абдыжапаров Т.А., Куттубаев О.Т., Бодошева А.У., Torgerson P.R.

Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская Республика,
Институт паразитологии Цюрихского университета, Швейцария.

Резюме. Цель настоящей работы является - изучить экологию-эпизоотическую ситуацию многокамерного эхинококкоза на территории ущелья Кара-Кужур Кочкорского и долины Ат-Башинского района Нарынской области. Материалом исследования служили отловленные грызуны в количестве 1560, которые в тот же день вскрывались и кусочки органов (печень, легкие, селезенка, сердце, поджелудочная железа) фиксировались в спирте. В лабораторных условиях все внутренние органы изучены с применением гистологических методов исследования. В обследованных территориях установлены природные и синантропные очаги альвеококкоза.

Ключевые слова: природный очаг, альвеококкоз, эхинококкоз, мышевидные грызуны, инвазированность.

ROLE OF RODENTS TO FORM NATURAL AND SINANTHROPIC FOCUSES OF THE ALVEOLAR ECHINOCOCCOSIS IN THE NORTH REGIONS OF KYRGYZSTAN

Abdyjaparov T.A., Kuttubaev O.T., Bodosheva A.U., Paul Torgerson.

Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan,
Institute of Parasitology, University of Zurich, Switzerland

Summary. The aims of this research were to study the ecology and epizootiology of alveolar echinococcosis in Kara-Kujur ravine of the Kochkor and At-Bashy valleys of Naryn Oblast. In total, 1560 rodents were trapped, euthanized and immediately dissected. Internal organs (liver, spleen, lungs, heart, and pancreas) were fixed in ethanol. In the laboratory all material was examined both morphologically and histologically for lesions of alveolar echinococcosis. The results indicated possible synanthropic and natural foci of alveococcosis.

Key words: the natural focus, alveococcosis, echinococcosis, invasion, rodents.

Введение. Всемирной организацией здравоохранения указано на возрастающее значение эхинококкозов, в том числе многокамерного эхинококкоза (синонимы: альвеолярный гидатидоз, альвеолярный эхинококкоз, альвеококкоз) как глобальной проблемы (Бюллетень ВОЗ. - 1982. - Т.55 - № 4). Республика Кыргызстан относится к территориям, эндемичным по многокамерному эхинококкозу, особенно его северные районы, где

регистрируется наибольший уровень заболеваемости среди населения. В нашей республике эхинококкоз и альвеококкоз в последние годы имеют выраженную тенденцию к росту, и является краевой патологией.

Вопросы краевой эпизоотологии в Кыргызстане освещены недостаточно. Имеются некоторые разобщенные данные по выявлению ленточных форм альвеококка в кишечнике лисиц (В.А. Гага-

рин и др., 1954; Б.А. Акматов 1970). Установлено наличие личиночных форм ларвоцист в органах 14 видов грызунов. Из этого количество по видам, - узкочерепной и обыкновенной полевков, пишуши, слепушонки, и ондатры (В.А. Гагарин, 1957; М.М. Токобаев, 1959, 1960; Ш. Джумадилов, 1967), серых и красных сурков, лесных и домашних мышей, лесных сонь, сусликов, серых хомячков, серебристых и арчевых полевков [3].

Длительное бессимптомное течение альвеококкоза приводит к позднему выявлению больных, как правило, в период оперативного вмешательства, к развитию частых рецидивов и послеоперационных осложнений, высокой инвалидности и летальности.

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 Нарынской области, 17,1% Иссыккульского 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 Кочкорском и Ат-Башинском районах. Было интересно узнать эколого-эпизоотическую и эпидемиологическую ситуацию в этих районах Нарынской области по альвеолярному эхинококкозу.

Цель и задачи. Изучить роль грызунов в формировании природных и синантропных очагов многокамерного эхинококкоза на территории пастбищ Кара-Кужур Кочкорского и Ат-Башинского района Нарынской области.

В этой связи, для разрешения поставленной цели в работе поставлены следующие задачи; определить инвазированность альвеококком грызунов на обследованных территориях, определить климатогеографические и кормовые факторы, благоприятные для популяции грызунов.

Материалом исследования служили статистические отчеты лечебных учреждений и учреждений Госсанэпиднадзора Республики Кыргызстан за период с 2002г. по первое полугодие 2006г., а также собственный зоологический материал (отловленные дикие и синантропные мышевидные грызуны). Мышевидные грызуны вскрывались в день отлова, кусочки их органов (печень, легкие, селезенка, сердце, поджелудоч-

ная железа) фиксировались в спирте и в дальнейшем исследовались в условиях стационарной лаборатории. Всего было отловлено и вскрыто 1560 мелких млекопитающих.

Методы исследования

1. Ретроспективный анализ статистических медицинских отчетов и изучение историй болезни лиц, прооперированных в стационарах г.Бишкек по поводу эхинококкоза или альвеококкоза.

2. Зоологические исследования в природных и синантропных очагах многокамерного эхинококкоза. Отлов грызунов и их вскрытие проводились согласно методических указаний по зоологической работе, а изготовление гистологических препаратов для световой и электронной микроскопии - по методикам, изложенным в учебном пособии под редакцией Н.А. Юриной и А.И. Радостиной. Определение видового состава отловленных животных проводили по определителю И.М. Громова и А.И. Янушовича.

Результаты и их обсуждение.

Известно, что Кыргызстан является неблагополучным регионом по эхинококкозу и альвеококкозу. Так, например, среди всех гельминтозов, регистрируемых на территории республики, эхинококкозы в настоящее время занимают четвертое место по уровню заболеваемости с ежегодным темпом прироста около 3,5%. А по интенсивности роста заболеваемости эти гельминтозы занимают третье место в ряду всех инфекционных болезней, уступая первенство лишь туберкулезу и сифилису.

Случаи заболеваемости эхинококкозами в республике регистрируются на всех административных территориях. Важными критериями оценки эпидемиологической ситуации по этим гельминтозам являются: уровень заболеваемости детей до 14 лет, удельный вес заболеваемости городских жителей и наличие тяжелых форм поражения. В настоящее время среди городских жителей, заболевших эхинококкозами, дети до 14 лет составляют 35% [8]. У больных нередко отмечают случаи поражения ЦНС (головного и спинного мозга), а также сочетанные поражения многих органов и систем.

Проведенный ретроспективный анализ медицинской отчетной документации показал, что за последние 4,5 года уровень заболеваемости многокамерным эхинококкозом увеличился в несколько раз (табл.1).

Таблица 1

Число больных с эхинококкозами, прооперированных в хирургических стационарах г. Бишкек с 2002 года

Период	Число прооперированных больных с эхинококкозами	Из них больных альвеококкозом	
		Абс.ч.	%
2002 г.	328	2	0,6
2003 г.	262	4	1,5
2004 г.	316	9	2,8
2005 г.	330	22	6,7
Первое полугодие 2006 г.	137	21	15,3
Всего	1373	58	4,2

Из всех прооперированных в г. Бишкек больных с эхинококкозами (1373 чел) у 4,2% был диагностирован многокамерный эхинококкоз (58 пациентов: 37 женщин и 21 мужчин). У всех этих больных альвеококковые кисты локализовались в печени. У 3 пациентов были выявлены вторичные очаги поражения, которые локализовались в легких.

В большинстве случаев пациенты поступали в стационар в тяжелом состоянии. У каждого треть-

го (34,5%) альвеококкоз печени был не операбелен, и только в 10,3 % случаев сохранялась возможность проведения радикальной операции. В большинстве случаев (55,2%) хирургическое лечение сводилось к выполнению паллиативной операции.

Случаи заболевания многокамерным эхинококкозом регистрировались среди всех возрастных групп, несколько чаще в возрастной группе 20-29 лет (табл.2).

Таблица 2

Возрастная структура больных многокамерным эхинококкозом

Число больных	Возрастные группы						Всего
	Дети до 14 лет	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	
Абс.ч.	1	7	20	7	14	9	58
%	1,7	12,1	34,5	12,1	24,1	15,5	100

Альвеококкоз чаще регистрировался среди сельских жителей, доля которых составила 79,3%. По территориальной принадлежности случаи заболевания распределились следующим образом: 28,6% - среди жителей Нарынской области, 17,1% - Ысык-Кульской области, 17,1% Ошской области, 14,4% - жители г. Бишкек и 11,4% Чуйской и 11,4% Джалалабадской областей.

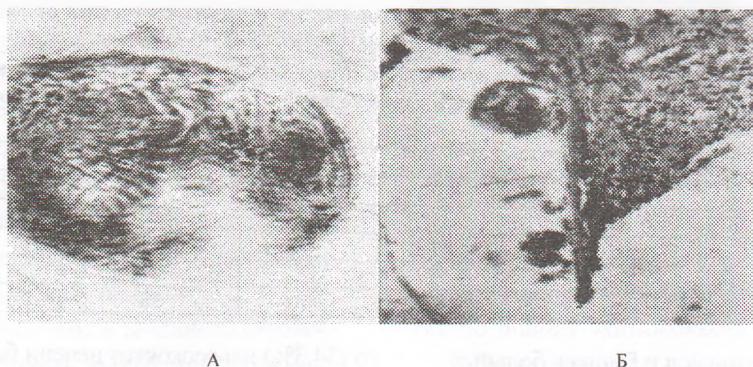
Случаи заболевания альвеококкозом и их приуроченность к районам с преобладанием во введении хозяйства отгонного животноводства на высокогорных и средне горных пастбищах, особенности их ландшафта, благоприятствуют обилию грызунов и диких плотоядных животных, часть из которых являются промежуточными и окончательными хозяевами различных циклов развития альвеококка. Поэтому, для выявления природных и синантропных очагов многокамерного эхинококкоза мы обследовали ряд территорий Нарынской области (ущелье Кара-Кужур Кочкорского и Ат-Башинский районов), где среди местного населения часто регистрировались случаи этого заболевания.

Были обследованы высокогорные массивы, расположенные на высоте более 2000м. над ур. м., для которых была характерна более суровая

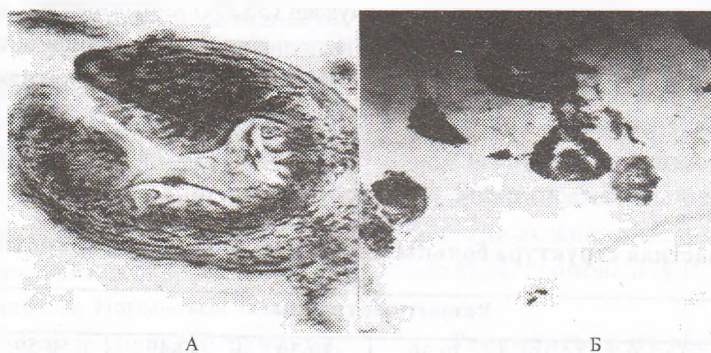
зима и прохладное лето. Средняя многолетняя температура воздуха в холодный период составляли от - 18,6°C до - 27,7°C, а на поверхности почвы они колебались от - 8,6°C до - 20,6°C. В теплый период года многолетняя средняя температура воздуха характеризовалась положительным знаком, и колебалось от 2,4°C до 21,3°C.

Было обследовано 23 урочище в ущелье Кара-Кужур, и 9 населенных пунктов в Кочкорской долине. Поймано 928 грызунов, из них по видам; сурков - 34, обыкновенная полевка - 580, обыкновенная слепушонка - 133, домовая мышь - 92, серебристая полевка - 89. Грызуны были определены по определителю. Определение вида грызунов и плотоядных животных, принадлежность их к определенному семейству и классу, проведено согласно материалам, отраженным в книге И.М. Громова и др. "Млекопитающие фауны СССР" - АН СССР Зоологический институт. - Т.1 и Т.2 - М.- 1963. и "Млекопитающие Киргизии" под ред. И.М. Громова и др. Изд. "Илим", Фрунзе 1972

При гистологическом изучении грызунов, у одного серого сурка и у двух особей обыкновенной полевки (0,32%) были обнаружены личиночные стадии развития многокамерного эхинококкоза (рис.1).



I. Протосколексы и хитиновая оболочка серого сурка



II. Протосколексы и хитиновая оболочка обыкновенной полевки

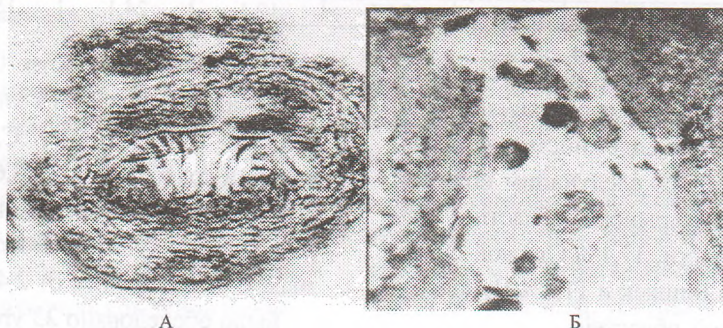


Рис. 1. А - протосколекс, Б - участок хитиновой оболочки альвеококковой кисты из печени обыкновенной полевки (№15).

В организме серого сурка альвеококковые кисты локализовались в верхнем отделе правой доли печени, у одной обыкновенной полевки, также в правой доле печени, у другой - в левой доле и области ворот.

С учетом этого изучена приуроченность инвазированных зверьков к определенным ландшафтам для оценки природной очаговости альвеококкоза.

Серый сурок под порядковым номером 77 был пойман в урочище Чалчык. Чалчык относится к среднегорным альпийским зонам и расположен на высоте 2900 м. над ур. море. Отдаленность от населенных пунктов составляет 5-6 км. Координаты (по JPS): № 41.96210 E 076.13715. Часто встречаются дикие плотоядные (лисицы и волки),

а также чабанские собаки.

Инвазированные обыкновенные полевки под порядковыми номерами 15 и 218 с координатами № 41.97151 E 076.17434, № 41.94928 E 076.15301 были пойманы в урочищах Лахол и Кургак-Чалчык соответственно. Урочище Лахол находится на высоте 2762м. над ур. моря, а Кургак - Чалчык находится на высоте 2760м. над ур. моря тоже относятся к среднегорным альпийским зонам. Там не часто встречаются дикие плотоядные (лисицы и волки), из-за близкого нахождения населенного пункта (200-300м. от с. Лахол). Но приотарные чабанские собаки, ежедневно сопровождающие отары овец, могут служить основной причиной в формировании природного очага альвеококкоза.

В Ат-Башинском районе Нарынской области

было обследовано 15 населенных пунктов и 4 урочища, расположенных на высоте от 2070 до 3007 м над уровнем моря. Обследуемая территория, общей площадью около 1800 га, с запада была ограничена возвышенностью Кошой-Коргон, с востока - с. Ак-Муз, с юга - южными склонами хребта Ат-Башы, с севера - северные склоны хребта Нарын-Тоо.

В населенных пунктах (Ача-Кайынды и Баш-Кайынды) были отловлены домовые мыши (221 особь), а на территориях сельскохозяйственных угодий и в открытой природе следующие виды мелких грызунов: обыкновенная полевка (281 особь), серебристая полевка (88 особей) и обыкновенная слепушонка (30 особей).

При вскрытии 632 мышевидных грызунов личиночная форма альвеококкоза была выявлена у 42 животных (6,6%): домовая мышь = 14 особей (6,3%), обыкновенная полевка - 21 (7,5%), серебристая полевка - 6 (6,8%) и обыкновенная слепушонка - одно животное (3,3%). Во всех случаях очаги поражения локализовались в печени животных.

Таким образом, проведенные нами исследования свидетельствуют о широком распространении природных очагов многокамерного эхинококкоза на территории Нарынской области Кыргызской Республики, что обуславливает высокий уровень заболеваемости населения этим опасным гельминтозом. При этом, относительно высокий процент инвазированных альвеококкозом домашних мышей, отловленных в населенных пунктах, может свидетельствовать о наличии синантропных очагов этого заболевания, в которых окончательным хозяином могут служить приотарные и домашние (дворовые) собаки.

Выводы

1. Ретроспективный анализ заболеваемости альвеококкозом показал, что в последние годы (начиная с 1995 года) в Кыргызской Республике отмечается значительный рост заболеваемости этим гельминтозом. Только среди прооперированных в г. Бишкек доля больных альвеококкозом увеличилась с 0,6% в 2002 году до 15,6% в первом полугодии 2006 года.

2. Альвеококкозом преимущественно страдает сельское население (79,3%), при этом случаи заболевания регистрируются во всех возрастных группах, но наиболее часто среди наиболее трудоспособного населения в возрасте от 20-49 лет (70,7%).

3. Проведенные зоологические исследования

позволили установить наличие природных очагов альвеококкоза в среднегорных пастбищах Кара-Кужур, непосредственно примыкающие к населенным пунктам, что может привести к формированию синантропных очагов этого опасного гельминтоза в будущем.

4. В селах на территории Нарынской области Ат-Башинского района у отловленных домашних мышей были обнаружены альвеококковые кисты печени, что может свидетельствовать о формировании на территории этих поселений синантропных очагов альвеококкоза, в которых окончательным хозяином могут служить приотарные и домашние (дворовые) собаки.

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. Абдыжапаров Т.А., Абдырасулов С.А., Кутубаев О.Т. Инвазированность альвеококком грызунов. Сборник научных трудов посвященный проф. А.А. Лейтиса. Бишкек. Май 1997.
3. Абдыжапаров Т.А. Роль грызунов в формировании природных очагов альвеококкоза на территории высокогорных пастбищ Кыргызской Республики. Автореф. дисс. канд.биол.наук, Бишкек 1997.
4. Акматов Б.А. Эхинококкоз восприимчивых районов Чуйской Долины и меры борьбы с ним: Автореф. дисс. канд.биол.наук, Фрунзе, 1970.
5. Волох Ю.А. Эхинококкоз и альвеококкоз человека. Фрунзе, 1965
6. Громова И.М., Янушович А.И. «Млекопитающие Киргизии» Издательство «Илим» Фрунзе, 1972.
7. Инструкция по режиму работы с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителями чумы, холеры, сапа, мелиоидоза, натуральной оспы, сибирской язвы. Москва, 1967.
8. Методические указания по зоологической работе. Минздрав России. Москва, 2000.
9. Приказ №331 от 15.07.2004. «Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями». Бишкек 2004 г.
10. Практикум по гистологии, цитологии и эмбриологии. Под ред. Н.А. Юриной, А.И. Радостной: Учеб. пособие. -М.: Изд-во УДН, 1989. -С. 10.

БИШКЕК ЖАНА АЛМАТЫ ШААРЛАРЫНДАГЫ БОЗ КЕЛЕМИШТЕРДИН ЖУГУШТУУ ООРУЛАРЫНЫН САЛЫШТЫРМАЛУУ АНАЛИЗИ

Алымкулова А.А., Мека-Меченко Т.В., Некрасова Л.Е., Бурделов Л.А.,
Таштанбекова М.М., Купсуралиева И.К., Мека-Меченко В.Г., Беляк Л.Г.

Кыргыз агрардык университети, Бишкек, Кыргыз Республикасы
КНЦКЗИ им. М. Айкимбаева, Алматы, Казахстан

Корутунду. Боз келемиштер адамдар жана жаныбарлар үчүн өтө коркунучтуу болгон чума, туляремия, лептоспироз, листериоз, кутурма, кургак учук өңдүү жугуштуу ооруларды алып жүрүшөт. Боз келемиштер болгон жугуштуулукка Кыргызстан менен Казахстандын эки чоң шаарларында анализ жүргүзүлдү. Бишкекте дагы, Алматада дагы 90 жылдарга салыштырмалуу 2000-жылдары келемиштерден болгон жугуштуулуктун саны өскөнү байкалды.

Негизги сөздөр: боз келемиш, зооноздуу инфекциялар, жугуштуулук.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНФИЦИРОВАННОСТИ СЕРЫХ КРЫС В ГОРОДАХ БИШКЕК И АЛМАТЫ

Алымкулова А.А., Мека-Меченко Т.В., Некрасова Л.Е., Бурделов Л.А.,
Таштанбекова М.М., Купсуралиева И.К., Мека-Меченко В.Г., Беляк Л.Г.

Кыргызский аграрный университет, г.Бишкек, Кыргызская Республика,
КНЦКЗИ им. М. Айкимбаева, Алматы, Казахстан

Серая крыса является носителем целого ряда инфекций, опасных для человека и животных, таких как чума, туляремия, лептоспирозы, листериоз, сальмонеллез, бешенство, псевдотуберкулез и др. [8]. Проведен анализ инфицированности серых крыс двух крупных городов Кыргызстана и Казахстана. В Бишкеке, так же как и в Алматы, отмечена тенденция к увеличению количества зараженных разными возбудителями крыс в 2000-х годах по сравнению с 90-ми годами.

Ключевые слова: серая крыса, зоонозные инфекции, зараженность, серодиагностика.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF CONTAMINATION OF GREY RATS IN THE CITIES OF BISHKEK AND ALMATY

Alymkulova A.A., Meka-Mechenko T.V., Nekrasova L.A., Burdelov L.A.,
Tashtanbekova M.M., Kupsuralieva I.K., Meka-Mechenko V.G., Belyak L.G.

Resume. The Grey rat is the carrier of a number of infections which are dangerous for human and animals. Such as a plague, rabbit-fever, leptospirosis, listeriosis, the salmonellosis, furiousness, a pseudotuberculosis, etc. Analysis of contamination of grey rats was conducted in two large of Kyrgyzstan and Kazakhstan. In Bishkek as well as in Almaty, the tendency to increase in number of the rats infected by different activators in years of 2000-s in comparison with the 90-s is noted.

Key words: a grey rat, zoonotic infections, contamination, serodiagnostic assay.

Введение. Как известно, расширение ареала серой крысы (*Rattus norvegicus* Berk.), сопровождающееся ее проникновением в новые населенные пункты нередко влечет за собой заметное ухудшение в них эпизоотической, а затем и эпидемической ситуации. Это в свое время было отмечено как в Алматы [3,4-7], так и в Бишкеке [2,3]. Поэтому представляет интерес сопоставление многолетней динамики инфицированности пасюка в столице Кыргызской Республики и южной столице Казахстана.

Серая крыса проникала в г.Алматы на протяжении последних десятилетий неоднократно, фа-

тальное стечение обстоятельств – более массовый, чем в предыдущие годы, завоз крыс, а также наличие в районе железнодорожной товарной станции и близрасположенного крупного овощехранилища популяции свободноживущих белых крыс – закономерно привело к укоренению пасюка [2].

Заселение пасюком г. Бишкек происходило по аналогичной схеме. В результате гибридизации номинальной и лабораторной форм этого вида и роста численности смешанной популяции началось активное расселение зверьков [1].

Расширение ареала и рост численности пасюка в городах Бишкек, Алматы может привести к

вспышкам различных природно-очаговых заболеваний. В соседнем Казахстане в ряде мест серые крысы проникли в природные очаги чумы, что может привести к образованию вторичных крысиных очагов этой инфекции непосредственно в населенных пунктах [2].

Материалы и методы. На территории Кыргызской Республики исследования серых крыс на наличие инфекционных заболеваний впервые проводились в середине 90-х годов. С целью установления участия пасюка в носительстве зоонозных инфекций в 1995-1996 годах были исследованы серологическим методом в РНГА (реакция непрямой гемагглютинации) 307 сывороток крови. Обследованы 147 проб органов крыс (сердце, легкие, печень, почки, селезенка, мозг) с целью обнаружения арбовирусов серологическим методом. На наличие сальмонеллеза в реакции агглютинации по методу Видаля капельным способом с антигеном *Salmonella typhimurium* исследованы 54 сыворотки крови [1].

В 2003-2004 годах были проведены аналогичные исследования 281 сыворотка крови серых крыс на зараженность: листериозом, пастереллезом, псевдотуберкулезом, лептоспирозом, бруцеллезом и кишечным иерсиниозом. Проведены исследования 119 проб органов крыс (сердце, легкие, печень, почки, селезенка, мозг) на наличие арбовирусов биологическими, серологическими методами.

В Алматинской области в период с 1993 по 2000 годы бактериологическими, биологическими и серологическими методами [2] были исследованы 544 пасюка на зараженность пастереллезом, чумой, туляремией, сибирской язвой, бруцеллезом, лептоспирозом, псевдотуберкулезом, кишечным иерсиниозом, сальмонеллезом, листериозом и эризипелоидом.

Все перечисленные лабораторные исследования выполнены в Кыргызской ПЧС и институте Биохимии НАН КР или в КНЦКЗИ им. М. Айкимбаева.

Динамика инфицированности серых крыс в г. Бишкек и Чуйской области. Проведенные исследования с апреля 1995 года по апрель 1996 года показали, что общая зараженность патогенной микрофлорой серых крыс в г. Бишкек по данным серологических исследований составила в центре 18,0%, на окраинах – 26%. Антитела к чумному, туляремийному и бруцеллезному микробам не выявлены. С отрицательными результатами исследованы 147 проб органов крыс на арбовирусы. Положительный результат (12,0%) получен на наличие сальмонеллеза. Среди исследованных серологическим методом 36 крыс было обнаружено по одному носителю японского (клещевого) энцефалита и лихорадки Тюлек. На крысах, добытых в Бишкеке на территории мясокомбината, выделены культуры псевдотуберкулеза с типичными культуральными, морфологическими и биохимическими свойствами [1].

В поздних исследованиях 2000-х годов обнаружены антитела к следующим возбудителям инфекционных заболеваний. У трех крыс, отловленных в Ленинском и Октябрьском районах г. Бишкек, выявлено бешенство. Микстинфекции обнаружены у 2,8% грызунов. В их числе носителями антител к двум возбудителям (лишериоза и кишечного иерсиниоза) являлись 1,8%, одновременно трех – бешенства, пастереллеза и псевдотуберкулеза – 1% (табл. 1).

Динамика инфицированности серых крыс в г. Алматы и Алматинской области. Если в начале 80-х годов здесь отмечалось 2-4 % болеющих крыс, позднее 12-14%, то в 90-х годах суммарно по всем зоонозам регистрировалось уже 20-30%, а на отдельных участках до 41,2% зараженных крыс [2]. За 8 летв Алматинской области не выявлено наличие бруцеллеза и лептоспироза. Начиная с 1997 года, исследования на эризипелоид дают отрицательный результат (табл. 2).

Таблица 1

Зараженность (в %) серых крыс зоонозными инфекциями в г. Бишкек и Чуйской области.

Показатели	Листериоз	Пастереллез	Псевдо туберкулез	Лептоспироз	Бруцеллез	Кишечный иерсиниоз	Всего зараженных
Инфицированность в 1994-1996 гг.	5,5	1,9	6,5	2,9	-	8,1	26
Инфицированность в 2003-2004 гг.	8,5	7,9	11,03	-	2,8	10,67	41,21
Прирост инфицированности	35,3	75,64	41,1	0	0	24,1	36,91
Среднегодовой прирост	3,53	7,56	4,11	0	0	2,41	3,69

Результаты и их обсуждение. Ухудшение эпидемиологической ситуации по зоонозным инфекциям наиболее наглядно можно продемонстрировать на примере г. Бишкек. При анализе динамики инфицированности серых крыс в г. Бишкек и Чуйской области наблюдается высокий рост инфицированности по пастереллезу, псевдотуберкулезу, листериозу и кишечному иерсиниозу.

Такой рост зараженности зоонозными инфекциями, скорее всего, связан с резким повышением численности пасюка и с широкой его экспансией в Кыргызстане. Наличие лептоспироза, выявленного в 1995 году, не подтверждается аналогичными исследованиями в 2004 году, зато по бруцеллезу получены прямо противоположные результаты.

Таблица 2

Зараженность серых крыс зоонозными инфекциями в г. Алматы и Алматинской области

Годы и показатели	Пастереллез	Бруцеллез	Сальмонеллез	Кишечный иерсиниоз	Псевдо туберкулез	Листериоз	Лептоспироз	Эризипеллоид	Прочие иерсиниозы	Всего зараженных
1993	4,7	0	3,1	6,3	3,1	9,4	0	1,6	0	28,1
1994	3,2	0	3,2	11,1	1,6	7,9	0	3,2	3,2	33,3
1995	0	0	4,9	9,8	2,4	7,3	0	0	9,8	34,1
1996	3,5	0	5,3	8,8	1,8	8,8	0	1,8	7,0	36,8
1997	0	0	2,4	3,7	3,7	6,1	0	0	4,9	20,7
1998	3,0	0	3,0	3,0	3,0	9,1	0	0	15,2	36,4
1999	2,4	0	1,6	6,3	3,1	7,1	0	0	14,2	34,6
2000	0	0	0	2,9	0	8,6	0	0	5,7	17,1
Снижение инфицированности	-	-	-	54	-	8,5	-	-	-	39
Средне-годовое снижение	-	-	-	6,75	-	1,06	-	-	-	4,9

Среднегодовой прирост по различным инфекциям за 10 лет колеблется от 2,41% до 7,56%. Количество зараженных крыс с 1994 года по 2004 год увеличилось на 36,91%. Среднегодовой прирост инфицированности грызунов составил 3,69% (табл.1). Если в середине 90-х годов установлено, что серые крысы г. Бишкек являются носителями ряда опасных для человека зоонозных инфекций: кишечного иерсиниоза, псевдотуберкулеза, листериоза, лептоспироза, сальмонеллеза, пастереллеза, японского энцефалита и лихорадки Тюлек, то исследования, проведенные в 2003-2004 годах, показали, что кроме вышеперечисленных инфекций крысы в настоящее время являются также носителями бруцеллеза и бешенства.

Интенсивное расселение пасюка сопровождается его включением в эпизоотии среди местных животных. Что касается бруцеллеза у крыс, то это, возможно, связано с наличием в последнее десятилетие разлитых эпизоотий этой инфекции среди крупного рогатого скота.

В 2004 году исследования крыс на сальмонеллез, японский клещевой энцефалит и лихорадку Тюлек не проводились.

При анализе динамики зараженности серых крыс в г. Алматы и Алматинской области видно, что в 1993 году из девяти зоонозных инфекций, на которые проводились исследования, у крыс выявлено шесть заболеваний. Снижение количества инфекций ярко прослеживается в 2000 году, когда было обнаружено наличие только кишечного иерсиниоза, листериоза и прочих иерсиниозов. На территории города Алматы и Алматинской области с 1993 по 2000 год не отмечено наличие бруцеллеза и лептоспироза. В целом наблюдалось снижение зараженности крыс за 8 лет на 11%. Снижение инфицированности крыс по кишечному иерсиниозу составило 54%, по листериозу 8,5%. Общее уменьшение количества зараженных крыс составило 39%. Среднегодовое снижение инфицированности за 8 лет составило 4,9% (табл.2).

Изложенные результаты исследований в г. Бишкек и Чуйской области свидетельствуют о росте зараженности крыс зоонозными инфекциями, что явно связано с некоторыми особенностями их экологии. Наряду с всеядностью, обитание этих грызунов в самых загрязненных местах – на свалках бытового мусора, остановках общественного транспорта, мусоропроводах, канализационных сетях, в окрестностях общественных и индивидуальных туалетов и просто на загаженных задворках – заставляет задуматься о роли серой крысы в эпизоотологии зоонозных инфекций несколько с иной стороны. Естественно, в силу такого образа жизни она является конденсатором всевозможных инфекций, а благодаря массовости и активности – их распространителем [2].

Следует отметить немаловажную роль дератизационных служб. В Кыргызстане во многом именно из-за их плохо налаженной работы наблюдается интенсивный рост и распространение серых крыс.

Сравнивая полученные данные по инфицированности крыс в г. Бишкек, Чуйской области и в г. Алматы, Алматинской области нетрудно увидеть противоположные тенденции. Это обстоятельство, на наш взгляд, можно объяснить только лучшим санитарным состоянием г. Алматы и регулярным проведением здесь мероприятий по регуляции численности крыс. В южной столице Казахстана уже более 10 лет ежегодно проводятся два тура дератизации в открытых станциях города (весной и осенью), к которым приурочены аналогичные работы в учреждениях торговли, общепита, подвалах жилых домов и т. д., четко организуемые санитарно-эпидемиологической службой.

Выводы

1. Заселение серых крыс в городах Алматы и Бишкеке шло по одной схеме.

2. В г. Бишкек и Чуйской области отмечен рост инфицированности пасюка по пастереллезу, псевдотуберкулезу, листериозу, кишечному иерсиниозу.

3. В 2000 годах на территории г. Бишкек обнаружены на крысах бруцеллез и бешенство.

4. На территории г. Алматы и Алматинской области идет снижение инфицированности крыс кишечным иерсиниозом, листериозом и прочими иерсиниозами, по другим зоонозным инфекциям получены отрицательные результаты.

5. Наблюдаемые резкие различия в динами-

ке инфицированности серых крыс в соседних государствах обусловлены поставленной работой дератизационной и санитарно-эпидемиологической служб Казахстана.

Литература

1. Алымкулова А. А. Изменение границ ареала серой крысы и ее эпидемиологическое значение // Наука и новые технологии. – Бишкек, 1997. – № 4. – С. 84-89.
2. Мека-Меченко В. Г. Ареал серой крысы в Казахстане и причины его расширения на современном этапе: Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. – Алматы, 2001. – 30 с.
3. Мека-Меченко Т. В., Алымкулова А. А., Некрасова Л. Е. и др. Серые крысы Чуйской долины (Кыргызстан) – носители зоонозных инфекций // Матер. науч. конфер. «Эколог. аспекты эпизоотол. и эпидемиол. чумы и др. особо опасных инф.». – Алматы, 1996. – С. 86.
4. Некрасова Л. Е., Айкимбаев А. М., Мека-Меченко Т. В. и др. Роль серой крысы в эпизоотологии некоторых зоонозов в г. Алматы и его окрестностях // Пробл. охраны здоровья населения РК: Тез. докл. I съезда врачей Казахстана. – Алматы, 1997. – С. 346.
5. Некрасова Л. Е., Айкимбаев А. М., Мека-Меченко Т. В. и др. Связь заболеваемости людей некоторыми зоонозами в г. Алматы с эпизоотическим фоном среди грызунов // Там же. – Алматы, 1997. – С. 347.
6. Некрасова Л. Е., Мека-Меченко Т. В., Дерновая В. Ф. и др. Некоторые особенности эпизоотологии иерсиниозов в г. Алматы и его окрестностях // Карантинные и зоонозные инфекции в Казахстане. – Алматы, 1999. – Вып. 1. – С. 111-115.
7. Nekrasova L. E., Aikimbaev A. M., Mecka-Mechenko T. V. et al. Role of *Rattus norvegicus* in the epidemiology of yersiniosis in Almaty and its suburbs / / 7 the International Congress on yersinia. – Nijmegen, The Netherlands, 1998. – S. 45 (P 142).
8. Соколов В. Е., Карасева Е. В. Серая крыса. Систематика. Экология. Регуляция численности – М.: Наука. 1990. – 452 с.

БИЙИК ТООЛУУ ШАРТТА КАН АЙЛАНУУНУН ТӨМӨНДӨӨШҮНӨ ЧАЛДЫККАН ООРУЛУУЛАРДЫН ЭКИНЧИЛИК ГЕМОСТАЗЫНЫН АЙРЫМ ПАРАМЕТРЛЕРИНИН КОРРЕКЦИЯСЫ

Астапова С.Г., Цопова И.А., Кононец И.Е., Раимжанов А.Р.
Кыргыз гематология илимий борбору

Резюме. Соңку ыкмалардын жардамы аркылуу апластикалык анемия менен ооруган 21 оорулууга жана идиопатикалык тромбоцитопениянын пурпурасы менен ооруган 40 оорулууга изилдөө жүргүзүлдү. Бардык оорулуулар Төө-Ашууда тоо климатикалык дарылоодон өтүштү. Кан айлануунун төмөндөшүнөн жабыркаган оорулууларды 40 күндүк бийик тоолуу климатотерапиясынын жыйынтыгында экинчилик гемостаз системасынын ийгиликтүү жылышуусу болору аныкталды.

Негизги сөздөр: апластикалык анемия, тромбоцитопениялык пурпура, бийик тоолуу климатотерапия, экинчилик гемостаз.

КОРРЕКЦИЯ НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ ВТОРИЧНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЯМИ КРОВЕТВОРЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Астапова С.Г., Цопова И.А., Кононец И.Е., Раимжанов А.Р.
Кыргызский научный центр гематологии

Резюме. С помощью современных методик обследован 21 больной апластической анемией (АА) и 32 больных с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП). Все больные получали горноклиматическое лечение на перевале Туя-Ашу (3200 м. над уровнем моря). Показано, что в результате сорокадневной высокогорной климатотерапии у больных с депрессиями кроветворения происходят динамические, положительные сдвиги в системе вторичного гемостаза.

Ключевые слова. Апластическая анемия, тромбоцитопеническая пурпура, высокогорная климатотерапия, вторичный гемостаз.

CORRECTION OF SOME PARAMETERS OF A SECONDARY HEMOSTASIS AT PATIENTS WITH DEPRESSIONS OF BLOOD IN CONDITIONS OF HIGH MOUNTAINS THERAPY

Astapova S.G., Tsopova I.A., Kononets I.E., Raimjanov A.R.
Kyrgyz scientific centre of hematology, Bishkek, Kyrgyzstan

Abstract. We studied parameters of secondary hemostasis at patients with aplastic anaemia and thrombocytopenic purpura during 40-days stay in mountains (Tuia-Ashu, 3200m.). Dynamic, positive changes find in morphology and functions platelets and megakariocytes.

Key words. Aplastic anaemia, thrombocytopenic purpura, high-mountainous climatotherapy, a secondary hemostasis.

В процессе адаптации к высокогорью принимают участие в той или иной степени все органы и системы организма. При этом одну из ведущих ролей в борьбе за кислородное обеспечение клеток, тканей, органов играет система крови [10, 11]. На сегодняшний день у гематологов есть нерешенные аспекты относительно изменений системы гемостаза у больных депрессиями кроветворения в условиях высокогорья, требующие специальных исследований. Кыргызскими учеными Миррахимовым М.М., Раимжановым А.Р. доказано, что однократные, а особенно повторные курсы лечения в условиях горного климата способствуют значительному снижению проявлений

анемического и геморрагического синдромов, смягчению течения заболеваний, удлинению продолжительности ремиссий, стойкой стабилизации гематологических показателей у больных с апластической анемией (АА) и идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (ИТП) [4, 7].

Апластическая анемия - заболевание, характеризующееся глубокой панцитопенией и недостаточностью костномозгового кроветворения с развитием аплазии костного мозга, без признаков гемобластоза. Глубокая анемия, прогрессирующий геморрагический синдром и зачастую присоединение инфекционных осложнений нередко остаются причинами летального исхода больных,

особенно имеющих тяжелую форму АА [5,9,12].

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура - геморрагический диатез, обусловленный укорочением продолжительности жизни тромбоцитов и снижением их количества в периферической крови ниже минимальной нормы – $150 \times 10^9/\text{л}$ в результате разрушения антитромбоцитарными антителами [3, 6, 8].

Целью наших исследований явилось детальное наблюдение за изменениями некоторых параметров вторичного гемостаза, а также клинической картиной больных АА и ИТП в процессе 40-дневного пребывания в горах.

Материалы и методы. Объектом наших исследований явились 21 человек с АА и 32 больных с ИТП, получивших горноклиматическое лечение в течение 40 дней в высокогорном стационаре Кыргызского научного центра гематологии МЗ КР на перевале Туя-Ашу (3200 м.). Контрольную группу составили 10 здоровых человек. У контингента обследованных проводился забор венозной крови из кубитальной вены для исследования показателей коагуляционного гемостаза, согласно следующей схеме: фон (г. Бишкек, 760м), затем 20-й и 40-й дни пребывания в горах (пер. Туя-Ашу, 3200м).

Состояние вторичного гемостаза определялось на коагулографе «DESAGA», работающему по принципу электродинамического гашения вибрации. Принтер и калькулятор, встроенный в прибор, позволяли документировать проводимые тесты и автоматически пересчитывать время коагуляции в проценты от нормы [1, 2].

В качестве методов исследования коагуляционного гемостаза проводилось определение активизированного частично тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового, тромбинового и каолинового времени, содержания фибриногена в плазме, тесты с ядом эфы (эхитоксовый тест) и лебетоксом, XII-А зависимого фибринолиза, растворимых фибрин мономерных комплексов (РФМК), протеина С, антитромбина – III.

Результаты исследования и обсуждение. В результате сорокадневного пребывания больных АА и ИТП в условиях высокогорья нами, с использованием современной аппаратуры, методами, где минимизировано участие человеческого фактора и практически отсутствует возможность ошибки, подтверждены ранее отраженные в работах отечественных авторов, а также изучены изменения в системе вторичного гемостаза, приводящие к положительному сдвигу со стороны

клинической картины, купированию геморрагического синдрома.

В процессе высокогорной климатотерапии удельный вес больных АА и ИТП, имеющих различные степени геморрагического синдрома, претерпел существенные изменения. Перед подъемом в горы у 8 (38 %) человек из 21 больного с АА данный синдром был сильно выражен. На 40 день высокогорной адаптации количество этих больных составило 1 чел. (4,5 %). Количество больных с умеренным проявлением геморрагического синдрома к концу высокогорной климатотерапии уменьшилось с 13 (62%) до 4 чел. (19%). Проявления легкой степени геморрагического синдрома были обнаружены у 27 (84,3%) из 32 больных ИТП, к 40-му дню он был купирован у всех больных. Анемический синдром выявлен у 69% больных вышеуказанными депрессиями кровотока. После лечения он составил 37%, причем это были только больные АА.

По результатам, полученным в процессе высокогорной адаптации, в контрольной группе (здоровые) и в группе больных ИТП отмечалась тенденция к активации во всех звеньях вторичного гемостаза. Причем эта тенденция сохранялась до 20-го дня пребывания в горах и к 40-му дню, когда организм полностью адаптировался к высокогорью, эти параметры приблизились к первоначальным данным. Например, показатели коагуляционного гемостаза увеличились в 1,1 раз у больных ИТП и в 1,2 раза в контрольной группе к 20-му дню, а к 40-му дню снизились практически до исходного уровня. Аналогичная картина наблюдается со стороны показателей фибринолитической и плазминовой системы.

Иная картина наблюдается у больных с АА. Так, у больных в первые дни адаптации имелась гипокоагуляционная направленность. Она проявлялась удлинением каолинового времени в 1,5 раза, что отражало дефицит плазменных факторов внутреннего механизма коагуляции в частности XII, XI, IX, VIII. Удлинение тромбинового времени в 1,3 раза, а также удлинение АЧТВ в 1,2 раз подтверждало наличие гипокоагуляционного синдрома, который продолжал усугубляться до 20 дня климатотерапии (табл. 1).

Таблица 1
Изменение средних показателей коагуляционного гемостаза в контрольной группе и у больных с АА в период сорокодневной адаптации к высокогорью (пер. Туя-Ашу, 3200 м.)

Показатель	Контроль			Больные АА		
	Фон г. Бишкек, 760 м.	Высокогорная адаптация		Фон г. Бишкек, 760 м.	Высокогорная адаптация	
		20 день	40 день		20 день	40 день
Каолинов. время (сек)	99,8 ± 1,8*	84,6 ± 1,8*	96,4 ± 2,4 *	101,7 ± 0,5*	123,0 ± 2,3*	119,0 ± 1,6*
АЧТВ (сек)	36,2 ± 1,9*	42,0 ± 2,0*	36,9 ± 1,9*	53,0 ± 0,3*	61,0 ± 2,0*	53,5 ± 1,9*
Протромбиновое время (сек)	10,0 ± 1,5*	15,0 ± 1,5*	14,0 ± 1,6*	24,1 ± 0,7*	30,0 ± 1,8*	27,0 ± 1,3*
Тромбиновое время (сек)	15,5 ± 1,3*	18,2 ± 1,1*	14,1 ± 1,7*	16,8 ± 0,5*	27,6 ± 2,6*	27,6 ± 2,6*
Фибриноген г/л	3,1 ± 1,4*	3,0 ± 1,1*	3,8 ± 3,1*	1,65 ± 1,1*	2,5 ± 1,8*	2,7 ± 1,9*
Эхитоксовый тест (сек)	21,8 ± 1,0*	27,0 ± 1,7*	29,0 ± 2,4*	36,8 ± 1,7*	39,0 ± 1,2*	38,0 ± 1,6*
Леботоксовый тест (сек)	24,2 ± 1,0*	26,3 ± 1,4*	27,7 ± 1,3*	28,6 ± 1,6*	31,3 ± 1,1*	29,9 ± 1,7*

*р - изменения достоверны по сравнению с контрольными данными (р < 0,05)

Имеющиеся изменения со стороны плазминовой и фибринолитической системы, проявляющиеся активацией антитромбина III, удлинением XIIa- зависимого фибринолиза и нарушениями в системе протеина-С в 1,5 раза, указывают на за-

медление образования и лизис фибринового сгустка, что свидетельствует о недостаточной активации факторов прекалликреина, плазминогена (табл. 2).

Таблица 2
Состояние фибринолитической и плазминовой системы в контрольной группе и у больных с АА в период сорокодневной адаптации к высокогорью (пер. Туя-Ашу, 3200 м.)

Показатель	Контроль			Больные АА		
	Фон, г. Бишкек (760 м)	Высокогорная адаптация		Фон, г. Бишкек (760 м)	Высокогорная адаптация	
		20 день	40 день		20 день	40 день
Антитромбин III (%)	116,7 ± 1,2*	100,2 ± 1,9*	90,5 ± 2,8*	111,4 ± 1,6*	107,3 ± 1,8**	118,0 ± 2,8**
Протеин С	0,7 ± 0,2*	1,2 ± 0,1*	1,1 ± 0,2*	0,9 ± 0,1*	0,7 ± 1,6 **	0,92 ± 0,8**
XIIa зав. Фибринолиз (мин)	5,12 ± 1,4*	8,4 ± 1,6*	7,2 ± 1,1*	8,6 ± 1,4*	10,3 ± 2,1**	10,1 ± 0,89
РФМК (мг\100мл)	3,0 ± 2,2*	3,0 ± 1,5*	3,5 ± 1,2*	5,8 ± 0,9*	10,0 ± 1,2**	6,0 ± 2,0*

*р изменения достоверны по сравнению с контрольными данными (р < 0,05)

**р изменения достоверны по сравнению с исходными данными (р < 0,05)

Выводы

1. Клинические проявления геморрагического синдрома у больных апластической анемией и идиопатической тромбоцитопенической пурпурой уменьшаются к 40 дню получения высокогорной климатотерапии.

2. У больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой параметры вторичного гемостаза не страдают, остаются, как и в контрольной

группе, т.е. увеличиваются в 1,2 раза к 20-му дню, а к 40-му дню возвращаются к исходному уровню.

3. Динамические, положительные изменения происходят в параметрах вторичного гемостаза больных апластической анемией, которые в среднем увеличиваются от 1,3 до 2,1 раза и сохраняются до 3-го месяца после лечения.

Литература

1. Баркаган З.С., Цывкина Л.П. Диагностика нарушений гемостаза с помощью змеиных ядов. // М.:1998. - С. 95-100.
2. Баркаган З.С., Момот А.П. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза. // М.: 2001. - С. 10-121.
3. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. // М.: Медицина. - Т 3. 2005. - С. 78-95.
4. Миррахимов М.М. Лечение внутренних болезней горным климатом.// Л.: Медицина, 1977. - С. 208.
5. Момот А.П., Елыкомов В.А., Баркаган З.С. Методика и клиническое значение паракоагуляционного фенатролинового теста. // Лабор. диагност. 1999.- №4. -С. 17-20.
6. Момот А.П. Патология гемостаза. / Санкт-Петербург. 2006. -С. 15-27, 38-52.
7. Раимжанов А.Р. Апластическая анемия и горный климат. Бишкек, 2000. -С. 7-55.
8. Ниссен К. Патология апластической анемии. //Гематология и трансфузиология. 1999. № 6. - С. 29-84.
9. Kobayashi M., Laver J.H., Kato T. et al.: Cyclosporine therapy of Aplastic anaemia, congenial and acquired red cell aplasia // Brit.J. Haematol. 1989. -Vol. 72. №2. -P. 278-284.
10. Leonard E.M., Kaushansky. Human coagulation abnormalities during acute exposure to hypobaric hypoxia//Biochemistry. 2000. – Vol. 39(11). – P. 3044–3051.
11. Lok S., Kaushansky K., Holly R. et al. Cloning and sequencing and stimulation of platelet production in vivo. //Nature. –1994. – Vol. 369. – P. 565-568.
12. Montrucchio G., Brizzi M. F., Calosso G., Marengo S., Pegoraro L., Camussi G.: Effects of recombinant MGDF on platelet activation. // Blood. – 1996. –Vol. 87. – P. 2762–2768.

ЖҮРӨКТҮН КОРОНАРДЫК ООРУСУНА ЧАЛДЫККАН ООРУЛУУЛАРДЫН СОЛ КАРЫНЧАСЫНЫН ИШТЕШИНЕ «ТРИМЕТАЗИДИНДИ» ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Байкелова М.Р., Аллабду Башар., Юсупова Г.С., Калиев Р.Р.

М.Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борбору,
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Иштин максаты – физикалык күч келүүнүн туруктуулугу жана сол карынчанын иштешине триметазидиндин таасир этүүсүн изилдөө болуп саналат. Бишкек ш. №7 ҮДБнун диспансердик каттосунда турган жүрөктүн коронардык оорусу менен ооруган 82 оорулууга изилдөө жүргүздүк. Изилдөөгө алынган 42 бейтап 3 айдын ичинде эки жолу 35 мг өлчөмдө (“Server” Франция) триметазидинди кабыл алгандан кийин жүрөктүн булчун эттеринин жыйралуу жөндөмдүүлүгү жакшырганын байкадык.

Негизги сөздөр: Триметазидин, жүрөктүн коронардык оорусу, 6 мүнөттүк кадам тести.

ВЛИЯНИЕ «ТРИМЕТАЗИДИНА» НА ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.

Байкелова М.Р., Аллабду Башар., Юсупова Г.С., Калиев Р.Р.

Национальный Центр Кардиологии и Терапии имени академика Миррахимова М.М.,
Кыргызская государственная медицинская академия Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме. Цель исследования - изучения влияния триметазида на функцию левого желудочка (ЛЖ) и толерантность к физической нагрузке. Нами были обследованы 82 больных с коронарной болезнью сердца (КБС), находящихся на диспансерном учете в ЦСМ №7 г. Бишкека. В обследуемой группе 42 пациента получали триметазидин (препарат “Server” Франция) в дозе 35 мг двукратно в течение 3 месяцев, в дополнении к базисной терапии. Нами показано, что на фоне приема триметазида наблюдалось улучшение сократительной способности миокарда.

Ключевые слова: триметазидин, коронарная болезнь сердца, 6-минутный шаговый тест.

EFFECT OF «TRIMETAZIDINE» ON LEFT VENTRICLE FUNCTION IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Abstract. Basis of research – studied effect of trimetazidine on left ventricle function were examined 82 patients, suffering coronary heart disease, registered in the dispensary of polyclinic №7, Bishkek city. The observation group 42 patients treatment with trimetazidine (preduktal «Server» French) at dose 35 mg duplets it day during 3 monthly, in addition with main therapy. Treatment trimetazidine accompanied by credibly well contraction function myocardium.

Key words: trimetazidine, coronary heart disease, 6 – minutes step test.

Основной причиной развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) является КБС. Одним из патогенетических механизмов, ответственных за прогрессирование ХСН, является активация окисления свободных жирных кислот (СЖК) в условиях сниженного поступления кислорода в сердечные клетки. Это относительно неблагоприятный механизм образования АТФ, поскольку он сопровождается чрезмерной активацией перекисного окисления липидов и требует больших затрат кислорода [1]. В условиях дисфункции сократительной способности сердца переключение его энергетического метаболизма с гидрогеназного пути окисления глюкозы на пируватный является более целесообразным, поскольку требует меньше затрат

кислорода и АТФ: при этом улучшение энергетического статуса миокарда способствует повышению сократительной способности миокарда.

Триметазидин является метаболическим антиишемическим препаратом, действие которого обусловлено повышением толерантности кардиомиоцитов к ишемии за счет оптимизации метаболизма, при этом он не влияет на показатели гемодинамики. В многочисленных исследованиях показано, что антиишемическое действие триметазида обусловлено нейтральным гемодинамическим действием, что и обуславливает его преимущество перед другими гемодинамическими антиангинальными средствами [2,3].

Целью нашего исследования явилось изучения

влияния триметазида на функцию левого желудочка и толерантность к физической нагрузке.

Материалы и методы. Обследованы 82 пациента (60 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 42 до 89 лет, страдающих КБС с ХСН ФК III-IV согласно Нью-Йоркской классификации кардиологов (NYHA). Критерием включения пациентов в обследование явились наличие ФВ менее 35 % и КДРЛЖ более 6 см

Больные были распределены на 2 группы. В первую группу вошло 42 больных, к базисной терапии, которых был добавлен цитопротектор триметазидин (предуктал, "Server" Франция) в дозе 35 мг х 2 раза в сутки. Во 2-ю группу (контрольную) вошло 40 больных, получавших стандартную терапию (в - адреноблокаторы, диуретики, ингибиторы АПФ). Курс лечения составил 3 месяца

До и после лечения все больные проходили двумерное эхокардиографическое исследование на аппарате «Accusson» Германия, в положении больного лежа на спине. Определялись следующие показатели: размеры левого предсердия (ЛП, см), конечно-систолический размер ЛЖ (КСР ЛЖ, см), конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ, см), толщина задней стенки ЛЖ (ТЗС ЛЖ, см), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП, см), фракция выброса (ФВ %).

Толерантность к физической нагрузке (ТФН) определялась в 6-минутном шаговом тесте (6-МШТ).

Достоверность различий сравниваемых показателей определяли по t - критерию Стьюдента, раз-

личия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Показатели систолической функции ЛЖ отражены в таблице. У больных первой группы на фоне приема триметазида наблюдалось достоверное увеличение ФВ ЛЖ с $34,4 \pm 3,9\%$ до $38,0 \pm 4,9\%$, $p < 0,001$, уменьшение КСРЛЖ с $5,25 \pm 0,41$ см до $5,04 \pm 0,42$ см, $p < 0,02$. Не выявлено изменений в КДРЛЖ к концу лечения. Кроме этого отмечалось достоверное уменьшение левого предсердия (с $5,0 \pm 0,15$ см до $3,90 \pm 0,001$ см, $p < 0,05$).

По сравнению с показателями больных 2-й группы у пациентов, получающих триметазидин, наблюдалось также уменьшение размеров ЗСЛЖ ($1,25 \pm 0,08$ см до $1,11 \pm 0,02$ см, $p < 0,05$) и МЖП ЛЖ ($1,25 \pm 0,09$ см до $1,12 \pm 0,02$ см, $p < 0,05$ соответственно).

Нами также оценивалось изменение толерантности к физической нагрузке. Для этого пациентам проводилась проба с 6 - МШТ.

В многоцентровом, плацебо-контролируемом, рандомизированном исследовании ТАСТ было подтверждено достоверное снижение потребности в нитроглицерине и уменьшение ФК стенокардии почти у одной трети больных, получавших триметазидин [4]. По данным Маколкина В.И. и соавторов, у больных КБС комбинированная терапия с триметазином привела к восстановлению сократимости в 66,3% гибернирующих сегментов, что сопоставимо с эффективностью реваскуляризации [5].

Таблица

ЭХОКГ параметры и результаты пробы с 6-МШТ

№	Параметры	Контрольная группа		Обследуемая группа	
		Исходно	Через 3 месяца	Исходно	Через 3 месяца
1	ЛП, см	$5,0 \pm 0,14$	$5,0 \pm 0,3$	$5,0 \pm 0,15$	$3,90 \pm 0,01$ *
2	КСРЛЖ, см	$5,3 \pm 0,3$	$5,3 \pm 0,3$	$5,25 \pm 0,41$	$5,04 \pm 0,42$ **
3	КДРЛЖ, см	$6,3 \pm 0,2$	$6,4 \pm 0,4$	$6,2 \pm 0,4$	$6,17 \pm 0,41$
4	ФВ %	$32,3 \pm 5,5$	$34,4 \pm 5,7$	$34,4 \pm 3,9$	$38,0 \pm 4,9$ **
5	ТЗСЛЖ, см	$1,26 \pm 0,07$	$1,25 \pm 0,06$	$1,25 \pm 0,08$	$1,11 \pm 0,02$ *
6	ТМЖП, см	$1,25 \pm 0,09$	$1,24 \pm 0,08$	$1,25 \pm 0,09$	$1,12 \pm 0,02$ *
7	6-МШТ, м	$225,0 \pm 19,9$	$224,0 \pm 20,1$	$224,9 \pm 20,4$	$240,2 \pm 21,6$ **

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ по сравнению с контрольной группой.

Проба с 6 - МШТ легко выполним, безопасен, хорошо воспроизводим и доступен для применения у широкого круга больных, в частности у пациентов, страдающих тяжелой ХСН [6]. Результаты пробы с 6 - МШТ отражают способность больного выполнить привычную, повседневную нагрузку, характеризуя состояние кардиореспираторной системы, главным лимитирующим факто-

ром, которой при ХСН становится неполноценность функции сердца как насоса. Достоинства пробы 6-МШТ, в совпадении его результатов с данными тредмил теста и их корреляция с пиковыми величинами потребления кислорода при ФН послужили основанием для рекомендации в качестве первой скринирующей нагрузочной пробы для больных с ХСН, в том числе и пациентов,

выполняющих повседневные нагрузки на уровне, близком их максимальной работоспособности [7].

В настоящей работе подтвердилось увеличение пройденной максимальной дистанции в группе больных, получающих триметазидин (с $224,9 \pm 20,4$ м до $240,2 \pm 21,6$ м, $p < 0,001$). В контрольной группе изменений толерантности к физической нагрузке не выявлено.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных КБС с ХСН ФК III-IV (NYHA) дополнительное включение в базисную терапию цитопротектора триметазида сопровождается достоверным улучшением показателей систолической функции левого желудочка и увеличением толерантности к физической нагрузке в пробе с 6-МШТ.

Таким образом, применение триметазида в терапии КБС вполне обосновано, что подтверждено рядом клинических исследований.

Выводы

1. Дополнительная терапия триметазином больных КБС с ХСН ФК III-IV (NYHA) достоверно улучшает сократительную способность миокарда левого желудочка.

2. Триметазидин повышает толерантность к физической нагрузке по данным пробы с 6-минутным шаговым тестом.

3. Триметазидин рекомендуется для лечения больных КБС с ХСН ФК III-IV (NYHA).

Литература

1. Терешенко С.И., Акимова О.С., Демидова И.В. и др. Цитопротектор триметазидин в тяжелой комплексной постинфарктной хронической сердечной недостаточности // Кардиология. - 1999. - 9. - С. 48-52.

1. Жарова Е.А., Лепехин В.Х., Триметазидин в комбинированной терапии стенокардии напряжения сердце // Кардиология. - 2002. - 1(4). - С. 204-207.

4. Kantor P., Lucinh A., Kozak R. The antianginal drug trimetalidine shifts cardio energy metabolism from fatty acid oxidation to glucose oxidation by inhibiting mitochondrial long-chain 3-ketoasil CoenzymeA Troikas. - 2007. -86. - С 580-588.

5. Комбинированная терапия препаратами цитопротекторного механизма действия: новый многообещающий подход к лечению стенокардии, рефрактерной к традиционной терапии ИБС. //Кардиология.-2000.-2. - С. 10-15.

6. Бузиашвили Ю.И., Маколкин В.И. Влияние триметазида на обратимую дисфункцию миокарда при ИБС. // Кардиология. - 1999. - 6. - С. 33-38.

7. Guatt G.H., Sullivan M.J. The 6-minute walk a new measure of exercise capacity in patients with chronic heart failure // Can. Med. Assoc J. -1985.-132. -P. 919-923.

8. Peeters P., Mets T. The 6-minute walk as an appropriate exercise test in elderly patients with chronic heart failure // J.Gerontol. A. Biol. Sci. - 1996. -51. -P. 449-457.

ТИРОЗИН – ХЛОРИД КОБАЛЬТ СИСТЕМАЛАРЫНЫН ӨЗ АРА АРАКЕТТЕНУҮСҮН 25°C СУУДА ИЗИЛДӨӨГӨ АЛУУ

Бакасова З.Б., Шапакова Ч.К., Токторбаев Т.

КРУИА химия жана химиялык технологиялар институту, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изотермикалык ыкма менен 25°C да: $C_9H_{11}NO_3-CoCl_2-H_2O$ системасы изилденди жана: $C_9H_{11}NO_3-CoCl_2 \cdot 2H_2O$ кошундусу бөлүнүп алынды. Жекелигин далилдөө максатында алардын физико-химиялык параметрлери аныкталды жана ИК-спектрлери изилденди

Негизги сөздөр: амин кычкылдары, тирозин, эритмелердин изотермикалык ыкмасы, кобальт хлориди, ИК-спектрлер.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СИСТЕМЫ ТИРОЗИН – ХЛОРИД КОБАЛЬТА - ВОДА ПРИ 25°C

Бакасова З.Б., Шапакова Ч.К., Токторбаев Т.

Институт химии и химической технологии НАН КР, г.Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Изотермическим методом растворимости при 25°C изучена система: $C_9H_{11}NO_3-CoCl_2-H_2O$ и выделено соединение: $C_9H_{11}NO_3 \cdot CoCl_2 \cdot 2H_2O$. С целью установления индивидуальности определены их физико-химические параметры, изучены ИК-спектры.

Ключевые слова: аминокислоты, тирозин, изотермический метод растворимости, хлорид кобальта, ИК-спектры.

STUDY ON THE INTERACTION OF THE SYSTEM TYROSIN-COBALTOUS CHLORIDES-WATER AT 25° C.

The system $C_9H_{11}NO_3-CoCl_2-H_2O$ have been studied at 25°C by isothermal method of solubility and have been isolated one compound: $C_9H_{11}NO_3 \cdot CoCl_2 \cdot 2H_2O$. In order determined individuality of compound their specific weight, melting temperature, solubility in water and organic solvents, and studied infra-red spectrum.

Аминокислоты наряду с витаминами, гормонами, ферментами являются необходимыми компонентами жизнедеятельности организма. Отсутствие, недостаток, а иногда избыток этих веществ или нарушение их обмена приводит к развитию различных болезней. Некоторые из этих болезней поддаются лечению с помощью аминокислотных диет и витаминотерапии.

Многие современные терапевтические средства основаны на эффективном вмешательстве в развитии клеток путем введения в организм свободных аминокислот и их производных [1].

Среди L-аминокислот особый интерес представляют оксимоноамино-монокарбоновые кислоты (тирозин), обладающие более сильной биоактивностью на сорняки и вредителей растений по сравнению с остальными природными аминокислотами.

Тирозин является одной из важнейших составных частей белков и необходим для питания животных и человека.

Тирозин и его производные имеют большое значение в фармакологии и косметике. Для лечения различных депрессивных состояний организ-

ма, а также для быстрого выведения больных из шокового состояния, снятия усталости могут использоваться растворы тирозина определенной концентрации в водных растворах глюкозы. L-Тирозин и L-б-метил тирозин обладают симпатолитической активностью [2].

Кобальт широко распространен в природе, активно участвует в жизненных процессах растений и животных организмов. Приоритет открытия кобальта в растениях принадлежит французскому ученому В. Легрику (1841), а присутствие его в животных организмах впервые доказано русским ученым В. И. Виноградовым [3].

Интерес к кобальту повысился после того как был определен витамин B_{12} , который оказался менее токсичным, чем хлористый кобальт.

Сегодня кобальтсодержащие вещества нашли широкое применение в медицине и ветеринарии для лечения заболеваний, связанных не только с нарушением кроветворения, но и с нарушениями общего обмена веществ, при сердечно-сосудистых заболеваниях [4]. Поэтому цель работы - получение менее токсичных и биологически активных соединений, содержащих кобальт и аминокислоту.

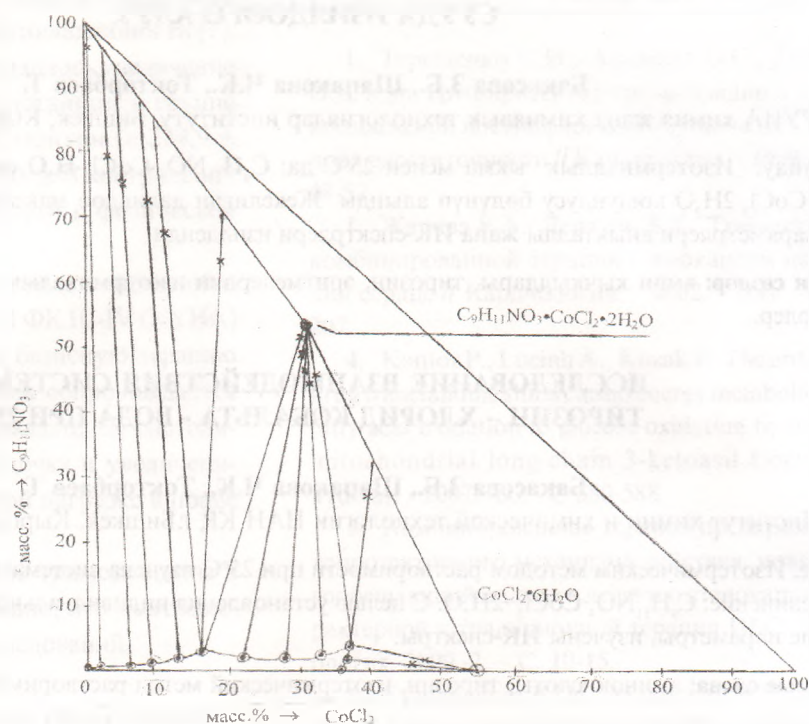


Рис.1. Диаграмма растворимости системы $C_9H_{11}NO_3$ - $CoCl_2$ - H_2O при $25^\circ C$.

На основе изучения взаимодействия тирозина с хлоридом кобальта при $25^\circ C$ установлено состав нового соединения с последующим его синтезом (рис.1, табл.1). При изучении химического взаимодействия L-тирозина с хлоридом кобальта было поставлено 16 опытов.

Растворимость L-тирозина при $25^\circ C$ составляет 0,045%, а растворимость шестиводного хлори-

да кобальта равна 35,99 %.

Диаграмма растворимости этой системы состоит из трех ветвей. Первая ветвь (точки 1-5) соответствует кристаллизации в твердую фазу L-тирозина.

Точка 6 является переходной и характеризуется составом раствора: L-тирозин-2,88%, хлорид кобальта-16,01%.

Таблица 1

Данные химического анализа равновесных растворов и твердых фаз системы $C_9H_{11}NO_3$ - $CoCl_2$ - H_2O при $25^\circ C$

	Состав жидкой фазы, масс %			Состав твердой фазы, масс %			Истинная твердая фаза
	$C_9H_{11}NO_3$	$CoCl_2$	H_2O	$C_9H_{11}NO_3$	$CoCl_2$	H_2O	
1	0,045	-	99,95	100	-	-	$C_9H_{11}NO_3+H_2O$
2	0,18	1,50	98,32	97,02	0,51	2,47	$C_9H_{11}NO_3+CoCl_2+H_2O$
3	0,33	5,85	93,82	79,51	3,06	17,43	- -
4	1,02	8,76	90,22	75,38	5,62	19,00	- -
5	2,01	12,51	85,48	72,96	8,51	18,53	- -
6	2,88	16,01	81,11	67,85	11,65	20,50	- -
7	2,88	16,01	81,11	63,01	19,05	17,94	- -
8	2,88	16,01	81,11	50,01	31,35	18,64	$C_9H_{11}NO_3 \cdot CoCl_2 \cdot 2H_2O$
9	2,01	21,55	76,44	48,26	32,02	19,72	$C_9H_{11}NO_3+CoCl_2+H_2O$
10	1,99	27,01	71,00	45,22	34,21	20,07	- -
11	2,35	32,36	65,29	43,85	34,93	21,22	- -
12	3,98	37,01	59,01	44,53	35,52	19,95	- -
13	3,98	37,01	59,01	26,85	40,51	35,18	- -
14	3,98	37,01	59,01	2,52	49,33	48,15	$CoCl_2+H_2O$
15	1,98	36,85	61,17	1,16	46,75	52,09	- -
16	-	35,99	64,01	-	55,00	45,00	- -

Вторая ветвь (точки 6-10) соответствует растворам, выделяющим двойное соединение. Прямолинейные лучи, идущие от фигуративных точек этой ветви, пересекаются в одной точке, подтверждающей постоянный состав твердой фазы. Твердая фаза характеризуется следующим содержанием исходных компонентов: L-тирозин 52,19%, хлорид кобальта 37,43% и 10,37% воды. В пере-

счете на молекулярное содержание веществ новое химическое соединение выражается формулой: $C_9H_{11}NO_3 \cdot CoCl_2 \cdot 2H_2O$.

Третья ветвь точки (10-12) отвечает растворам, находящимся в равновесном состоянии с донным осадком из чистого шестиводного хлорида кобальта.

Таблица 2

Физико-химические параметры исходных и полученных комплексных соединений

Соединение	Мол. масса, г/моль	Уд. масса, г/см ³	Мол. объем, см ³ /г	Уд. объем, см ³ /г	Тпл, °С	Растворимость			
						Н ₂ O	Гексан	спирт	бензол
$C_9H_{11}NO_3$	181,2	1,456	124,45	0,6868	312-4	0,045	н.р	н.р	н.р
$C_9H_{11}NO_3 \cdot CoCl_2 \cdot 2H_2O$	3473	1,5936	217,83	0,6275	131-136	2,74	н.р	м.р	н.р

Химические анализы жидких и твердых фаз проводили по следующим методикам: кобальт определяли трилонометрическим титрованием в присутствии мурексида при Ph=9-10, количество тирозина-отгонкой аммиака по методу Кьельдаля [5]. Новое соединение из водного раствора выделено в кристаллическом виде, установлены

физико-химические параметры (табл.2). Элементный состав соединений определен методом микроанализа органических веществ (табл.3) [6]. С целью определения способа координации была исследована ИК-спектры поглощения соединения (рис. 2).

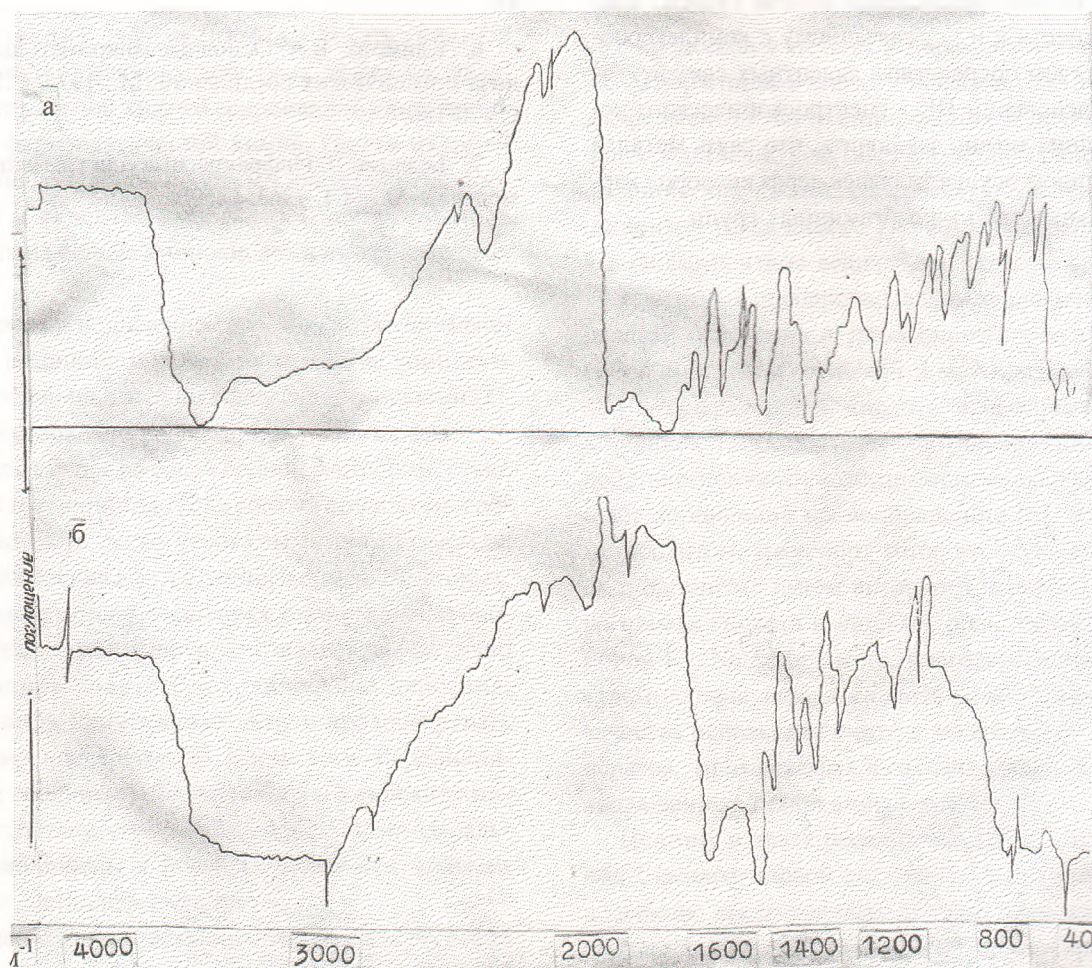


Рис 2. ИК-спектры соединений: а) тирозина б) тирозината кобальта двухводного.

Таблица 3

Полученные данные химического анализа тирозина и тирозината кобальта двухводного.

Соединение	Вычислено, масс %					Найдено, масс %				
	C	H	N	Co	Cl	C	H	N	Co	Cl
$C_9H_{11}NO_3$	59,66	5,52	7,73	-	-	59,75	5,54	7,76	-	-
$C_9H_{11}NO_3 \cdot CoCl_2 \cdot 2H_2O$	31,11	4,32	4,03	16,97	20,45	31,04	4,48	4,07	16,34	20,36

Известно, что аминокислоты в твердом состоянии находятся в цвиттерионной форме [7]. Вследствие этого, в ИК-спектрах тирозина в области 2900-3100 cm^{-1} наблюдается широкая полоса валентного колебания, характерная для протонированной аминогруппы, а также полосы вблизи 1590 и 1410 cm^{-1} , которые относятся соответственно к $\nu_{as}(COO^-)$ и $\nu_s(COO^-)$ ионизированной карбоксильной группы. В ИК-спектре комплекса эти полосы поглощения, относящиеся соответственно к $\nu_{as}(NH_2)$ и $\nu_s(NH_2)$ аминогруппам смещены в низкочастотную область.

В области 1700-1200 cm^{-1} в спектрах комплексов проявляются резкие изменения по сравнению со спектрами тирозина. Поглощения около 1690 cm^{-1} обусловлены валентными колебаниями группы $>C=O$. Полосу поглощения вблизи 1320 cm^{-1} следует отнести к $\nu_{(C-O)}$, связанному с комплексообразователем посредством валентных связей.

На основании ИК - спектроскопического исследования можно заключить, что связь металла с тирозином осуществлялась через кислород карбоксильных групп и азотаминных групп

Литература

1. Андреев А.Л. Лечебное применение аминокислот.- М.: -1960.-С.15
2. Мнджоян О.Л., Агаджанян Ц.Е. Синтез и фармакологическое исследование производных L-тирозина. // Химико-фармацевтический журнал - М.: Медицина.- 1971. №7,- С.4-7.
3. Виноградов А.П. Микроэлементы в жизни растений и животных.- М.: -1952.-С.17-20.
4. Алтымышев А.А., Бакасова З.Б. и др. Фармакологические свойства некоторых кобальтсодержащих препаратов, применяющихся в медицине и сельском хозяйстве. -Фрунзе «Илим» -1989. -С.63.
5. Бакасова З.Б. Динатриймонокобальтглютаминат и его аналоги.- Бишкек «Илим»- 1991.-С.48-49.
6. Климова В.А. Основные микрометоды анализа органических соединений.-М.: -1975.-С.21-39, С.170-186.
7. Беллами Л. Инфракрасные спектры сложных молекул.-М.:ИЛ,-1963.-С.590.

КАЛИЙ АСПАРГИНАТЫНЫН БИОЛОГИЯЛЫК АКТИВДУУЛУГУ ЖӨНҮНДӨ

Бакасова З.Б., Карагулова Ж.Ж., Горелкина О.И., Арзыбаев М.А.

КРУИА химия жана химиялык технологиялар институту, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Иште: $2\text{K}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{MgCl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$; $2\text{K}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{CaCl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$; $2\text{K}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{ZnCl}_2$ комплекстүү кошундмаларынын токсикологиялык жана биологиялык изилдөөлөрүнүн жыйынтыктары берилди.

Негизги сөздөр: аминкычкылы, калий аспарагинаты, биометаллдар, комплекстүү кошундулар, уулуулук.

О БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСОВ АСПАРАГИНАТА КАЛИЯ

Бакасова З.Б., Карагулова Ж.Ж., Горелкина О.И., Арзыбаев М.А.

Институт химии и химической технологии НАН КР, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе приведены результаты токсикологических и биологических испытаний комплексных соединений: $2\text{K}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{MgCl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$; $2\text{K}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{CaCl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$; $2\text{K}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{ZnCl}_2$.

Ключевые слова: аминокислоты, аспарагинат калия, биометаллы, комплексные соединения, токсичность.

ABOUT BIOLOGICAL ACTIVITY OF POTASSIUM ASPARTATE

Resume. In the work was studied properties toxicity and biological activity of the complexes compounds: $2\text{K}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{MgCl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$; $2\text{K}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{CaCl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$; $2\text{K}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{ZnCl}_2$.

Key words: amino acids, potassium asparagus, biometals, complex compounds.

Создание эффективных лекарственных средств, не имеющих побочных эффектов, является актуальной задачей современной синтетической и фармацевтической химии. Одним из путей решения указанной проблемы является использование в качестве субстанций лекарственных средств на основе аминокислот и их производных [1].

Поэтому в последнее время находят применение в медицине и сельском хозяйстве комплексные соединения аминокислот с биометаллами [2]. Это обусловлено рядом причин. Во-первых, они обладают более высокой водной растворимостью, малой токсичностью [2] и соответственно способностью быть легко усвояемыми организмом за счет включения в естественный обмен. Во-вторых, сочетание в одном комплексе биометаллов и биоактивных б-аминокислот позволяет значительно увеличить спектр биологического действия, уменьшить применяемую дозу и пролонгировать действие препаратов [3]. Кроме того координационные соединения биометаллов с аминокислотами по составу, строению и свойствам максимально приближены и подобны активным центрам многих металлоферментов [4].

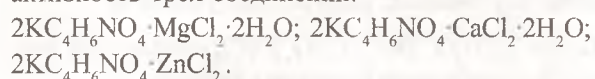
К настоящему времени накопилось большое количество сведений о влиянии аспарагиновой кислоты для нормализации многих биохимичес-

ких процессов в печени и пораженного миокарда. Аспарагиновая кислота повышает активность изоферментов переаминирования в печени [5], непосредственно участвует в аэробном окислении органических кислот, способствует удалению из организма токсического аммиака, превращая его в индифферентное вещество-аспарагин.

Известный препарат аспаркам аналогичен препаратам панангину и тромкардину, представляет собой смесь монокальевой и мономагниевого солей L-аспарагиновой кислоты в массовых соотношениях 1:1, оказывает противоаритмическое действие, понижает возбудимость миокарда, улучшает коронарное кровообращение [6]. Являясь метаболитом, транспорт которого осуществляется в организме путем активного переноса, аспарагиновая кислота выполняет роль переносчика ионов K^+ , Na^+ , Mg^{2+} и др. Благодаря этим свойствам аспарагиновая кислота может служить в качестве основы для синтеза лекарственных препаратов, применяемых в случаях необходимости ввода данных ионов внутрь клетки [5].

Поэтому в целях расширения сферы применения L-аспарагиновой кислоты и ее производных в качестве лекарственных средств нами проведено исследование фазовых равновесий в тройных водных системах, содержащих L-аспарагинат калия и хлориды биометаллов (Mg , Ca , Mn , Zn).

Синтезировано 6 новых комплексных соединений и изучены их физико-химические свойства [7,8]. Среди них изучена токсичность и биологическая активность трех соединений:



Совместно со специалистами Кыргызского Государственного научно-исследовательского контрольного института ветеринарии (КиргосНИКИВ) проведены исследования по изучению острой токсичности нового синтетического соединения $2\text{K}_2\text{C}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{MgCl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$. Опыты проводили на беспородных клинически здоровых белых мышах обоего пола с живой массой 20-24гр. Испытуемое вещество вводили перорально в виде 10 и 15% -ного водного раствора в дозах 2000,

3000, 4000, 5000, 6000 мг/кг живой массы с помощью шприца, снабженного специальным металлическим зондом. Каждую дозу вещества испытывали на группе мышей из 6-ти голов, а еще одна группа мышей из 6-ти голов служила контролем и получала соответствующий объем воды. Наблюдение за всеми мышами в опыте вели в течение 9 дней. При этом учитывали общее состояние, поведение, аппетит, температуру тела, сердцебиение, дыхание и гибель животных. Цифровые данные опытов статистически обработаны по методу пробит-анализа Литчфилда и Уилкоксона (Litchfield a Wilcoxon) в модификации Рота с использованием обычной миллиметровой бумаги [9]. Результаты обработки отражены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели острой токсичности $2\text{K}_2\text{C}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{MgCl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$

Доза мг/кг	Кол-во	Результаты		Параметры токсичности мг-кг
		пало	выжило	
2000	6	6	0	МПД(ЛД ₀ =2000)
3000	6	5	1	ЛД ₁₆ = 2940
4000	6	3	3	ЛД ₅₀ = 3850
5000	6	1	5	ЛД ₈₄ = 4950
6000	6	0	6	ЛД ₁₀₀ = 6000
Контроль	6	0	6	

Исходя из результатов по изучению острой токсичности $2\text{K}_2\text{C}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{MgCl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$, можно сделать вывод, что по современной классификации токсичности химических веществ, препарат относится к классу малотоксичных соединений.

Полученный комплекс $2\text{K}_2\text{C}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{CaCl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$ испытан на белых крысах в дозе 3000мг/кг (per os) веса в течение 15 дней. Результаты по биологическому испытанию препарата приведены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты наблюдения по биологическому испытанию $\text{C}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{CaCl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$

№ под опыти. крыс	Угасание положительного рефлекса (на звонок)		Восстановление условного рефлекса		Продление дифференцировки (до 3 мин)		Внешнее торможение (в сек)	
	До приема	После приема	до	после	до	после	До	после
1	38	28	4	4	3мин	1,5мин	0,2	0,7
2	12	10	2	2	3мин	3мин	0,9	0,4
5	43	31	3	3	3мин	3мин	2,4	0,5
10	8	19	2	2	3мин	3мин	4,9	Полное торможение
9	57	-	-	-	3мин	3мин	0,3	0,2
13	29	35	3	4	2,5мин	2,5мин	2,4	4,5

Обработка результатов наблюдений показала, что применяемый препарат оказывает заметное влияние на деятельность коры головного мозга, упрочняет внутреннее торможение, положительные условные рефлексы, не оказывает при этом негативного влияния на их угасаемость и восстановление.

Токсикологическое исследование препарата $2\text{K}_2\text{C}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{ZnCl}_2$ проведено совместно с сотрудниками отдела биофармакологии Биолого- почвенного института. Опыты проводились на здоровых лабораторных животных. Экспериментальный материал обработан статистически по формуле Т.Н. Першина [9]. В результате определена ост-

рая токсичность $2\text{K}_2\text{C}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{ZnCl}_2$ на белых беспородных мышах путем введения через рот (LD_{50} - 544,1 мг/кг и внутривентриально (LD_{50} - 213,4 мг/кг).

Кроме того, проведен сравнительный эксперимент лечения сахарного диабета у белых беспородных крыс методом внутривентриального введения

$2\text{K}_2\text{C}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{ZnCl}_2$ в дозе 100 мг/кг веса (табл. 3) с последующим эффектом снижения до нормы сахара в крови с одновременной нормализацией гликогена в печени. Такой же эффект наблюдался уже у известного аналогичного по назначению препарата адебита [10] (табл. 4) и не уступает ему по биологической активности.

Таблица 3

Результаты наблюдения при лечении сахарного диабета препаратом $2\text{K}_2\text{C}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{ZnCl}_2$.

№	Вид животных	Кол-во сахара в крови мг%	Кол-во гликоген в печени мг%	Крысы больные сахарным диабетом		После лечения препаратом $2\text{K}_2\text{C}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{ZnCl}_2$	
				Сахар	Гликоген	Сахар	Гликоген
1	Крысы	100	250	280	50	110	280
2	Крысы	90	300	250	следы	100	300
3	Крысы	110	280	300	50	120	260
4	Крысы	100	250	260	50	110	250
5	Крысы	105	280	270	следы	110	300
6	Крысы	116	300	280	80	120	300

Таблица 4.

Результаты наблюдения при лечении сахарного диабета адебитом

№	Вид животных	Кол-во сахара в крови мг%	Кол-во гликоген в печени мг%	Крысы больные сахарным диабетом		После лечения препаратом адебит	
				Сахар	Гликоген	Сахар	Гликоген
1	Крысы	110	260	250	50	110	280
2	Крысы	100	270	250	следы	100	270
3	Крысы	85	250	270	60	105	280
4	Крысы	90	280	260	50	100	260
5	Крысы	80	290	270	следы	110	260
6	Крысы	105	300	280	80	85	290

Примечание: норма сахара в крови 80-110 мг; норма гликогена в печени 250-300 мг%

На основании выше приведенных экспериментальных материалов можно сделать вывод, что $2\text{K}_2\text{C}_4\text{H}_6\text{NO}_4 \cdot \text{ZnCl}_2$ относится к биологически активным соединениям, является малотоксичным, хорошо растворимым препаратом, обладает гипогликемическим действием и может применяться при сахарном диабете.

Литература

1. Черевин М.С., Гулевич Т.Г., Попова Л.А. N-трифторацетилпроизводные лизина в синтезе L-лизил-L-глутаминовой кислоты. // Журн. орг. химии - 2007. - Т.43. - вып.10. - С.1437.
2. Бакасова З.Б. Динатриймонокобальтглютаминат и его аналоги. - Бишкек, - Илим. - 1991. - С.90.
3. Карагулова Ж.Ж. Исследование металлокомплексов калиевой соли б-аминоянтарной кислоты. // Известия НАН КР - 2005.-№3-С.50-53.
4. Крис Е. Е., Волченкова И.И. Координационные соединения металлов в медицине. - Киев.: Наукова Думка. -1982.-С.26-32.

5. Западнюк В.И., Купраш Л.П. Аминокислоты в медицине. - Киев. 1982. -С.92-96
6. Ходжай Я.И. Кистень Н.А. Аспаркам. // Хим.-фарм журнал. - М.: Медицина, - 1981. - №4. - С.115-116.
7. Бакасова З.Б., Карагулова Ж.Ж. Комплексные соединения хлорида магния с L-аспарагинатом калия. // Известия НАН РК Серия химическая - Алматы. - 2004. -№4. - С. 71-75
8. Бакасова З.Б., Карагулова Ж.Ж. О взаимодействии L-аспарагината калия с хлоридами цинка и марганца в водных растворах. // Сборник научных трудов ИХ и ХТ НАН КР. - Бишкек, Илим. - 1998. - Ч.2. - С.96-101.
9. Кудрин А.Н. Пономарева Г.Т. Применение математики в экспериментальной клинической медицине. - М., -1967. - С.226-246.
10. Машковский М.Д. Лекарственные средства. -Ч.1. - М.: Медицина -1988. - С.562.

РОЗАЦЕА ТЕРАПИЯСЫНА ЖАҢЫ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫК МАМИЛЕЛЕР

Балтабаев М.К., Шакирова А.Т.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Кыргыз-Россия Славян университети, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Розацеанын ар кандай клиникалык формасы менен ооруган, тиогамма жана урсофальком жаны патогенетикалык ыкма менен дарыланган 25 оорулууга клиникалык байкоо жүргүзүлдү. Дарыланганга чейин көпчүлүк оорулууларда гепатобилиардуу системадагы функционалдык жана органикалык патологиясы болгон. Булар изилдөөнүн лабораториялык ыкмасы аркылуу далилденген.

Негизги сөздөр: розацеа, тиогамма, урсофальк, липиддер.

НОВЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА

Балтабаев М.К., Шакирова А.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия, Кыргызско-Российский Славянский университет,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведено клиническое наблюдение за 25 больными различными клиническими формами розацеа, получавшими новый патогенетически обоснованный метод лечения тиогаммой и урсофальком. У большинства больных до начала лечения выявлена функциональная и органическая патология гепатобилиарной системы, которая подтверждена лабораторными методами исследований. Включение тиогаммы и урсофалька в комплексную терапию розацеа способствовало как нормализации печеночных тестов и фракций липидов периферической крови, так и регрессу кожных высыпаний.

Ключевые слова: розацеа, тиогамма, урсофальк, печеночные тесты, липиды.

NEW APPROACHES IN THE TREATMENT OF ACNE ROSACEA

Baltabayev M.K., Shakirova A.T.

Abstract. Under clinical observation were 25 patients suffered from different clinical forms of acne rosacea that using Tiogamma and Ursosofalk had treated. All patients have functional and organic disturbances of hepatobiliary system before treatment. Complex treatment including Tiogamma and Ursosofalk led to improvement of balance of liver enzymes and lipid fractions in peripheric blood of investigated patients.

Key words: Acne rosacea, Tiogamma, Ursosofalk, Liver enzymes, Lipid fractions.

Введение. Проблема терапии розовых угрей (розацеа) является одной из актуальных вопросов дерматологии, ввиду большой распространенности этого дерматоза среди населения. Заболеваемость розовыми угрями составляет от 2-5% и может достигать до 10% [1,2]. Дерматоз часто встречается у лиц наиболее трудоспособного возраста (30-40 лет) и достигает своей апогеи в 50-60 лет. Ввиду яркой клинической картины розацеа обращает на себя внимание, угнетает психику больных, особенно женщин. Много работ как отечественных, так и зарубежных ученых, посвящены изучению патогенеза розовых угрей. Отсутствует единое мнение по поводу механизмов развития этого дерматоза. Большое значение придается нарушениям функционального состояния желудочно-кишечного тракта, дисфункциям эндокринной системы, психосоматическим и иммунным нарушениям

[4,5,6,7]. Многие авторы относят розацеа к хроническим ангионеврозам кожи лица [8]. Согласно клинической классификации Е.И.Рыжковой [3] различают 4 основные формы розацеа – эритематозная, папулезная, пустулезная и инфильтративно-продуктивная формы болезни. По данным зарубежных ученых G.Plewig et al.1982 [9] T.Jansen et al.1996, [10] к вышеуказанным формам дерматоза дополнительно отнесли стероидную, конглобатную, фульминантную с персистирующим отеком (болезнь Морбигана). В качестве отдельной формы розацеа различают офтальморозацеа с вовлечением в патологический процесс области глаз [11].

Терапия угрей в настоящее время основывается на выявленных отдельных изменениях в патогенезе болезни, которые в большинстве случаев носят фрагментарный характер и не могут объяснить наличие терапевтического эффекта у больных.

Определенным терапевтическим действием обладают акарицидные мази при наружном их использовании, оказывающие противодемодекозный эффект – 10% суспензия бензилбензоата, мазь Вилькинсона, мазь «Ям» [12,13] мази с содержанием трихопола (метронидазола) – розамет [14], а также метод Демьяновича [13]. Один из современных средств наружной терапии – нанесение препарата «Сирегаль» на очаги поражений [15]. Эффективным методом терапии розовых угрей. [5] является аппликация крема с содержанием 20% азелаиновой кислоты [28], улучшающий процессы кератинизации, эпидермиса и уменьшающий содержание свободных жирных кислот. С целью снятия резкой воспалительной реакции кожи местно используются кортикостероидные мази.

В качестве системной терапии известны методы лечения тяжелых клинических форм розацеа антибиотиками – тетрациклинового ряда (тетрациклин гидрохлорид, доксициклин, миноциклин, вибрамицин, миноциклин) [16,17], отмечено положительное влияние на течение кожного процесса макролидов – эритромицин, рокситромицин, кларитромицин, клиндамицин [18,19]. Методом обязательной системной терапии розовых угрей является включение трихопола (метронидазол), который обладает регенераторными свойствами, в отношении слизистой желудка и кишечника [20,21], препарат оказывает выраженное противоотечное и противовоспалительное действие, обладает акарицидным свойством в отношении клеща *Demodex folliculorum* [22].

Более оптимистическим стал прогноз для выздоровления при использовании в терапии розацеа производных витаминов А – синтетических ретиноидов (изотретиноин). Его использование оправдано при лечении тяжелых форм дерматоза, обладающих весьма торпидным течением. Препарат используется длительно в течение нескольких месяцев. При уменьшении дозы препарата возможны рецидивы заболевания. Механизм действия изотретиноина заключается в его выраженном себостатическом и противовоспалительном действии за счет ингибирования медиаторов воспаления – лейкотриена V_4 [23,24]. Большинство авторов считают, что оптимальная суточная доза ретиноида составляет 0,2-1,0 мг на 1 кг массы тела. В тяжелых случаях дозу можно повысить до 2 мг/кг [25]. При использовании ретиноидов часто встречаются побочные явления – сухость кожи и слизистых оболочек, разрастание грануляционной ткани, желудочно-кишечные расстройства, проявляющиеся

в виде повышения печеночных трансфераз, диспепсия, кровотечения. Со стороны центральной нервной системы – светобоязнь, развитие катаракты, ослабление слуха. Исключается одновременный прием тетрациклинов. Возможно появление анемии, нейтропении, повышение уровня СОЭ. Наблюдаются биохимические сдвиги – повышение уровня триглицеридов, холестерина, мочевой кислоты. Ретиноиды обладают тератогенным действием. Поэтому их применение исключается во время беременности [26,27].

Цель исследования. Провести оценку эффективности препаратов – тиогама фирмы (Worwag Германия), урсодезоксихолевой кислоты (Урсофальк) фирмы (Falk, Германия) в комплексной терапии различных клинических форм розовых угрей.

Материалы и методы исследования. Препарат «Тиогама» производства компании «Worwag Фарма» представляет собой альфа-липоевую кислоту в виде магниево-кальциевой соли, которую можно вводить парентерально (внутривенно медленно 20-30 минут 600 мг/сут на 50-250 мл физиологического раствора или «Тиогама Турбо 600 мг» - готовый раствор для инфузии и перорально (600 мг в сутки утром натощак). Препарат зарекомендовал себя эффективным средством в лечении печеночной комы и гепатита [29]. Введение тиогаммы способствовало положительной динамике печеночных тестов у больных гепатитами и циррозами печени [30]. Авторы считают патогенетически оправданным назначение тиогаммы у больных с жировым гепатозом, циррозом печени и диабетом [31]. Альфа-липоевая кислота участвует в регуляции углеводного и липидного обмена, обладает липотропным эффектом, улучшает функциональное состояние печени [32].

Препарат «Урсофальк» производства компании (доктор Falk, Германия) представляет собой урсодезоксихолевую кислоту, используемую для лечения желчнокаменной болезни, вызванной холестериновыми камнями. Положительный эффект данного препарата оказывает при лечении хронических гепатитов и гепатозов печени.

Использование альфа-липоевой с урсодезоксихолевыми кислотами основано на многочисленных наших наблюдениях больных, которые имели сопутствующую патологию со стороны желудочно-кишечного тракта, а именно гепатобилиарной системы, по всей вероятности являющиеся одной из возможных причин развития розацеа.

Под нашим клиническим наблюдением

находилось 25 больных, страдающих различными клиническими формами розацеа. Мужчин 14, женщин – 11. В возрасте от 33 до 64 лет. Давность заболевания составила от 2-3 до 10 и более лет. Эритематозная форма розацеа: наблюдалась у 12 человек, папуло-пустулезная - 10, у двоих – диагностирован синдром Морбигана. Один пациент страдал ринофимой. Следует отметить, что поздние формы розацеа регистрировались чаще у мужчин. Больные обследованы на наличие гастродуоденальной патологии. Проводилась ультразвуковая эхография гепатобилиарной системы, печеночные биохимические тесты: уровень концентрации в периферической крови АЛТ, АСТ, липидных фракций – общий холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой и низкой плотности. Больным проводилась следующая комплексная терапия: антибиотики в сочетании с метронидазолом, тиогаμμα, урсодезоксихолевая кислота (Урсофальк) Наружно: отшелушивающая и противовоспалительная терапия.

Результаты и их обсуждение. Среди сопутствующих заболеваний были отмечены хронический гастрит у 4 (16%) больных, хронический гепатит у 20(80%) больных, явления жирового гепатоза печени констатированы у 6 (24%) пациентов. Наличие хронического пиелонефрита у четырех (16%) больных.

Проведенная ультразвуковая эхография органов брюшной полости позволила выявить у всех больных розацеа наличие функциональной и органической патологии печени, которая проявлялась в виде утолщения стенок и деформации формы изображения желчного пузыря у 20 (80%) больных, перекрут и изгиб шейки желчного пузыря - 3 (12%) больных, увеличение размеров печени констатировано у 10 (40%) пациентов. Неоднородность структуры паренхимы печени диагностировано у 12 (48%) больных. При эхографии данный сонографический признак характеризовался неоднородностью изображения паренхимы печени за счет чередования зон пониженной и повышенной контрастности и наличием очагов высокой эхогенности, являющиеся отражением склерозированной сосудистой стенки и отека печеночной ткани. Расширение внутрипеченочных желчных протоков наблюдалось у 11 (44%) пациентов. Увеличение размеров изображения желчного пузыря выявлено у 5 (20%) больных. Это явление обусловлено несколькими причинами - либо стенозом сфинктера Одди, либо нарушение сократительной функции органа, и возможно разрастанием фиброзной тка-

ни в области шейки желчного пузыря, а иногда и сочетанием всех вышеуказанных признаков. Диффузные изменения структуры изображения поджелудочной железы чаще в области головки наблюдалось у семи (28%) больных. Деформация контуров изображения чашечно-лоханочной системы почек с наличием солевых отложений констатировано у 4 (16%) больных.

Исследование трансминаз печени у больных розацеа позволило выявить их повышение в сыворотке крови у семи (28%) пациентов. В то же время у больных различными клиническими формами розовых угрей отмечались изменения концентрации фракции липидов. Повышение уровня холестерина и липопротеидов низкой плотности наблюдалось соответственно у 12 (48%) и 9 (36%) больных. Уровень липопротеидов высокой плотности был изменен только у двух (8%). Дисбаланс фракций триглицеридов был выявлен у 5 (20%) больных.

Комплексная терапия тиогаммой и урсофальком была высокоэффективной у всех пролеченных больных розацеа. Больным в начале терапии назначался курс антибиотикотерапии, чаще назначался рокситромицин или ципрофлоксацин. В тяжелых случаях больным назначался цефтриаксон в фармакологически приемлемых дозах. С антибиотиками применялся метронидазол 0,75-1,0 г в сутки на протяжении 10-15 дней одного курса лечения. Тиогаμμα чаще назначалась перорально по 600 мг в сутки на протяжении 10 дней. Реже препарат вводился парентерально. Начиная с первого дня лечения, больным назначался урсофальк из расчета 10-15 мг на кг веса больного в сутки. Препараты переносились хорошо без побочных явлений. Только у двух пациентов наблюдался жидкий стул. Курс лечения в среднем состоял из 10-15 дней. Значительное клиническое улучшение после первого курса лечения наблюдалось у 20 (80%) больных. Улучшение у 3 (12%) и без изменений у двух (8%) пациентов. Улучшение кожного процесса у больных розацеа сопровождалось уменьшением гиперемии и отека тканей лица. У всех больных в процессе лечения отмечалось снижение себореи проблемных участков кожи и регресс папуло-пустулезных элементов.

Повторный курс лечения назначался спустя 20-25 дней после проведения первого. В среднем для полного клинического выздоровления больных требовалось 3-4 курса патогенетической терапии с интервалами 1,5-2 месяца.

После проведенного курса лечения положитель-

ная динамика лабораторных данных отмечена у всех наблюдаемых больных, что сопровождалось снижением уровня трансаминаз печени до нормальных величин и достоверным понижением

уровня холестерина и липопротеидов низкой плотности, сочетавшееся не только улучшением кожной динамики процесса, но и психоэмоционального статуса больных.



Рис.1. Больной О.Т.М. 1951 г.р. до лечения



Рис.2. Тот же больной после первого курса лечения.



Рис. 3. Тот же больной после второго курса лечения.

Использование предлагаемого способа позволило получить клиническое излечение у 89,5% больных, значительное улучшение в 96% случаев. Срок первого курса лечения составил 15-20 дней. Последующие профилактические курсы по 7-10 дней. Срок давности наблюдений 1,5 – 2 года. При этом рецидивы заболевания не наблюдались.

Способ не требовал высоких материальных затрат, прост при воспроизведении, высокоэффективен, не имел большого количества побочных явлений, характерных для ретиноидов и других методов лечения розацеа.

Выводы

1. Тиогамма и урсофальк являются высокоэффективными препаратами в терапии акне розацеа, особенно в терапии тяжелых клинических ее форм. Препараты показаны в качестве альтернативного метода лечения вместо ретиноидов, обладающие побочными явлениями и имеющие противопоказания в терапии женщин детородного возраста.

2. Оптимальными дозами тиогаммы является 600 мг в сутки, урсофалька 10-15 мг/кг/сут. веса больного. В последующем индивидуальным подбором препарата для каждого больного.

3. Для достижения значительного клинического эффекта в терапии розацеа требуется в среднем 2-4 курса патогенетической терапии тиогаммой и урсофальком в комплексе с другими лекарственными средствами.

4. Терапия тиогаммой и урсофальком тяжелых проявлений акне розацеа не требует существенных дополнительных методов лечения и может проводиться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Литература

1. Старченко М.Е. Деменкова Н.В., Данилова Е.Н. О дифференциальной диагностике розовых угрей. Вестник дерматологии и венерологии 1998, 5, - С. 57-58.
2. Berg M, Liden S. An epidemiological study of rosacea. Acta dermatol.(Stockh.) 1989; 69: 5: 419-423.
3. Рыжкова Е.И. Клинико-морфологические особенности, патогенез и лечение розацеа: Автореф. дис.... д-ра мед. Наук. М. 1976. 17 стр.
4. Wittkower E., Russell B. Emotional factors in skin disease. New York: Hoeber 1953; 359-362.
5. Usher B. Gastroscopic observation in rosacea. Arch.Dermatol.Syphil.1941; 44: 251-255.

6. Глухенький Б.Т., Чопик Е.А., Сницаренко О.В. Функциональное состояние печени у больных розацеа по данным радионуклидных исследований. Вестн. Дерматол. 1986, 7, - С. 38-40.

7. Funk C.F. Rosacea und Leberfunktionsprüfung. Eine neuralpathologische Studie zur polygenetischen Problematik der Rosacea. Arch. Dermatol.Syphil. 1950;191:146-155.

8. Wilkin J.K. Oral thermal-induced flushing in erythematoangiectatic rosacea. J.Invest.Dermatol. 1981; 75:15-18.

9. Plewig G., Nicolowski J., Wolff H.H. Action of isotretinoin in acne, rosacea and gramnegative folliculitis. J. Am Acad dermatol 1982;6: P. 766-785.

10. Jansen T., Plewig G. Klinik und Therapie der Rosacea. H+G.B71, H2, 1996 P. 88-95.

11. Wilkin J.K. Rosacea. Int.J.Dermatol. 1983; 22: 393-400.

12. Васильева М.С., Шиф Л.В., Вардоянц С.А., Канбарова Л.И. О некоторых клинических проявлениях демодикоза: Новые косметические препараты и лечение заболеваний и косметических недостатков. Сб. науч. трудов больницы им. Я.М.Свердлова. Л. 1970; -С. 45-48.

13. Ковалев В.М. Угревая сыпь. Киев. 1991; 145 стр.

14. Мареева Е.Б., Шкробец С.В., Фирсова Д.Е. Розамет в комплексной терапии розацеа. Вестн. дерматол. 2006, 3, - С. 46-48.

15. Кубанова А.А., Скрипкин Ю.К., Федоров С.М. и др. Спрегаль в терапии больных розовыми угрями и демодекозом. Новое в диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем, и болезней кожи. Научно-практическая конференция: Тезисы докладов. М.: 1997; - С. 49-50.

16. Marks R., Ellis J. Comparative effectiveness of tetracycline and ampicillin in rosacea. Lancet 1971;II: P. 1049-1052.

17. Wereide K. Long-term treatment of rosacea with oral tetracycline. Acta Derm Venereol (Stockh) 1979; 49: P. 176-179.

18. Shulz H. Systemische Minocyclinthherapie der Rosacea. Fallstudie aus der Praxis. Akta Dermatol 1986; 12: P. 143-145.

19. Wilkin J.K., DeWitt S. Treatment of rosacea: topical clindamycine versus oral tetracycline. Int.J.Dermatol. 1993; 32: P. 65-67.

20. Бабаянц Р.С. Ильинская А.В., Громова С.А. и др. Метронидазол в терапии розацеа и периорального дерматита. Вестн. дерматол. 1983; 1: - С. 13-17.

21. Жилина В.Г., Скоробогатова В.В., Базыка А.П. Лечение больных розацеа трихополом. Вестн. дерматол 1981;11: - С. 66-67.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ЫМЫРКАЙЛАРДЫН ӨЛҮМҮНҮН МЕДИКО - СОЦИАЛДЫК АСПЕКТИЛЕРИ

Смаилова Д.К.

Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо министрлигине караштуулдындагы Энелерди жана балдарды коргоонун улуттук борбору, Квалификацияны жогорулатуу жана кайра даярдоо Кыргыз мамлекеттик медицина институту, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Социалдык, биологиялык жана медициналык факторлордун кесепетинен болгон ымыркайлардын өлүмүнүн себептерин комплекстүү изилдөө максатында Алай, Чоң-Алай, Каракулжа, Ноокат райондорундагы төрөлгөнүнө жыл өтпөй чарчап калган ымыркайлар изилдөөгө алынды. Чындап эле ымыркайлардын өлүмү көп экендиги аныкталды. Бир жашка чейинки ымыркайлардын ден соолугуна медициналык социалдык факторлордун таасири чоң экендиги белгилүү болду.

Негизги сөздөр: бир жашка чейинки ымыркайлар, ымыркайлардын өлүмү, кооптуу факторлор.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Смаилова Д.К.

Национальный центр охраны материнства и детства при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. С целью комплексного изучения причин младенческой смертности в зависимости от социальных, биологических и медико-организационных факторов риска были обследованы умершие дети первого года жизни, проживавшие в Алайском, Чоналайском, Каракульжинском и Наукатском районах Ошской области. Выявлен реальный уровень младенческой смертности. Установлены, наиболее важные определяющие медико-социальные факторы состояния здоровья детей первого года жизни.

Ключевые слова: дети первого года жизни, младенческая смертность, факторы риска.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF INFANT MORTALITY AT KYRGYZ REPUBLIC

Smailova D.K.

National center of maternity and childhood protection at the Ministry of Public Health of Kyrgyz Republic, Health management and economics department Kyrgyz State medical institute for continuing education, Kyrgyz Republic, Bishkek

The resume. With the purpose of complex studying the reasons of infantile death rate depending on social, biological and medical-organizational risk factors, the died children on the first to the year, lived in Alaiskom, Chonalaikom Karakulzhinskome and areas Naukatskom of the Osh area have been surveyed. The true level of infantile death rate is revealed. The most significant medical-social determinants of a state of health of children of the first year of a life are established.

The keywords: the children of the age of one, infant death, risc factors.

Актуальность проблемы. Проблема снижения перинатальной и младенческой смертности остается первоочередной [5,7,9].

Младенческая смертность - один из демографических факторов, наиболее наглядно отражающих уровень развития страны и происходящие в ней экономические и социальные изменения, который аккумулирует в себе уровень образования и культуры, загрязнения окружающей среды, доступность медицинской помощи, распределение материальных благ в обществе. Показатели

здоровья матерей и детей остаются неудовлетворительными [3,6,10,11,12].

Самый низкий уровень младенческой смертности наблюдается в Японии - 5 %, в Швеции - 3,3 %, в Финляндии - 3,0 %, в других скандинавских странах - 6-7 %, в США - 10 % [8].

К началу XXI века уровень младенческой смертности в Кыргызской Республике (КР) был в 5-7 раз выше, чем развитых странах мира [1]. В 2007г данный показатель в КР составил 30,3 %.

Статистические данные показывают, что,

несмотря на повсеместное снижение уровня младенческой смертности, темпы его снижения в последние годы значительно замедлились [4].

С другой стороны, в нашей республике до 2003 года, критерии определения живорожденности отличались от международных стандартов, создавая тем самым серьезные проблемы в отношении мониторинга тенденции младенческой и детской смертности. Показатель, младенческой смертности в 1997 году был 28,6 ‰, тогда как по международным критериям, полученным в рамках Программы Медико-Демографического исследования Кыргызстана 1997 года, этот показатель составил 61 ‰ [2].

Материалы и методы исследования. Было проведено комплексное изучение причин младенческой смертности в зависимости от социальных, биологических и медико-организационных факторов в Алайском, Чоналайском Каракульджинском и Ноокатском районах, в рамках грантового проекта Азиатского Банка Развития «Сокращение неонатальной смертности в 4 районах Ошской области».

Были определены современные тенденции уровней младенческой смертности (перинатальной, неонатальной, постнеонатальной), с использованием критериев ВОЗ при определении живорожденных и мертворожденных.

Объектом исследования послужили случаи смерти детей, умерших на первом году жизни, а также полные комплекты медицинской документации.

В рамках данной программы были опрошены респонденты, по специально разработанной анкете, которая была адаптирована из принятого стандарта протокола по вербальной аутопсии (WHO/CDS/CSR/ISR/99.4 A - стандартный метод вербальной аутопсии для исследования причин смертности младенцев и детей), выбранные ме-

тодом случайной выборки.

Для проведения качественного исследования была использована репрезентативная вероятная выборка, состоящая из 3724 домовладений.

Финансовая и техническая помощь для проведения исследования оказана АБР в рамках проекта «Сокращение неонатальной смертности в 4 районах Ошской области» и осуществлена сотрудниками Национального Центра Охраны Материнства и Детства при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Результаты и их обсуждение. Анализ показателей смертности (на 1000 родившихся живыми), за период времени с 2000 до 2005 гг. выявил, что уровень младенческой смертности в целом по изучаемым районам составил 36,2 на 1000 родившихся живыми, показатель перинатальной смертности – 15,6‰, а уровень мертворождаемости – 3,8‰. Показатели ранней неонатальной, поздней неонатальной и постнатальной смертности составили 11,8; 7,3 и 17,0 на 1000 родившихся живыми, соответственно (табл. 1).

Сравнение этих показателей по исследуемым районам показало значительное превышение их в Каракульджинском районе, где младенческая смертность выше суммарного общего показателя по четырем районам на 17,4%, перинатальная смертность на 12,3%, а неонатальная смертность на 11,1%.

В таблице 2 и рисунке 1 представлены показатели младенческой смертности по изучаемым районам Ошской области отдельно по годам за период времени с 2000 по 2005гг. В целом отмечалось понижение показателя младенческой смертности с 48,2 на 1000 в 2000 году до 41,7‰ в 2005 году. Согласно данным нашего исследования, выявлено понижение показателя младенческой смертности на 13,5%.

Таблица 1

Показатели мертворождаемости, перинатальной и младенческой смертности в течение шестилетнего периода (2000-2005) предшествовавших исследованию

Район	Мертворождаемость	Ранняя неонатальная смертность (0-6 дней)	Перинатальная смертность (мертворождаемость+0-6дней)	Поздняя неонатальная смертность (7-28дней)	Неонатальная смертность (0-28дней)	Постнатальная смертность (29дн-1год)	Младенческая смертность
Алайский	1,5	9,1	10,6	1,5	10,6	18,3	28,9
Каракульджинский	7,8	20,1	27,9	10,1	30,2	23,4	53,6
Ноокатский	2,7	4,1	6,8	8,1	12,2	12,2	24,4
Чоналайский	1,7	12,0	13,7	8,6	20,6	12,0	32,6
Итого	3,8	11,8	15,6	7,3	19,1	17,0	36,2

Были также проанализированы средние суммарные показатели младенческой смертности отдельно за период 2000-2003гг и 2004-2005гг: с целью определения характера изменения этих показателей после внедрения новых критериев определения мертво- живорождения. Установле-

но, что за период 2000-2003гг суммарный показатель младенческой смертности в целом по четырем изучаемым районам составил 37,1%, а за период 2004-2005гг – 32,2%. Показатели младенческой смертности в зависимости от изучаемого района значительно отличались между собой.

Таблица 2

Показатели младенческой смертности в течение шестилетнего периода (2000-2005гг.) предшествовавших исследованию

Район	2000	2001	2002	2003	2000-2003	2004	2005	2004-2005	2000-2005
Алайский	56,8	31,9	26,3	16,7	31,3	25,4	24,4	24,9	28,9
Каракульджинский	70,2	65,7	51,3	34,7	53,4	30,3	63,8	48,2	51,4
Ноокатский	27,5	24,6	35,7	15,0	25,2	14,5	28,4	21,5	23,8
Чоналайский	38,5	59,5	39,2	0,0	33,4	17,7	40,0	28,2	31,6
Итого	48,2	45,8	39,3	19,0	37,1	22,5	41,7	32,2	35,3

Так в период с 2000г по 2003г. по всем районам выявлена стойкая тенденция к снижению младенческой смертности, с 70,2% до 34,7% в Каракульджинском районе, с 56,8% до 16,7% в Алайском, с 38,5% до 0% в Чоналайском, с 27,5%

до 15,0% в Ноокатском. Но с 2004 г. этот показатель вырос и составил в 2005г. 63,8% в Каракульджинском районе, 40,0% в Чоналайском, 28,4% в Ноокатском, 24,4% в Алайском.

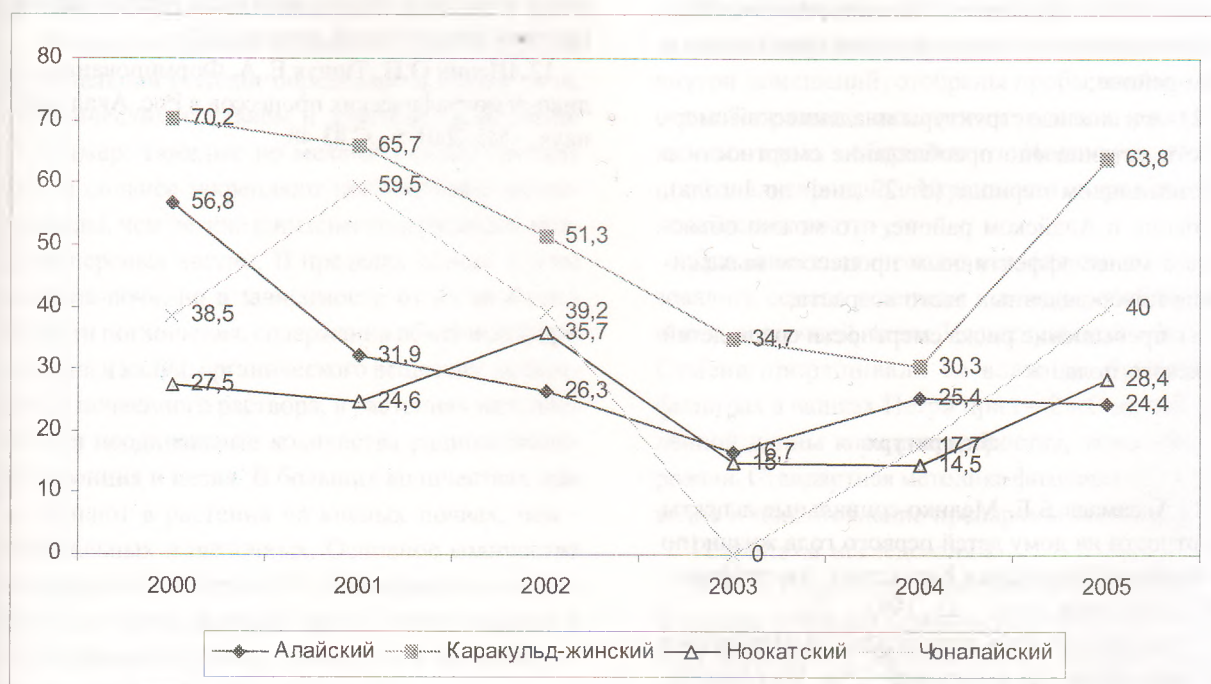


Рис. 1. Показатели младенческой смертности с 2000 по 2005 гг., в зависимости от изучаемого района

Наибольший показатель младенческой смертности выявлен в Каракульджинском районе (51,4%), наименьший - в Ноокатском (23,8%). В Алайском районе, данный показатель составил 28,9%, а в Чоналайском – 31,6%. Столь высокие цифры показателей связаны, вероятно, со многими факторами, в т.ч. ухудшением социально-экономических условий и недостаточной обеспеченностью лечебно-профилактических учреждений квалифицированными медицинскими кадрами в этих районах. Кроме того, данные нашего исследования подтверждают тот факт, что наибольшая степень риска младенческой смертности отмечается у детей мужского пола. Как и во многих других странах, в Кыргызской Республике младенческая смертность среди мальчиков превышала смертность среди девочек на 2,8% (50,7% и 49,3% соответственно).

Таким образом, проведенный нами анализ показателей младенческой смертности за шестилетний период по результатам анкетирования женщин в отобранных домовладениях, где имелись случаи смертности выявил:

1) наличие тенденции снижения и стабилизации показателей младенческой смертности с 2000 по 2003гг. С 2003гг. прослеживается рост этого показателя, особенно в Каракульджинском районе, что можно объяснить с более тяжелыми социально-экономическими условиями проживания в этом районе;

2) при анализе структуры младенческой смертности установлено преобладание смертности в постнатальном периоде (от 29 дней до 1 года), особенно в Алайском районе, что можно объяснить с менее эффективным процессом выхаживания новорожденных этого возраста;

3) превышение риска смертности среди детей мужского пола.

Литература

1. Аксамаев Б.Е. Медико-социальные аспекты смертности на дому детей первого года жизни (по материалам Республики Казахстан): Автореферат, дис... канд. мед. наук. – М., 1992. – 21с.
2. Алиев А.Ф. Роль перинатальной патологии в формировании, груза болезней //Рос. Вест. перинатологии и педиатрии. М. – 2002. 3, - С. 58.
3. Богданова Т.Г. Информационное обеспечение управления процессом снижения фетоинфальтивных потерь (по материалам Чувашской Республики) Автореф. дис... канд. мед. наук. – Казань, 2002. – 21с.

4. Беккер О. Р. Социальные и медицинские аспекты здоровья и прогнозирования риска смерти детей первого года жизни: Автореф. дис... канд. мед. наук, - Бишкек, 1991.- 22с.

5. Девятко В. Н. Государственная программа «Здоровье народа» и концепция развития здравоохранения республики Казахстан //Проблемы охраны здоровья населения Республики Казахстан: Тезисы докл. врачей Казахстана – Алматы. – 1997. - С. 107-108.

6. Зелинская Д. И. Задачи органов здравоохранения по снижению заболеваемости и смертности при бронхолегочной патологии в детском возрасте //Педиатрия – 2000. 1 - С. 22-25.

7. Исаев Д.С., Надилова К.И. Резервы снижения младенческой смертности и пути их реализации // Педиатрия – 1998. -1. - С. 38-40.

8. Кваша Е. Младенческая смертность в России /Население и общество. Информационный бюллетень. Центр демографии и экономики человека. ИНГ РАН. – М.: 2001, - С. 57.

9. Корсунский А.А. Младенческая смертность в Российской Федерации. Пути снижения //Педиатрия.-2001.2 - С. 18-21.

10. Реут А.А. Медико-социальные аспекты младенческой смертности в Москве //Медицинская помощь.- 1996. - С. 18-21.

11. Стародубов В.И. Преждевременная и предотвратимая смертность в России критерии потери здоровья населения //Научные труды Всероссийской Научно- практической конфер.-2001г.

12. Щепин О.П., Тищук Е. А. Формирование медико-демографических процессов в Рос. Акад. мед. наук. – М.: 2001-5 - С.43-48.

ЫСЫК-КӨЛДӨГҮ АГРОЭКОСИСТЕМАНЫН АЙДОО АЯНТТАРЫНДАГЫ ТАБИГҢЫЙ ЖАНА ЖАСАЛМА РАДИОНУКЛИДДЕРГЕ РАДИОЭКОЛОГИЯЛЫК МОНИТОРИНГ ЖҮРГҮЗҮҮ

**Дженбаев Б.М., **Жолболдуев Б., *Калдыбаев Б.К., *Токтоева Т.Э.

**КРУИА Биология-топурак институту, *Ысык-Көл мамлекеттик институту

Корутунду. Макалада Ысык-Көлдүн агроэкоцистемасынын бир катар айыл-чарба өсүмдүктөрүндө, топуракта табигый жана жасалма радионуклиддердин топтолуу деңгээлин изилдөөнүн жыйынтыгы берилди.

Негизги сөздөр: агроценоз, агроэкоцистема, радионуклиддер, хроматид көпүрөлөр, мутациялык процесс.

РАДИОЭКОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗА ИСКУССТВЕННЫМИ И ЕСТЕСТВЕННЫМИ РАДИОНУКЛИДАМИ В ПОЧВЕННО-РАСТИТЕЛЬНОМ КОМПЛЕКСЕ АГРОЭКОСИСТЕМ ПРИИССЫККУЛЬЯ

**Дженбаев Б.М., **Жолболдуев Б., *Калдыбаев Б.К., *Токтоева Т.Э.

**Биолого-почвенный институт Национальной академии наук КР,

*Иссыккульский государственный университет

Резюме. В статье приведены результаты исследований уровня накопления искусственных и естественных радионуклидов в почвах, в некоторых сельскохозяйственных растениях агроэкоцистем Прииссыккулья.

Ключевые слова: агроценоз, агроэкоцистема, радионуклиды, хроматидные мосты, мутационный процесс.

В связи с глобальной миграцией загрязняющих веществ, в том числе радиоактивных, особое внимание для определения фоновых значений уделяется долгоживущим радионуклидам стронцию-90 и цезию-137 в пищевых цепях, так как при их накоплении они могут стать источниками радиоактивного облучения биоты [1,2,3].

Поведение данных радионуклидов в почвах в значительной степени определяется типом почв, механическим составом и другими свойствами. Например: тяжелые по механическому составу почвы сильнее закрепляют поглощенные радионуклиды, чем легкие с низким содержанием мелкодисперсных частиц. В пределах одного и того же типа почв, но в зависимости от их свойств - емкости поглощения, содержания обменных форм кальция и калия, органического вещества, кислотности почвенного раствора, в растениях накапливаются неодинаковые количества радиоактивного стронция и цезия. В больших количествах они поступают в растения на кислых почвах, чем - нейтральных и щелочных. Основное количество стронция - 90 и цезия-137 накапливается в верхнем слое почв, которые могут, представлены в виде труднодоступных, обменных и легкорастворимых подвижных форм [3, 4, 5].

Материалы и методы исследования. Оборудование, использованное в ходе исследований: комплект, включающий Radon radiometer RRA-01M-03, Dosimeter-radiometer DKS-96, Sampling system POU-04, Photo-electro-colorimeter

(SPECOL), Gamma spectrometer и др., спутниковый прибор для определения координат, персональный компьютер с модулем записи данных. Распределение и обработка полученных данных производились на персональном компьютере с помощью специального пакета программ.

В процессе выполнения исследований проведены выборочные измерения уровня радиации внутри помещений, отобраны пробы почвы и растений в разных населенных пунктах, расположенных вдоль побережья оз. Иссыккуль. Часть проб анализировано в Украинском гидрометеорологическом институте.

Для цитогенетического исследования использовались семена пшеницы и ячменя, отобранные в юго-восточной части Иссыккульской области. Семена проращивали на влажных бумажных фильтрах в чашках Петри при $t = 25^{\circ}\text{C}$ до определенной длины корешка проростка, затем фиксировали. Стандартная методика фиксации, окрашивания и приготовление препаратов описана в [6].

Результаты исследований.

Почва. Результаты радиохимических анализов показали: удельная активность стронция-90 в почвах агроценозов Иссыккульской области колеблется в пределах от 3,3 до 7,0 Бк/кг, цезия-137 от 7,4 до 11,1 Бк/кг (табл. 1).

Изученные радионуклиды аккумулируются в почвенном горизонте (0-5 см), с глубиной их удельная активность резко уменьшается. Для высокогорных пастбищ характерна горизонтальная

миграция радионуклидов поверхностным стоком. Установлено: удельная активность радионуклидов на склонах почв ниже, чем у подножья (табл. 2).

Накоплено достаточно количественных данных объясняющих эти процессы [4,5,6].

Таблица 1

Удельная активность стронция-90 и цезия-137 в почвах агроценозов
Иссыккульской области

№	Тип почвы	Стронций-90 (Бк/кг почвы)	Цезий-137 (Бк/кг почвы)
1.	Серобурые	3,3±0,2	10,7±3,3
2.	Светлобурые	4,4±1,3	5,6±1,3
3.	Светло-каштановые	5,6±1,8	6,3±2,3
4.	Каштановые	11,1±2,3	8,1±3,6
5.	Темно-каштановые	7,1±1,6	14,3±4,2
6.	Горные чернозёмы	7,4±2,4	11,1±3,8
7.	Лугово болотные	2,9±0,6	3,7±1,3

С учетом норм комитета по радиационной защите (КПРЗ), радиоактивное загрязнение почвы не должно превышать по цезию-137 - 370 Бк/кг, по стронцию-90 – 37 Бк/кг. Мы, считаем, что

удельная активность данных радионуклидов в почвах агроценозов Иссыккульской области находится в пределах фоновых значений.

Таблица 2

Миграция (вертикальная и горизонтальная) цезия-137 и стронция-90 в почве.

Горизонт (см)	Удельная активность радионуклидов (Бк/кг почвы)					
	Склон		Подножье		Равнина	
	Цезий-137	Стронций-90	Цезий-137	Стронций-90	Цезий-137	Стронций-90
0-5	90,1±1,8	46,7±1,5	166,1±10,8	89,3±1,9	12,5±1,5	3,0±1,3
5-10	7,2±0,7	2,9±0,3	3,5±0,4	7,4±0,7	2,6±0,3	6,6±1,3
10-15	3,9±0,4	2,7±0,3	3,0±0,3	3,4±0,3	2,6±0,3	1,5±0,2
15-20	4,2±0,4	2,8±0,3	3,0±0,3	5,5±0,5	5,7±1,6	1,6±0,2
20-50	2,8±0,3	0,9±0,1	1,9±0,2	2,1±0,2	2,1±1,2	6,6±1,6
50-100	1,8±0,2	1,6±0,2	6,3±0,6	1,6±0,2	1,6±0,2	2,1±0,2

Растения. Радиохимический анализ сельскохозяйственных культур показал: удельная активность исследуемых радионуклидов варьирует в пределах фоновых значений. Удельная активность стронция-90 повышена в бобовых растениях (эспарцет, люцерна), по сравнению с другими культурами. Это обусловлено видовыми особенностями растений семейства бобовых. Бобовые растения, относительно злаков, способны накапливать в шесть раз больше стронция и кальция [4].

Удельная активность цезия-137 выше, чем

стронция-90 в клубнях картофеля, корнеплодах свеклы, початках кукурузы, что свидетельствует о его большей проникающей способности во все съедобные ткани растений. Среди исследованных сельскохозяйственных культур наименьшая удельная активность зарегистрирована у зерновых колосовых культур. Она максимальная в корнях и минимальная в отдаленных от корней тканях наземной части растений, например, в семенах, (табл. 3).

Таблица 3

Средняя удельная активность цезия-137 и стронция-90
в некоторых сельскохозяйственных культурах

№	Название культуры	Цезий-137 Бк/кг	Стронций-90 Бк/кг
1.	Пшеница (семена)	1,1±0,1	1,8±0,2
2.	Картофель (клубни)	1,8±0,2	1,2±0,1
3.	Эспарцет	3,2±0,3	6,2±0,6
4.	Люцерна	3,3±0,3	8,5±0,8
5.	Кукуруза (початки)	5,3±0,5	1,3±0,1
6.	Свекла столовая (корнеплоды)	3,5±0,4	2,9±0,3

Мощность естественного радиационного фона до гамма излучению в регионе составляет от 0,13 до 0,23 мкЗв/ч местами до 0,4 мкЗв/ч. Вариации естественного фона связаны с неоднородным распределением элементов радиоактивных рядов урана и тория в земной коре.

Уран-238. Исследованиями В.В. Ковальского с соавторами установлено, что физико-географическое расположение и геологическое строение Иссыккульской котловины во многом определяют её как провинцию с повышенным содержанием естественного урана. Выходы гранитов, наличие углисто-кремнистых сланцев, обогащенных ураном – определяют повышенное содержание урана в почвах котловины и в воде озера Иссык-Куль [7]. Результаты наших анализов показывают, что содержание урана в почвах агроэкосистем Прииссыккуля варьирует в пределах от 2,8 до 12,7Ч10⁻⁴%. По данным А.П. Виноградова почвы бывшего Советского Союза содержат в среднем 1,9-9,3Ч10⁻⁵%. Так например, чернозёмы Курского заповедника которые принято считать эталонными почвами, содержат в среднем 7,4Ч10⁻⁵% [8]. При сравнении с данным эталоном, содержание урана в почвах агроэкосистем Прииссыккуля в 3,8-17,2 раза выше, чем в чернозёмных почвах.

Торий-232. В работах Hansen R.O. и др. установлено, что средняя концентрация тория во внешних слоях земной коры в три раза превышает концентрацию урана [9]. По Виноградову в по-

дках Русской равнины содержание тория близко к геохимическому фону и составляет 6,0-8,0Ч10⁻⁴% [8]. По данным Алексахина Р.М. его удельная активность в земной коре (кларк) составляет 33,3 Бк/кг, а в почве (кларк) 25,0 Бк/кг. В почвах бывшего Советского Союза удельная активность тория-232 колеблется в пределах 0,24-40,0 Бк/кг, при среднем значении 31,1 Бк/кг [8]. Согласно нашим исследованиям, в почвах агроэкосистем Прииссыккуля содержание тория-232 варьирует в пределах 11,7-84,1Ч10⁻⁴%. Максимальные концентрации его отмечены в пахотном горизонте почвенного покрова: светло - темно-каштановых и горных чернозёмов. Степень обогащения почв агроэкосистем Прииссыккуля торием-232 составляет примерно 2,0-10,5 раз, по сравнению с условным геохимическим фоном.

Радий-226. В природе радий-226 находится в рассеянном состоянии. Он не входит в состав отдельных минералов, а широко распространен в виде включений во многих образованиях. Кларковое содержание радия-226 в земной коре составляет 1Ч10⁻¹¹%, а в почвах - 8Ч10⁻¹¹%. В почвах радий-226 обладает наибольшей миграционной способностью по сравнению с другими тяжёлыми естественными радионуклидами [8]. По нашим данным, содержание радия-226 в почвах агроэкосистем Прииссыккуля варьирует в пределах 9,4-43,0Ч10⁻¹¹%, что выше кларка примерно в 1,2-5,4 раза. Максимальные концентрации радия-226 содержатся в светло-каштановых почвах.

Таблица 4

Содержание урана-238, радия-226, тория-232, калия-40 в почвах Прииссыккуля

№	Тип почвы	Торий-232 п×10 ⁻⁴ %	Уран-238 п×10 ⁻⁴ %	Калий-40 п×10 ⁻¹¹ %	Радий-226 п×10 ⁻¹¹ %
1.	Серобурые	15,8±4,2	2,8±0,6	2,6±0,8	9,4±3,3
2.	Светлобурые	11,7±3,4	8,2±2,2	0,68±0,1	27,9±5,6
3.	Светлокаштановые	84,1±16,4	12,7±3,4	1,30±0,4	43,0±6,8
4.	Каштановые	17,2±4,3	3,3±1,2	2,47±0,9	11,2±3,4
5.	Темнокаштановые	17,3±4,3	3,6±1,4	2,30±0,8	12,2±4,2
6.	Горные чернозёмы	48,1±12,4	9,2±3,3	1,30±0,9	31,4±6,2
7.	Лугово болотные	13,7±2,8	10,8±4,2	0,6±0,2	38,7±7,2

Калий-40. Значительные вариации уровней радиоактивного фона могут быть вызваны также различными концентрациями в горных породах, почвах калия-40. Учитывая это, введено специальное понятие «калийный фон», отражающее вклад калия-40 в суммарное содержание радионуклидов. В каждом грамме природного калия содержится около 278 Бк калия-40. В пахотном горизонте почв (3Ч10⁸ кг/км²) содержится калия-40 в количестве (2,7-21,6) Ч10⁻¹⁰Бк/км² (07-5,8 Ки/км²) [8]. Резуль-

таты наших анализов показали, что содержание калия-40 в почвах агроэкосистем Прииссыккуля равномерное и составляет 0,68-2,47Ч10⁻¹¹%, максимальные концентрации изотопа обнаруживаются в светло-каштановых почвах (табл. 4).

Содержание естественных радионуклидов в сельскохозяйственных растениях. Процесс поступления естественных радионуклидов в растения очень сложный и зависит от целого ряда взаимосвязанных факторов. Установлено, что наибо-

лее миграционно способными естественными радионуклидами в звене почва-растение являются радий-226 и уран-238, наименее – торий 232 [3,8]. Наши исследования показали: в вегетативных органах и корнях радионуклидов накапливается значительно больше, чем в репродуктивных частях растений (семена, корнеплоды). По степе-

ни аккумуляции естественные радионуклиды представляют убывающий ряд: сахарная свекла > картофель > люцерна > клевер > овес > многолетние травы > пшеница > однолетние травы > ячмень > кукуруза. Результаты анализов представлены в таблице 5.

Таблица 5
Содержание урана-238, радия-226, тория-232, калия-40 в сельскохозяйственных культурах Прииссыккуля

№	Культура	Часть растений	Торий-232 $n \times 10^{-5}\%$	Уран-238 $n \times 10^{-5}\%$	Калий-40 $n \times 10^{-12}\%$	Радий-226 $n \times 10^{-12}\%$
1.	Пшеница	зерно	8,3±2,2	2,3±0,9	2,4±0,6	18,3±4,4
		солома	26,1±6,6	9,4±3,3	6,6±2,3	46,4±9,6
2.	Ячмень	зерно	6,5±2,3	1,9±0,9	3,3±1,4	24,2±8,8
		солома	17,3±4,3	8,3±1,6	8,3±2,2	52,3±12,6
3.	Овес	зерно	9,4±3,1	2,2±0,5	2,8±0,8	16,3±5,5
		солома	33,2±9,2	7,8±3,2	9,4±3,4	48,8±7,8
4.	Картофель	клубни	6,2±2,3	3,4±1,2	6,3±2,2	14,2±6,6
		ботва	40,4±8,6	13,4±4,8	24,2±6,6	56,3±14,0
5.	Сахарная свекла	корнеплоды	9,3±3,1	2,6±0,8	4,8±1,8	19,6±3,3
		ботва	54,3±6,2	15,8±3,6	19,6±5,6	62,3±18,8
6.	Однолетние травы	сено	18,4±4,2	6,8±2,2	3,3±0,8	16,4±4,2
7.	Многолетние травы	сено	24,8±6,2	9,6±3,3	2,3±0,7	22,3±8,3
8.	Клевер	сено	34,2±8,2	11,8±4,2	2,5±0,6	26,2±8,8
9.	Люцерна	сено	39,4±9,3	12,4±3,3	3,8±1,2	33,4±9,6
10.	Кукуруза	зелёная масса	16,3±4,2	8,3±3,5	2,6±1,1	18,3±5,2

Результаты цитогенетических исследований. Представления о возможностях действия естественного фона - экологического фактора, развиты в исследованиях многих авторов, в которых отмечен целый ряд морфологических и физиологических аномалий, в частности: карликовость, изменение в окраске растений, признаки преждевременной гибели растений отдельных видов [9, 10, 11]. Одним из методов биодозиметрии является метод цитогенетического анализа. Путем учёта хромосомных аберраций делаются попытки оценить мутагенные свойства повышенного фона радиации, обусловленного близким залеганием к поверхности рудных жил, содержащих естественные радионуклиды. В большинстве случаев удается зарегистрировать высокий выход хромосомных аберраций у растений, произрастающих в районах с повышенным радиоактивным фоном, однако остается большая доля сомнений, действительно ли эти аномалии обязаны влиянию радиационного фактора. Районы радиоактивных аномалий являются сложными геохимическими системами, где наряду с повышенным радиоактивным фоном, действуют и другие факторы нерадиационной природы, которым также присуща мутагенная активность [12]. Ситуация усложняется существенными различия-

ми сопоставляемых контрольных и опытных участков, поскольку в природной среде практически невозможно выбрать во всех отношениях безукоризненный контроль. Флуктуация экологических факторов окружающей среды и их способность «перекрывать» действие радиационного фактора низкой мощности, сильно осложняет интерпретацию полученных данных и затрудняет оценку действия ионизирующих излучений. Исходя из выше изложенного, основной задачей нашего исследования явилось определение общего мутагенного фона среди сельскохозяйственных культур агроэкосистем Прииссыккуля. В качестве объектов исследований были выбраны семена районированных сортов ярового ячменя и озимой пшеницы. При проведении хромосомного анализа использовались временные давленные препараты, приготовленные из меристематических зон корешков. Хромосомные мутации учитывались ана-телофазным методом согласно рекомендаций, изложенных в методических работах Л.Г. Дубининой [13]. Всего было просмотрено около 10000 ана-телофазных пластинок ячменя и пшеницы. По результатам проведенных исследований, частота хромосомных нарушений по ячменю составила от 1,8 до 3,0% а пшенице от 2,0 до 4,0 % (табл. 6).

Таблица 6

Общая частота ана-телофазных пластинок с хромосомными нарушениями

№	Место отбора проб	Вид растения	Количество просмотренных ана-телофаз	Число ана-телофаз с абберациями		Всего перестроек	Количество аббераций на 100 ана-телофаз
				число	%±m		
1.	с.Курменты	пшеница	500	20	4,0±0,76	20	4,0±0,76
		ячмень	500	15	3,0±0,58	15	3,0±0,58
2.	с.Фрунзе	пшеница	500	12	2,4±0,47	13	2,6±0,51
		ячмень	500	13	2,6±0,51	14	2,8±0,54
3.	с.Тюп	пшеница	500	10	2,0±0,39	12	2,4±0,47
		ячмень	500	13	2,6±0,51	13	2,6±0,51
4.	с.Кызылсуу	пшеница	500	10	2,0±0,39	11	2,2±0,43
		ячмень	500	12	2,4±0,47	12	2,4±0,47
5.	с.Барскоон	пшеница	500	13	2,6±0,51	13	2,6±0,51
		ячмень	500	14	2,8±0,54	14	2,8±0,54
6.	с.Тон	пшеница	500	13	2,6±0,51	14	2,8±0,54
		ячмень	500	13	2,6±0,51	13	2,6±0,51
7.	с.Боконбаево	пшеница	500	11	2,2±0,43	12	2,4±0,47
		ячмень	500	12	2,4±0,47	12	2,4±0,47
8.	с.Керегегаш	пшеница	500	11	2,2±0,43	12	2,4±0,47
		ячмень	500	11	2,2±0,43	12	2,4±0,47
9.	с.Маман	пшеница	500	11	2,2±0,43	11	2,2±0,43
		ячмень	500	9	1,8±0,35	9	1,8±0,35
10.	с.Борубаш	пшеница	500	10	2,0±0,39	11	2,2±0,43
		ячмень	500	13	2,6±0,51	13	2,6±0,51

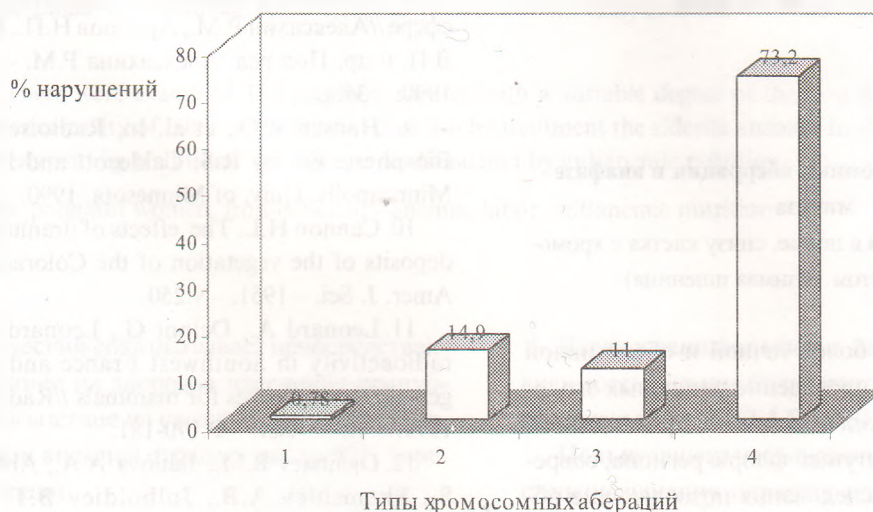


Рис. 1. Спектр структурных нарушений хромосом

1-хромосомные мосты, 2-хроматидные мосты, 3-парные фрагменты, 4-одиночные фрагменты

В спектре мутаций преобладали одиночные фрагменты, хроматидные мосты, незначительную долю составили парные фрагменты и хромосомные мосты (рис. 1-2). Результаты изучения мутационного процесса позволяют предположить, что в целом для исследуемого региона характерен сравнительно невысокий мутагенный фон. Наиболее высокий показатель частоты хромосомных аббераций характерен для растений выращенных в окрестностях Курментинского цементного завода – 4 %. Вероятно, это связано не только дей-

ствием естественного фона радиации, но и комбинированным действием мутагенов химической природы, так как в пробах известняка, используемого комбинатом, обнаруживаются повышенные концентрации кадмия – 64,3 мг/кг. В результате добычи, дробления и других производственных процессов, происходит поступление некоторой части породы в атмосферный воздух в виде микрочастиц, распространяющиеся потоками воздуха, загрязняя близлежащие территории.



Рис. 2. Хромосомные аберрации в анафазе митоза

а) с веру анафаза в норме, снизу клетка с хромосомным мостом (озимая пшеница)

Безусловно, для более точной и объективной оценки необходимо проведение детальных эколого-генетических исследований с применением тест-систем дикорастущей флоры региона, современных методик исследования позволяющие обнаружить трудно выявляемые обычными способами перестройки хромосом. В перспективе такие исследования должны завершиться геохимическим картированием территории и определением спонтанного уровня мутабельности в условиях урановой биогеохимической провинции.

Литература

1. Алексахин Р.М. Сельскохозяйственная радиэкология. – М.: «Экология», 1991. – 224 с.
2. Рассел Р. Радиоактивность и пища человека. – М.: «Атомиздат», 1971. – 376 с.
3. Абдуллаев М.А., Алиев Дж.А. Миграция искусственных и естественных радионуклидов в системе почва-растение. – Баку: «Элм», 1998. – 240 с.
4. Тюрюканова Э.Б. Экология стронция-90 в почвах. – М.: «Атомиздат», 1976. – 1982 с.
5. Моисеев А.А., Рамзаев П.В. Цезий-137 в биосфере. – М.: «Агропромиздат», 1975. – 1982 с.
6. Михайловская Л.Н., Молчанова И.В., Каравасва Е.Н. и др. Поведение стронция-90 и цезия-137 в почвенно-растительном покрове, некоторых районов республики Саха // Экология. -1995. - №6. - С.444-447.
7. Ковальский В.В., Воротницкая И.Е., Лекарев В.С. и др. Урановые биогеохимические пищевые цепи в условиях Иссык-Кульской котловины // Труды биогеохимической лаборатории АН СССР. – М.: Наука, 1968г. –Т. XII. – С.5-112.
8. Тяжёлые естественные радионуклиды в биосфере //Алексахин Р.М., Архипов Н.П., Бархударов В.П. и др. Под ред. Алексахина Р.М. – М.: Наука, 1990. – 350с.
9. Hansen R.O., et al. In: Radioisotopes in the Biosphere. Ed. by R.S. Caldecott and L.A. Snyder. Minneapolis. Univ. of Minnesota, 1990.
10. Cannon H.L. The effects of uranium-vanadium deposits of the vegetation of the Colorado Plateau // Amer. J. Sci. – 1951. – v.250.
11. Leonard A., Delont G., Leonard G. Natural radioactivity in Southwest France and its possible genetic consequences for mammals //Radiation Res. – 1979. – v.77. - №1. – P.170-181.
12. Djenbaev B.M., Jalilova A.A., Abdijapar uulu S., Shamshiev A.B., Jolboldiev B.T. Radiating assessment in biosphere territories of the Issik-Kul. 4th CCMS/NATO Workshop on Management of Industrial Toxic Wastes and Substances Research. Advanced monitoring techniques of hazardous wastes. Ionnina, 26-27 August. 2006. P. 11-18.
13. Дубинина Л.Г. Структурные мутации в опятах *Crepis capillaries* //М.: Наука, 1978. – С.188.

КОШ БОЙЛУУ АЯЛДАРДЫН ТЕМИР ЖЕТИШСИЗДИГИНЕН БОЛГОН АЗ КАНДУУЛУГУНА ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУНА СОЦИАЛДЫК ЭКОНОМИКАЛЫК ЖАГДАЙДЫН ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Исакова Ж.К.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Ар кандай деңгээлдеги темир жетишсиздигинен каны азайып кеткен 155 кош бойлуу аял изилдөөгө алынды. Кош бойлуулардын аз кандуулугун дарылоодо материалдык камсыз болуунун деңгели жана төрөт паритетинин тийгизген таасирин изилдедик. Макалада аз кандуулукка каршы биокошулмалар жана элдик дарылар менен дарылоонун натыйжалары берилди.

Негизги сөздөр: кош бойлуулар, темир жетишсиздигинен болгон аз кандуулук, төрөт, аз кандуулукка каршы биокошулма.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Исакова Ж.К.

Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Обследованы 155 беременных женщин с железодефицитной анемией различной степени тяжести. Изучили влияние паритета родов и уровня материальной обеспеченности при лечении беременных женщин с железодефицитной анемией. В статье приведены результаты лечения традиционными препаратами и антианемической биодобавкой.

Ключевые слова: беременные, железодефицитная анемия, роды, антианемическая биодобавка.

Resume. There were examined 155 pregnant women with a variable degree of the iron-deficiency anemia. We studied influence parity of labor and financial position by treatment the siderite anemia. In this article produce the results of treatment by traditional antianemic medicine and by antianemic nutrition

Key words: pregnant women, iron-deficiency anemia, labor, antianemic nutrition

Экономический спад оказывает непосредственное воздействие на здоровье населения республики. В Кыргызстане на сегодняшний день железодефицитной анемией страдает около 90% беременных женщин.

Кыргызстан до настоящего периода переживает период становления, который сопровождается серьезными социально-экономическими проблемами. Почти половина населения (45,9%) живет ниже черты бедности, при этом уровень бедности сельского населения – 55%, городского 28,3%, из них в крайней бедности на селе проживает 16,9% против 6,9% в городской местности.

Исходя из этого совершенствование методов лечения железодефицитной анемии, применение новой антианемической биодобавки, более дешевой по сравнению с препаратами железа традиционно, применяемыми в медицинской практике может оказать значительное влияние на снижение заболеваемости в республике.

Исследованиями многих авторов выявлена зависимость анемии от паритета родов и особенно ее тяжелых форм [2,4,5,6,7,8].

Целью нашего исследования явилось изучение степени влияния паритета родов и уровня материальной обеспеченности при лечении беременных женщин с железодефицитной анемией, антианемической биодобавкой и препаратами железа.

Антианемическая биодобавка разработана на базе отдела питания КНИИАиП, на способ лечения получен патент №334 №960428,1 от 29.06.01

Материалы и методы исследования. Обследовано 155 беременных женщин с железодефицитной анемией различной степени тяжести после 20 недель гестации. Из них основную группу составили 90 беременных, получавших лечение антианемической биодобавкой 1 раз в день по 1 чайной ложке до еды за 30-40 минут, с соком в течение 14-21 дня. В контрольной группе 65 бе-

ременных получали традиционную терапию препаратами железа (сульфат железа, ферроградумент, ферроплекс) с течением 28-30 дней. У обследуемых беременных определяли показатели периферической крови, сывороточного ферритина до и после лечения. Методом анкетирования определили уровень материальной обеспеченности, социально-бытовые условия, паритет родов.

По паритету родов, наблюдаемые беременные были подразделены на 3 подгруппы: I роды, II-III роды, IV и более родов. В соответствии с уровнем

средней заработной платы в нашей республике, обследуемые женщины были разделены на две группы: с низким социальным статусом, уровень дохода на 1 члена семьи от 200-400 сомов и относительно высоким социальным статусом (условно) с уровнем дохода 800 и более сомов соответственно.

По степени тяжести анемии так же на две группы: с легкой степенью (Hb 110-91 г/л) и средней тяжелой степенью (Hb 90-70 г/л и ниже).

Таблица 1
Динамика показателей крови у беременных с легкой степенью анемии, с уровнем дохода 200-400 сом

Паритет	I роды		II-IV роды	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Показ.п/кр				
Hb г/л	99,9±2,16	116,1±2,7*	100,8±1,79	113,1±4,1*
Эрит.10 ¹² /л	3,59±0,12	3,86±0,12*	3,59±0,1	3,59±0,14*
ЦП	0,81±0,01	0,83±0,01*	0,81±0,01	0,84±0,01*

Примечание: * - $p < 0,05$ n-21

Таблица 2
Беременные с легкой степенью анемии, уровень 800 и более сомов. Лечение антианемической добавкой

Паритет	I роды		II-IV роды	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Показ.п/кр				
Hb г/л	99,7±1,06	118,5±2,3***	100,0±1,75	118,7±3,5***
Эрит.10 ¹² /л	3,59±0,07	3,9±0,07***	3,58±0,008	3,9±0,1***
ЦП	0,80±0,01	0,86±0,005***	0,81±0,007	0,84±0,07***

Примечание: *** - $p < 0,001$ n-38

Из данных, представленных в таблицах 1,2 видно, что у беременных женщин с 1 степенью анемии, прирост показателей больше, чем при повторных родах, что составило 16,2% при первых родах и 12,2% при повторных. В группе с

более высоким материальным достатком в процентном соотношении прирост уровня гемоглобина составил 18,8 % при первых родах и 17,8% при повторных, прирост эритроцитов на 8,6% при первых родах, 8,9% при повторных.

Таблица 3
Беременные с легкой степенью анемии

Паритет	200-400 с/1чел		800 с/1чел	
	I роды		II-IV роды	
Показ.п/кр	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Hb г/л	101,1±1,9	106,1±1,4*	102,0±1,7	107,2±1,1*
Эрит.10 ¹² /л	3,63±0,14	3,24±0,08*	3,5±0,13	3,37±0,06*
ЦП	0,81±0,01	0,83±0,02*	0,82±0,01	0,84±0,01*

Примечание: * - $p < 0,05$ n-19

Если сравнить по уровню достатка, то у материально обеспеченных женщин прирост показателей крови больше, по сравнению с малообеспеченными беременными, как при первых, так и при повторных родах.

Сравним эти данные с показателями крови контрольной группы с легкой степенью анемии.

Из представленных в таблице 3 данных видно, что у беременных женщин, получавших лечение препаратами железа, так же наблюдается положительная динамика показателей крови во всех подгруппах. При повторных родах прирост гемоглобина у малообеспеченных беременных – на 6,5%, против 9,3% у женщин с высокими доходами. По

паритету, в подгруппах наблюдается при одинаково исходном уровне гемоглобина относительный прирост у повторнородящих женщин, хотя и незначительный.

Это соответствует данным литературы. Снижение обеспеченности организма железом у больных железодефицитной анемией в большинстве случаев компенсаторно увеличивается его всасывание [9,10].

При сравнительном анализе эффективности антианемической терапии результаты показали, что в основной группе – прирост гемоглобина 17,8% против 9,3% при повторных родах у беременных материальнообеспеченных и 16,2% про-

тив 4,9% при первых родах у женщин с низким социальным статусом.

Таким образом, при легкой степени анемии паритет родов не оказывает существенного влияния на исход лечения как в основной, так и в контрольных группах, тогда как социальный статус женщины имеет более выраженное влияние на лечение, что наблюдалось у беременных. Но при сравнении данных, полученных в основной и контрольной группах, достоверно, что лечение антианемической добавкой эффективнее и прирост показателей крови больше по сравнению с традиционным лечением препаратами железа.

Таблица 4

**Беременные со среднетяжелой степенью анемии.
Лечение антианемической добавкой**

Доход	800 с/1чел			
	I роды		II-IV роды	
Паритет				
Показ.п/кр	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Нв г/л	83,3±2,93	92,6±2,51*	81,6±2,25*	103,6±5,98*
Эрит.10 ¹² /л	2,8±0,25	3,3±0,25*	2,96±0,15*	3,49±0,15*
ЦП	0,76±0,04	0,80±0,004*	0,77±0,01*	0,83±0,01*

Примечание: * - $p < 0,05$ n-11

Лечение антианемической добавкой при среднетяжелой степени анемии показало следующее: в обеих подгруппах показатели крови были улучшены после проведенного курса лечения. При первых родах в группе с доходом 200-400 сомов прирост гемоглобина составил 21%, при повторных – 25%. В группе более обеспеченной при первых родах прирост гемоглобина составил 11,2%, эритроцитов 1,7%. При повторных - гемоглобин 2,6%, эритроциты 1,8%. Следовательно, в этих подгруппах мы наблюдаем более высокие степени прироста гематологических показателей при повторных родах. Причем как и в предыдущих

группах наибольший эффект наблюдается у материально обеспеченных женщин. Данные по наблюдению контрольной группы со средней тяжелой степенью анемии представлены в таблице 5.

При первых родах прирост гемоглобина составил 9,2%, а при повторных – 4,9%. По данным таблицы 5 в контрольной группе социально обеспеченной прирост составляет 13% при первых и 7,5% при повторных родах. В контрольной группе положительная динамика выражена у первородящих женщин, по сравнению с повторнородящими, но разница выражена незначительно.

Таблица 5

Беременные со средне-тяжелой степенью анемии. Лечение препаратами железа

Доход	800 с/1чел			
	I роды		II-IV роды	
Паритет				
Показ.п/кр	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Нв г/л	78,5±7,57	89,2±14,5*	83,5±2,66	89,8±4,77*
Эрит.10 ¹² /л	2,85±0,22	3,05±0,39*	3,56±0,26	3,00±0,14*
ЦП	0,82±0,05	0,85±0,05*	0,80±0,002	0,84±0,002*

Примечание: * - $p < 0,05$ n-10

В других группах контрольной группы со средней тяжелой степенью анемии улучшение больше выражено в подгруппе с высокими доходами.

При сравнении результатов эффективности проводимой терапии по гематологическим показателям при средне тяжелой степени анемии у

основной и контрольной группы мы выяснили, что так же как и при легкой степени анемии наибольший эффект наблюдается в основной группе беременных женщин, получивших антианемическую биодобавку.

Выводы. Таким образом, на основе сравни-

тельного анализа эффективности лечения анемии в зависимости от паритета родов и социального статуса можно выделить следующие положения:

√ паритет родов (первые и/или повторные роды) не оказывают существенного влияния на результаты антианемического лечения, эффективность проводимой терапии в основном зависит от исходного уровня гематологических параметров

√ материальная обеспеченность беременных женщин прямопропорционально влияет на исход лечения, то есть чем выше доход женщины, тем выше процент прироста гематологических показателей

√ лечение антианемической биодобавкой эффективнее по сравнению с традиционным лечением препаратами железа.

Литература

1. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения КР до 2015 года. Бишкек, 2006. - 72с.
2. Кадырова А.А., Джаббарова Ю.К. Железодифицитная анемия беременных. Ташкент: Медицина, 1983. - 146с.

3. Мордухович А.С., Джаббарова Ю.К., Пахомова Ж.Е. Взаимоотношение матери и плода при железодифицитной анемии. Ташкент, 1991. - 183с.

4. Каюпова Н.А. Анемия у беременных в патогенезе акушерских и перинатальных осложнений и их профилактика. В Сб. Железодифицитная анемия как региональная проблема: эпидемиологический и нутрициальный аспект. Алма-Ата, 1990. - С.49-59

5. Мезинова Н.Н. Анемия у многорожавших женщин. В сб. Железодифицитная анемия как региональная проблема: эпидемиологический и нутрициальный аспект. Алма-Ата, 1990. - С.59-69

6. Шехтман М.М.Руководство по экстрагениальной патологии у беременных. М.,Триада 2003.- 816с.

7. Шехтман М.М., Бурдули Г.М. Болезни органов пищеварения и крови у беременных. Москва: «Триада Х», 1997. - 304с.

8. Казакова Л.М. Железодифицитная анемия у беременных. Медицинская помощь, 1993.- №1. - С.15-17

9. Рысс Е.С. Анемия и желудочнокишечный тракт. Изд. Медицина, 1972. - 191с.

10. Петров В.Н. Физиология и патология обмена железа. Л.: Наука, 1982. - 224с.

ГАСТРОДУОДЕНАЛДУУ ООРУЛАРДЫ ДАРЫЛООДОГУ ФИЗИОТЕРАПЕВТИКАЛЫК ЫКМАЛАР

Калюжная О.А.

Кыргыз-Россия Славян Университети, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада гастродуоденалдуу ооруларды дарылоонун негизи физиотерапевтикалык ыкмалары көрсөтүлдү. Анын карындын былжырлуу катмарынын жаралуу жана сезгенүүчү процессине тийгизген таасири менен натыйжалуулугу белгилүү болду.

Негизги сөздөр: карындын жара оорусу, өнөкөт гастродуоденит, электрофорез, амплипульсотерапия.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ.

Калюжная О.А.

Кыргызско-Российский Славянский университет, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье отражены основные физиотерапевтические методы лечения гастродуоденальной патологии. Отмечена их эффективность и влияние на язвенный и воспалительный процесс слизистой оболочки желудка.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, хронический гастродуоденит, электрофорез, амплипульсотерапия.

PHYSIOTHERAPEUTIC METHODS IN TREATMENT OF GASTRO DUODENAL PATHOLOGY

Kaluzhnaya O.A.

Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek, Kyrgyz Republic

Rezume. The article reflects the main physiotherapy treatment methods of gastroduodenal pathology. Marked their effectiveness and impact on ulcer and inflammation process of gastric mucosa.

Key words: gastric ulcer disease, chronic gastro duodenitis, electrophoresis, amplipulstherapy.

Гастродуоденальная патология относится к числу наиболее часто встречающихся заболеваний. Отмечаемый за последнее десятилетие рост данной патологии выдвигает изучение различных методов лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта на одно из первых мест среди проблем современной медицины [6,9,13]. Недостаточная эффективность стандартных методов лечения, растущая аллергия населения и неблагоприятное влияние длительной лекарственной нагрузки на организм придают особую актуальность разработке и дальнейшему совершенствованию немедикаментозных способов терапевтической коррекции гастродуоденальной патологии. Особый интерес представляет использование методов физиотерапии, направленное влияние которых на определенные звенья патогенеза существенно повышает эффективность лечения [2,7, 11,12,13].

Анализ лечебной эффективности аппаратной физиотерапии показывает, что каждому методу присуща определенная специфичность лечебного действия, способность в большей или меньшей степени положительно влиять на центральные или

местные механизмы регуляции и на основные причины, лежащие в основе возникновения и развития заболеваний желудочно-кишечного тракта. Применение лекарственного электрофореза в гастроэнтерологии играет большую роль в регуляции секреции, кислотообразующей и моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Данный метод обладает потенцированными эффектами гальванизации и специфическими фармакологическими эффектами вводимого током лекарственного вещества.

Лекарственный электрофорез димексида, деларгина, грязевых препаратов, таких как гумизоль, пелоидин, с успехом применяется в лечении гастродуоденита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [1,7,11,12]. Так, электрофорез грязи у больных с эрозиями желудка и двенадцатиперстной кишки на область эпигастрия (20мА, 20 мин, через день, курс - 10 процедур) в комплексе с эрадикацией НР улучшает микроциркуляцию слизистой желудка, уменьшает некроз эпителиоцитов и клеточную инфильтрацию слизистой. По данным Фомина А.В. с соавт., применение мето-

дики трансцеребрального электрофореза 5% раствора пирацетама со 2-го дня после операции по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки сокращает продолжительность болевого синдрома, способствует быстрому восстановлению перистальтики в оперированном органе [14].

В настоящее время достаточно широкое распространение получил метод «внутриканевого или внутриорганного электрофореза», который, представляет собой сочетание гальванизации с приемом лекарственных препаратов. При заболеваниях гастродуоденальной зоны используют гальванизацию эпигастральной области с предшествующим приемом внутрь деларгина, фамотидина, гумината - комплекса гуминовых кислот торфа [2,3]. При этом концентрация лекарств в межэлектродных тканях увеличивается в 1,5 раза, что значительно повышает эффективность применения лекарственных препаратов.

Еще одним высокоэффективным физическим фактором, нашедшим свое применение в лечении воспалительных заболеваний и эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки является амплипульстерапия основанная на применении синусоидальных модулированных токов (СМТ). Синусоидальные модулированные токи в выпрямленном режиме также применяются для электрофореза лекарственных веществ. Так, амплипульсофорез торфяной грязи разведенной сульфатной натриево-кальциевой минеральной водой средней минерализации (3 и 4 PP, 100ГЦ, ГМ 50%: затем 4 и 1 PP, 50-70 Гц, ГМ 75%, курс – 5-6 процедур) вызывает регрессию болевого и диспепсического синдромов, рубцевание язв у 54% больных язвенной болезнью. Вместе с тем он снижает уровень гастрина и кортизола в крови без значимой динамики секреторной и кислотообразующей функций желудка [8]. Многие авторы рекомендуют амплипульсофорез торфяной грязи, разведенной дистиллированной водой, в виде монотерапии. При этом один из электродов от аппарата «Амплипульс-4» накладывали вместе с грязевыми лепешками на эпигастральную область, другой – на область Th X – Th XII. При повышенной кислотопродукции применяют щадящую методику (III и IV роду работ, частота 50-70 Гц, глубина модуляций 75%), при нормальной первые 5-6 процедур - по щадящей, последующие по стимулирующей методике. Обе методики использовали в выпрямленном режиме, курс лечения состоял из 10-12 процедур. В результате курсового лечения у всех обследованных наблюдалось исчезновение болевого и диспеп-

сического синдромов, улучшение общего самочувствия, нормализовались моторные нарушения в гастродуоденальной зоне, а также уменьшилась обсемененность гастродуоденальной слизистой Н. pylori. Участие микроэлементов грязи в регуляции процессов репаративной регенерации, поддержании тонуса гладкой мускулатуры обеспечило противовоспалительное действие амплипульс-пеллоидотерапии. Существенную роль в реализации терапевтического эффекта предложенного метода лечения играют анаболическая направленность изменений гормонального профиля, восстановление гастринного механизма регуляции кислотопродукции и нормализации обмена коллагена [4].

Одним из методов, применяемых при лечении пациентов с хроническим гастродуоденитом является ультравысокочастотная терапия (УВЧ). Электрическое поле высокой частоты стимулирует деятельность парасимпатической нервной системы и уменьшает симпатикотонические влияния на органы ЖКТ, нормализует моторную и секреторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки, всасывание питательных веществ в тонкой кишке. Усиление синтеза глюкокортикостероидов приводит к снижению экссудативного компонента воспаления и иммунологической реактивности организма [9]. В исследованиях Серебрякова С.Н., проводилось лечение электрическим полем УВЧ (ЭП УВЧ) в непрерывном режиме при частоте 27, 12 МГц, конденсаторные пластины диаметром 42 мм, при зазоре 2 см располагал на воротниковую зону, паравертебрально, С7-Т3. Применял слаботепловые и умеренно тепловые дозировки с постепенным увеличением мощности и длительности процедур. При этом первые три процедуры длительностью 5, 10, 15 мин проводили в нетепловой дозировке (1 ступень мощности, 35-50 Вт). Следующие три процедуры длительностью 5, 10, 15 мин при слаботепловой дозировке (2 ступень мощности, 35-50 Вт). 3 ступень мощности (умереннотепловая дозировка – 50-60 Вт) продолжительностью в 10 мин. За период лечения полное заживление язвы двенадцатиперстной кишки наступило у 70,7% больных, купировался болевой и диспепсический синдром [10].

Дециметроволновая терапия (ДМВ) терапия обладает противовоспалительным, секреторным, сосудорасширяющим, иммуносупрессивным и каталитическим лечебными эффектами. Хорошие результаты были получены при применении микроволн дециметрового диапазона в слаботепловых дозировках на область желудка, отмечалось доста-

точно эффективное лечебное воздействие за счет активации регионарной гемодинамики и микроциркуляции, которое сопровождалось усилением метаболических процессов в слизистой желудка [5]. Е.Б. Выгоднер (1987), применял дециметровые волны (ДМВ) мощностью 25 и 35-45 Вт на эпигастральную область больным хроническим гастритом со сниженной секреторной функцией. На фоне благоприятной динамики клинической симптоматики, наблюдались изменения в желудочной секреции: количество стимулированного гистамином сока достоверно увеличивалось, и у одной трети больных появлялась свободная соляная кислота. У больных же при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки при одинаковой положительной динамике клинической симптоматики рубцевание язвенного дефекта чаще наблюдалось при применении процедур ДМВ мощностью 40 Вт.

В последние годы в дополнение к традиционным методам аппаратной физиотерапии добавились новые, обладающие целым рядом важных, а иногда и уникальных свойств. К их числу относится магнитотерапия. Результаты применения общей магнитотерапии в комплексном лечении больных язвенной болезнью желудка свидетельствуют о более эффективной эрадикации НР по сравнению с пациентами, получавшими только медикаментозную терапию. Процедуры магнитотерапии оказывают цитопротективное и трофическое действие, способны стимулировать различные звенья иммунитета. Оказывают нормализующее влияние на гемодинамику и микроциркуляцию, возможность устранения или уменьшения вегетативных расстройств, коррекцию нарушений процессов свободнорадикального окисления [5]. Максимов А.А и Шимерман А.Г (1991) рекомендуют применение низкочастотного магнитного поля (МП) в фазе обострения заболевания на высоте болевого и диспепсического синдромов (частота 50 Гц, по 5-10 мин, 15 процедур).

Конечно, в одной статье не возможно более детально остановиться на всех современных методах физической терапии, каждый из которых, обладает рядом характерных для него особенностей. Однако, на основании приведенных данных мы можем сделать вывод, что применение физических факторов дает возможность более широко воздействовать на основные патогенетические звенья воспалительных и эрозивно-язвенных поражений органов гастродуоденальной зоны, а сочетание этих методов с современными средствами лекарственной терапии может служить залогом более успешного лечения гастродуоденальной патологии.

Литература

1. Буглак Н.П., Асанова Л.К., Левченко М.В., Мошко Ю.А. Эффективность лечения «гигантских» язв желудка и двенадцатиперстной кишки эндоназальным электрофорезом деларгина // Вестн. Физиотер. и курортол.-2002.-№1.-С. 57-58.
2. Буглак Н.П., Гончаренко В.А., Богданов Н.Н. и др. Непарентеральные методы лечения внутриорганным электрофорезом деларгина и папаверина больных неосложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Вестн. физиотер. и курортол. – 2000. №1. – С.36-42.
3. Гончаренко В.В. Сочетанное применение деларгина и постоянного тока для лечения дуоденальных язв. // Вестн. физиотер. и курортол. – 1996. - №1. – С. 13-14.
4. Горбунов Ю.В., Субботин С.П., Шкляев А.Е. Эффективность СМТ-электрофореза торфяной грязи при первичном хроническом дуодените // Вопросы курортологии, физиотер. и ЛФК. – 2006. -№4. – С.25-27.
5. Зубкова С.М. Биофизические и физиологические механизмы лечебного действия электромагнитных излучений // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. – 2002.-№2.-С.3-9.
6. Ивашкин В.Т., Мегро Ф., Лапина Т.Л. *Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии. М.: Триада-Х, 1999. – С.225
7. Комарова Л.А., Егорова Г.И., Кирьянова В.В. Сочетанное применение синусоидальных модулированных токов, грязевых препаратов и фитотерапии при язвенной болезни // Вопр. Курортол.-1991.-№4.-С. 27-30
8. Корепанов А.М., Жукова М.А., Чернышова Н.Г., Шкляев А.Е. Эффективность СМТ-электрофореза торфяной лечебной грязи у больных бульбарными язвами // Физиотерапия. Бальнеология, реабилитация. – 2003. - №1. – С.21-24.
9. Пономаренко Г.Н., Золотарева Т.А. Физические методы лечения в гастроэнтерологии: // Монография.- Санкт-Петербург, 2004.-287 с.
10. Серебряков С.Н., Руев В.В., Ромашкина Т.С. Использование миллиметрового волновой терапии и криомассажа в лечении больных гастроэнтерологического профиля // Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии / Матер. Международ. Конгресса «Здравница-2002». – М., 2002. – С. 188-189.
11. Синчук Л.М., Шкиряк-Нижник З.А., Унич Н.К. и др. Лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и эрозивного гастродуоденита у детей электрофорезом гумизола // Курортология и физиотерапия / Респ. Межвед. Сборник.-Киев, 1992.- Вып.25.- С. 74-76.
12. Федоров А.А., Золотовицкая А.Е. Применение электрофореза димексида в терапии больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Вопр. курортол. – 1988. -№5. – С. 21-25.
13. Филимонов Р.М. Гастродуоденальная патология и проблемы восстановительного лечения // Монография. - Москва, 2005.-392 с.
14. Фомин А.В., Лукомский И.В., Косинец А.Н. и др. Терапевтическая эффективность трансцеребрального электрофореза грязи в комплексной терапии эрозий гастродуоденальной зоны // Укр. Бальн. Журн. – 2002. -№3. – С. 62-64.

САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО КӨЙГӨЙЛӨРҮН ЧЕЧҮҮДӨ ӨЛКӨНҮН СОТТУК МЕДИКТЕРИНИН КОШКОН САЛЫМЫ

Мукашев М.Ш., Матсаков Т.Т., Айтмырзаев Б.Н.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлигинин Республикалык соттук-медициналык экспертиза бюросу

Корутунду. Кызматтык милдеттери боюнча соттук медиктер экспертиза жүргүзүү боюнча соттук изилдөө органдарынын кызыкчылыгы үчүн иштерди аткарышат. Ошол эле учурда соттук медиктер саламаттыкты сактоо тармагынын иштерин жакшыртууда травматизм, ууланууну, кокустан болгон өлүмдөрдү анализдөөдө, ошондой эле дартты аныктоодо, дарылоодо, диспансерлөөдө салымы чоң.

Негизи сөздөр: соттук-медициналык экспертиза, саламаттыкты сактоо, регламент.

К ВОПРОСУ УЧАСТИЯ СУДЕБНЫХ МЕДИКОВ СТРАНЫ В РЕШЕНИИ ЗАДАЧ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мукашев М.Ш., Матсаков Т.Т., Айтмырзаев Б.Н.

Кыргызской государственная медицинская академия, Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Резюме. По функциональным обязанностям судебные медики выполняют работу по проведению экспертиз в интересах судебно-следственных органов. В то же время судебными медиками выполняется работа по улучшению деятельности системы здравоохранения анализом, обобщением и рекомендацией по совершенствованию диагностики, лечения, диспансеризации, а так же анализа и обобщения травматизма, отравлений, структуры и причин внезапной смерти.

Ключевые слова. Судебно медицинская экспертиза, здравоохранение, регламентирующие.

TO A QUESTION OF PARTICIPATION OF MEDICAL LEGALS OF THE COUNTRY IN THE DECISION OF PROBLEMS(TASKS) OF PUBLIC HEALTH SERVICES

Mukashev M.Sh., Matsakof T.T., Aitmurzaev B.N.

Faculty of forensic medicine and law of the Kyrghyz State Medical academy

The republican bureau is forensic medical examination Ministries of Health The Kyrghyz Republic

Summary. On functional duties forensic medicines perform work on carrying out of examinations in interests is judicial investigators authorities. At the same time medical legal carry out work on improvement of activity of system of public health services by the analysis, generalization and the recommendation on perfection of diagnostics, treatment, prophylactic medical examination, and as analysis and generalization of a traumatism, poisonings, structure and the reasons of sudden death.

Key words. It is judicial medical examination, public health services, time-limit.

Судебно-медицинская служба по роду своей деятельности должна выполнять не только работу по заданиям органов правосудия, но и активно содействовать улучшению лечебно-профилактической помощи населению [1].

Судебно-медицинская экспертиза представляет из себя врачебную деятельность и принадлежит к системе здравоохранения. Она отличается отсутствием правовой и материальной зависимости от судебно-следственных органов, невозможностью назначения экспертиз руководителями органов здравоохранения, ее государственный характер и достаточно четкая организация службы, четкая регламентация деятельности судебно-медицинской службы правовыми нормами и прика-

зом МЗ КР. Независимость в суждениях налагает на эксперта большую ответственность, поскольку от его заключения зависит нередко честь, свобода и даже жизнь подсудимого.

За последние годы проведена определенная работа по обеспечению судебно-медицинской службы техническими средствами (компьютеризация); текущий косметический ремонт кабинетов, секционного зала; кадрами (в основном, общих экспертов). При всем этом, к сожалению, практическая деятельность судебно-медицинской службы в силу необеспеченности современными техническими средствами диагностики, идентификации, реактивами для судебно-гистологических, судебно-химических, судебно-биологических исследо-

ваний, а также подготовка кадров лабораторной службы оставляет желать лучшего.

Деятельность судебных медиков, направленная на помощь органам здравоохранения, не ограничивается мероприятиями по улучшению качества лечебной помощи населению и проведению профилактических мероприятий. Важное значение для этих же целей имеет выполнение заданий органов правосудия. Судебно-медицинский эксперт нередко выявляет данные, представляющие интерес для органов здравоохранения именно при производстве экспертиз, назначаемых в порядке расследования правонарушений. Например, при проведении экспертизы в случае смерти пострадавшего в лечебном учреждении, в случае преступления против жизни или здоровья личности могут быть выявлены дефекты оказания медицинской помощи, при экспертизе в случаях профессионально-должностных правонарушений медицинских работников могут быть выявлены признаки ненадлежащего оказания медицинских услуг.

Работа судебно-медицинских экспертов приобретает значимость в плане дальнейшего совершенствования здравоохранения и общественного здоровья, улучшения качества жизни, т.к. без судебно-медицинских данных невозможно иметь представление о структуре смертности, соотношении числа случаев ненасильственной и насильственной смерти, а среди них структуру нозологических единиц и виды травматизма, причины травматизма и отравлений. Вся деятельность судебно-медицинских экспертов - один из видов врачебной работы.

Деятельность судебно-медицинских экспертов четко регламентирована уголовным и уголовно-процессуальными кодексами КР (ст. 330, 331, 333 УК; ст. 62, 63, 64, 65, 78, 79, 81, 84, 173, 177, 180, 199, 200, 203, 204, 205, 206, 209, 210, 212 УПК). Иначе обстоит дело с участием судебно-медицинских экспертов в деятельности лечебно-профилактических учреждений. В имеющихся нормативных документах, в частности, законе «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики» (2005) содержатся лишь названия различных форм этой работы без какой-либо конкретизации (ст. 49), а методические указания по проведению судебно-медицинских клиничко-анатомических и поликлиничко-анатомических конференций в лечебно-профилактических учреждениях, утвержденные МЗ СССР (1974) на сегодня потеряли свою юридическую силу. В то же время имеется положение «О порядке организации и проведения кли-

ничко-патологоанатомических конференций в лечебно-профилактических организациях» (Приказ МЗ КР № 492 от 14.11.05г.), четко определяющих деятельность патологоанатомической службы в этой части, которое вполне может быть использовано и в судебно-медицинской деятельности.

В отношении других форм участия судебных медиков в деятельности лечебно-профилактических учреждений методические указания и рекомендации отсутствуют, что создает значительные трудности в осуществлении эффективной работы судебных медиков в помощь здравоохранению. До сих пор малоэффективен анализ материалов по скоропостижной смерти, травматизму, отравлению и т.д.

Формы сотрудничества с органами здравоохранения в какой-то степени изложены в нормативных актах, регламентирующих деятельность судебно-медицинской службы республики (Приказ МЗ КР № 253 от 12.08.1999г., утвержденного 17 января 2000г.). Например, проведение судебно-медицинских и клиничко-анатомических конференций по судебно-медицинским случаям; анализ и обобщение судебно-медицинских материалов с представлением рекомендаций, имеющих значение для улучшения диагностики заболеваний и лечебно-профилактической помощи населению; затребование из лечебно-профилактических учреждений медицинской документации, необходимую для производства экспертиз и рассмотрения жалоб граждан (положение о главном судмедэксперте МЗ и положение о начальнике бюро).

Указанные нормативные документы в организации деятельности судебных медиков в интересах здравоохранения возлагают только на руководителей бюро судебно-медицинской экспертизы и его подразделений. На руководителей же лечебно-профилактических учреждений эти документы не возлагают никаких обязанностей, кроме запрета выдачи «Врачебного свидетельства о смерти» без согласования с судебно-медицинским экспертом в случаях скоропостижной смерти лица, находящегося под наблюдением врача (п.1.2.1.Правил производства судебно-медицинской экспертизы трупа) и обязанности руководителей и врачей лечебно-профилактических учреждений оказывать судебно-медицинскому эксперту содействие в проведении консультаций, клиничко-инструментального обследований (п.8 Правил судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью).

Таким образом, один из существенных недостатков организации сотрудничества судебных медиков с органами и учреждениями здравоохранения - его недостаточная регламентация и нерешенность ряда методических вопросов.

О недостаточном участии судебных медиков в решении задач здравоохранения свидетельствует и то, что даже клиничко-анатомические, неговоря уже о поликлиничко-анатомических, конференции проводятся крайне редко. Так, в отчетах РБСМЭ за 2006г. по республике исследовано 5676 трупов, из них 2011 при ненасильственной, 3392-при насильственной смерти; в 2007г.-5709, из них 2143-при ненасильственной, а 3429- при насильственной смерти. При этом, за 2006г. по Республиканскому бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ КР клиничко-анатомических конференций проведено 107, в том числе по областям-52, а в 2007г.-соответственно-70 и 25 случаев. Наглядно видно, что количество клиничко-анатомических конференций достаточно мало, более того, этот вид работы идет к уменьшению.

Ведь именно клиничко-анатомические конференции позволяют судебным медикам внести определенный вклад в повышение качества работы поликлиничко-анатомического (ЦСМ, ГСВ) звена здравоохранения, особенно для диспансеризации населения. Отсюда следует, что работе судебно-медицинских учреждений в интересах здравоохранения необходимо уделять такое же внимание, как и работе в интересах правоохранительных органов. Только тогда можно будет считать, что судебные медики вносят достойный вклад в развитие здравоохранения.

С нашей точки зрения, судебные медики могли бы оказать помощь органам здравоохранения по следующим разделам:

1. Участие в диспансеризации населения.

1.1. Ежегодный анализ и обобщение судебно-медицинских данных о скоропостижной (внезапной) смерти лиц, проживающих на территории обслуживания конкретных лечебных учреждений для уточнения структуры заболеваемости и смертности в районе, области для выявления недиагностированных при жизни больных заболеваний и их анализа; для анализа случаев скоропостижной смерти больных с установленным при жизни диагнозом и изучения качества диспансерного обследования и лечения.

1.2. Ежегодный анализ и обобщение судебно-медицинских данных о внезапной смерти новорожденных младенцев, детей 1-го года жизни и

подростков.

1.3. Организация и проведение с сотрудниками лечебных учреждений клиничко - и поликлиничко-анатомических конференций для обсуждения дефектов поликлиничко-анатомического диспансерного обследования лиц, страдавших различными заболеваниями.

2. Участие в повышении качества медицинских услуг населению

2.1. Выявление грубых дефектов диагностики и лечения в лечебно-профилактических учреждениях и предоставление сведений о всех подобных случаях руководству органов здравоохранения.

2.2. Проявление инициативы проведения клиничко-анатомических конференций совместно с руководством лечебных учреждений.

2.3. Сопоставление клинических и судебно-медицинских диагнозов.

2.4. Анализ случаев смерти от различных видов травматизма, отравлений и других видов насильственной смерти с целью выявления дефектов и упущений в оказании неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

2.5. Анализ и обобщение экспертиз по делам о привлечении медицинских работников к уголовной ответственности за профессионально-должностные правонарушения, выявление причин и условий их возникновения.

2.6. Выполнение судебно-химических исследований по направлениям медицинских учреждений.

2.7. Заготовка трансплантационного материала для лечебных целей (в пределах ст. 42,44 Закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»).

2.8. Совместный разбор поствакцинальных осложнений.

2.9. Совместная работа врачей лечебно-профилактических учреждений и судебных медиков (патологоанатомов) в случаях смерти лиц, больных ВИЧ-инфекцией.

2.10. Анализ и обобщение случаев смерти лиц при обращении их за скорой помощью для выявления причин несвоевременного оказания медицинской помощи и несвоевременной госпитализации больных.

2.11. Участие судебных медиков в комиссиях по разбору жалоб населения на ненадлежащее (некачественное) оказание медицинских услуг.

2.12. Создание филиалов Бюро судебно-медицинской экспертизы при крупных лечебно-про-

филактических учреждениях для усиления контактов в работе судебно-медицинского эксперта и врача-лечебника.

3. Противоэпидемическая работа.

3.1. Срочное извещение органов здравоохранения о каждом случае выявления острозаразных или особо опасных инфекций.

3.2. Проведение неотложных противоэпидемических мероприятий при выявлении случаев смерти от особо опасной инфекции.

3.3. Анализ и обсуждение с лечебными учреждениями и органами здравоохранения каждого случая скоропостижной смерти взрослых и детей от инфекционных заболеваний.

4. Проведение санитарно-просветительной работы (лекции, беседы, выступления на страницах средств массовой информации, радио, телевидение) с целью воспитания у населения гигиенических навыков, борьбы с алкоголизмом и пьянством, табакокурением, нарко- и токсикоманией, травматизмом и т.д.

5. Правовая работа. Пропаганда правовых знаний по ответственности, обязанности, правам граждан, пациентов и медицинских работников в области охраны здоровья.

Успешная работа судебных медиков республики в интересах общественного здоровья и здравоохранения требует также укрепления контактов кафедры судебной медицины КГМА и бюро судебно-медицинской экспертизы, дальнейшего совершенствования деятельности методического совета РБСМЭ, привлечения сотрудников бюро к выполнению научных исследований по анализу и обобщению случаев скоропостижной

смерти взрослых и детей, насильственной смерти и ее структуры, травматизма, отравлений, комиссионных экспертиз по «врачебным» делам и случаев из экспертной практики.

Из всего сказанного следует, что для претворения в жизнь предлагаемые нами предложения необходимо подготовить положение, в котором должны получить отражение не только методические, но и организационные и правовые вопросы, в частности: об обязательном предоставлении судебно-медицинским экспертам амбулаторных карт, медицинских карт стационарных больных и других медицинских документов из лечебных учреждений к моменту исследования трупа, о формах документаций, отвечающих требованиям максимальной помощи судебных медиков органам здравоохранения.

Литература

1. Громов А.П. Капустин А.В. Актуальные вопросы участия судебных медиков в решении задач здравоохранения. Судмедэкспертиза, 1985, 2. -С. 21-25
2. Громов А.П. Задачи судебно-медицинской службы страны в свете решений XXVII съезда КПСС. Судмедэкспертиза, 1986, 4. -С. 3-6
3. Закон об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике, Бишкек, 2005
4. Правила производства судебно-медицинской экспертизы трупа (Приказ МЗ КР №5 от 17.01.2000г. Приложение №11)
5. Правила судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью (Приказ МЗ КР №5 от 17.01.2000г. Приложение №17)

ЧАКАН ЛАПАРОТОМДУК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

Мусаев А.И., Ибраимов Д.С.

Корутунду. Эң төмөнкү мүмкүнчүлүктү жана атайын аспаптарды колдонуу аркылуу өт жолдорунун оорусу менен жабыркаган 109 оорулууну хирургиялык дарылоонун натыйжасы берилди. Холецистэктомиядан кийин оорулуулар 3-5 суткага ооруканадан чыгарылды. Авторлор өт жолдоруна операция жасоо салттуу лапаротомиялар катары дагы лапароскопиялык холецистэктомиялар катары дагы соңку болгон мүмкүнчүлүк деп эсептешет.

Негизги сөздөр: өнөкөт өттүн ыйлаагынын сезгениши, кошумча оору, аз инвазивдүү операциялар, лапароскопия, чакан лапаротомия.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА

Мусаев А.И., Ибраимов Д.С.

Городская клиническая больница №1, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлены результаты хирургического лечения 109 больных с заболеваниями желчевыводящих путей с использованием минимального доступа и специального инструментария. После холецистэктомии больные были выписаны на 3-5 сутки. Авторы считают операции на желчных путях из минимального доступа альтернативой как традиционной лапаротомии, так и лапароскопической холецистэктомии.

Ключевые слова: хронический калькулезный холецистит, осложнения, малоинвазивные операции, лапароскопия, минилапаротомия.

The resume. The result of surgical treatment of 109 patients with diseases of bile ducts with use of minimum approach and special instrument are presented. After cholecystectomy the patient were discharged in 3-5 days. The authors consider the operations on biliary tract from minimum approach as an alternative to conventional laparotomy as well as laparoscopic cholecystectomy.

Key words: Chronic calculous cholecystitis, complications, small – invasion operations, laparoscopy, minilaparotomy.

Цель исследования. Улучшение результатов оперативного лечения больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнений путем совершенствования техники операции из минимального доступа.

Материалы и методы. В основе нашей работы положены результаты проведенного научного анализа хирургического лечения 109 больных с желчнокаменной болезнью, которые были оперированы в хирургическом отделении ГКБ №1 г. Бишкек в сроки с 2005 по 2008 гг.

Результаты и их обсуждение. Желчнокаменная болезнь является одной из наиболее важных проблем современной абдоминальной хирургии. В настоящее время он стал одной из самых распространенных нозологических форм в хирургических стационарах и служит поводом для ежегодного проведения до 2,5 млн. плановых и экстр-

ренных операций в мире [1,2]. Результаты лечения пациентов с желчнокаменной болезнью во многом зависят от метода проведения оперативного вмешательства. В последние годы в хирургии ЖКБ отмечается большой интерес к методам лапароскопического оперирования. Они малотравматичны, легко переносятся больными и обеспечивают лучшие в косметическом отношении результаты. Высокая техническая оснащенность и качество лечения сделали лапароскопическую хирургию не только предметом пристального внимания и изучения, но и престижной [3,4]. Лапароскопическая холецистэктомия нашла широкое распространение, особенно за рубежом, где почти у 95% больных используется этот метод в лечении желчнокаменной болезни. Устранив недостатки традиционной холецистэктомии, ЛХЭ решила проблемы лечения ЖКБ и, кроме того, не

получила должного распространения, особенно в странах СНГ, главным образом из-за высокой стоимости оборудования. Также, по мере накопления опыта было установлено, что и эта методика не лишена недостатков, так как в момент выполнения ЛХЭ и в ближайшие сроки после нее также возникает ряд осложнений, хотя они качественно иные и наблюдаются значительно реже, чем при использовании традиционного доступа, дороговизна и сложность оборудования, невозможность адекватного выполнения операции без специальных инструментов, легочно и сердечно-сосудистые осложнения, осложнения при создании пневмоперитонеума, термические и коагуляционные повреждения. Гораздо меньше внимание уделено другому миниинвазивному методу – холецистэктомии из минилапаротомного доступа [5,7,9].

В литературе используется несколько наименований минилапаротомии при холецистите: мини-, малоинвазивная холецистэктомия, операции из мини-доступа с элементами лапароскопической техники (открытая минилапароскопическая холецистэктомия), холецистэктомия через операционный тубус. Мы называем эту операцию «холецистэктомией из мини- доступа» [6,8,10,11].

Нами предложен минилапаротомный разрез при выполнении холецистэктомии без пересечения прямой мышцы живота. Под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов производили кожный разрез параллельно правой реберной дуге и ниже ее на 3-4 см. длиной 3-6см. в зависимости от степени выраженности подкожной жировой клетчатки. Рассекали кожу, подкожную жировую клетчатку, передний и задний листки влагалища прямой мышцы живота (последнюю оставляли интактной), поперечную мышцу и брюшину. Производили тщательный гемостаз и желчный пузырь обнажался посредством печеночных крючков. Подтягивая желчный пузырь геморроидальными зажимами, производили выделение и перевязку шейки желчного пузыря и пузырной артерии, а затем производилась обычная холецистэктомия от шейки. При необходимости производилась коагуляция ложа желчного пузыря. Подпеченочное пространство дренировалось через контрапертурный разрез и рана послойно ушивалась.

Противопоказаниями к выполнению данной операции являются - хронический калькулезный холецистит, осложненный синдромом Мирizzi, холедохолитиаз, осложненный механической желтухой и холангитом, стриктура сфинктера Одди,

острый калькулезный холецистит, осложненный разлитым перитонитом, ожирение 4 степени.

Одним из наиболее частых осложнений после традиционной холецистэктомии, являются раневые осложнения, которые увеличивают сроки стационарного лечения в стационаре и влияют на исход заболевания. Важным моментом является своевременная диагностика раневого осложнения, чтобы своевременно применить лечебные меры [12,13]. Идут поиски наиболее информативных методов, которые позволили бы выявить осложнения со стороны раны до появления клинических признаков. Мы остановились на УЗИ, которая широко используется в диагностике ряда заболеваний. Мы проводили эхоморфометрический контроль послеоперационной раны, а так же, инфракрасное облучение аппаратом узкоспектральной длинноволновой термотерапии М1-01 (производство Японии) контактным способом непосредственно прилагая рупор аппарата к послеоперационной ране через слой хлопчатобумажной стерильной ткани, начиная облучение через сутки после операции, на курс лечения 5-6 сеансов (основная группа). Длительность одного сеанса 10-15мин. Эхоморфометрический контроль осуществлялся сканером «Aloka ECHO Camera SSC - 370» в реальном масштабе времени с электронными датчиками 3,5 и 7,0 МГц. Датчик устанавливали перпендикулярно по отношению к исследуемой области, а глубина сканирования зависела от толщины подкожножировой клетчатки. После холецистэктомии, если использовался широкий доступ, сканирование производилось в трех точках шва и вычисляли среднюю арифметическую величину, а при минидоступе – в середине шва. Исследования выполняли на 3, 5 и 7 сутки после операции.

При анализе эхоморфометрических данных больных мы обратили внимание на динамику размеров гипэхогенной зоны в области операционной раны при хроническом калькулезном холецистите максимальная толщина гипэхогенной зоны, отмеченная на 3 сутки после операции на 5 сутки ее толщина незначительно уменьшалась, а на 7 сутки наблюдалось уменьшение толщины, которая достоверно отличалась от показателя 3 суток ($P < 0,05$). Увеличение ширины гипэхогенной зоны на 5 и 7 сутки позволяло заподозрить высокую вероятность развития раневых осложнений и срочно выполнить ревизию операционной раны и усилить противовоспалительную терапию.

По этой методике в городской клинической

больнице №1 г. Бишкек прооперировано 109 больных. В большинстве наблюдений (100) оперативное вмешательство было произведено по поводу хронического калькулезного холецистита, в остальных наблюдениях (9) была выполнена экстренная холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита. Из 9 больных, оперированных по поводу острого калькулезного холецистита, у 5 был выявлен катаральный, а у остальных 4 - флегманозный калькулезный холецистит, причем у 2 из них выявилась эмпиема желчного пузыря. Одной больной, оперированной по поводу острого калькулезного холецистита, интраоперационно обнаружен холедохолитиаз. Операционная рана расширена и наложен холедоходуоденостомоз.

Подавляющее большинство оперированных составили женщины (96). В возрастном аспекте основную массу составили больные от 30 до 60 лет.

Послеоперационных осложнений после холецистэктомии по нашей методике мы не наблюдали.

Отсутствие осложнений объясняется минимальной интраоперационной травмой, более быстрым выходом из наркоза, незначительной выраженностью болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, практически не изменяющейся функцией внешнего дыхания после операций, отсутствием пареза кишечника, устранением применения наркотических анальгетиков.

Заключение. Все перечисленное позволяет считать данный метод достаточно эффективным и заслуживающим более активного внедрения в хирургическую практику.

Литература

1. Бабышин В.В., Зезин В.П. Хирургия 1998. - № 12. - С. 28-29
2. Ветшев П.С., Шкроб О.С., Кузнецов Н.С., Бельцевич Д.Г. Желчнокаменная болезнь: ММА им. Сеченова 1996. - С. 55.
3. Ветшев П.С., Шкроб О.С., Бельцевич Д.Г. Желчнокаменная болезнь. - М.: 1998. - С. 137.
4. Ветшев П.С., Чилингарида К.Е., Ипполитов Л.И., Сафронов В.В., Шпаченко Ф.А., Прохорова О.В. Хирургия 1998. № 9. - С. 45-49
5. Войленко А.В. Профилактика послеоперационных осложнений ран // Хирургия. - 1998. - №09. - С. 65-68.
6. Гельфанд Б. Р., Гельфанд Е.Б. Проблемы антибактериальной терапии в хирургии интенсивной медицины // Антибиотики и химиотерапия. -1998. - №03. - С. 2-5.
7. Деререр Ю.М., Крылов М.П., Устинов Г.Г. Желчнокаменная болезнь. М.: 1983. - С. 112.
8. Ермолов А.С., Шулутко А.М., Прудков М.И., Гуляев А.А., Адамян А.И. и др. Хирургия. 1997. - № 2. - С.11-13
9. Привалов В.А., Шрамченко В.А., Губницкий А.Е., Привалов А.В. Хирургия 1998. - № 7. - С. 28-30
10. Прудков М.И. Хирургия 1997. - № 1. - С. 32-35
11. Шулутко А.М., Данилов А.И., Маркова З.С., Корнев Л.В. Хирургия 1997. - № 1. - С. 36-37.
12. Cameron I.C., Chadwick C., Phillips J., Johnson A.G. // Br.J. Surg.-2000.-Vol.87, N 3. -P.362-373
13. Cushicry A. et al. Am J Surg 1991. № 161. - С. 385-391.

ВИЧ/СПИД СРЕДИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**Орозбекова Б.Т.**

Медицинский факультет ОшГУ, Ошский областной центр СПИД

Резюме. В работе представлена характеристика эпидемического процесса ВИЧ/СПИДа среди женщин фертильного возраста в Ошской области. Отмечено увеличение доли полового пути передачи с 1,8% в 2001г. до 16,1% в 2007г. и возрастание удельного веса ВИЧ-инфицированных женщин с 4,4 до 17% соответственно. 90% ВИЧ-инфицированных женщин составляют в возрасте 18-50 лет, из которых 70,4% заражены половым путем при незащищенном сексе и 22,7% - парентеральным при безопасном приеме наркотиков. Отмечен рост ВИЧ-инфекции среди беременных женщин и рождение ими детей. В этой связи необходимы новые подходы к профилактическим мероприятиям с учетом гендерной политики государства, и они должны быть одним из приоритетных направлений в профилактике ВИЧ/СПИДа.

Ключевые слова: СПИД, ВИЧ-инфекция, эпидемии, женщины.

THE CONDITION TO EPIDEMICS VICH/AIDS DISEASE AMONGST WOMEN REPRODUCTIVE AGE IN OSH AREA KYRGYZ REPUBLIC**Orozbekova B.T.**

Medical faculty OSHSU, Osh regional centre AIDS DISEASE.

Rezume. Feature of the epidemic process VICH-infections is presented in work amongst women reproductive age in Osh area. Noted increase the share sexual way of the transfer with 1,8% in 2001г. before 16,1% in 2007г. and increasing the specific gravity VICH-infected women with 4,4 before 17,1 accordingly. 90% VICH- infected women form at age 18-50 years, from which 70,4% polluted sexual by way under undefended sex and 22,7% - of others were infected through contacts. The Noted growing VICH-infections amongst expectant mothers and birth them children. In this connection necessary new approach to preventive action with provision for gender politicians state and they must be one of the priority directions in preventive maintenance VICH/AIDS DISEASE.

The Key words: AIDS DISEASE, VICH-infection, epidemics, women.

Введение. В проблемах современного здравоохранения ВИЧ/СПИД занимает особое место. Особенно женщины репродуктивного возраста уязвимы в отношении к ВИЧ-инфицированию в силу как биологических, так и социально-культурных причин. Гендерное неравенство, социально-экономические трудности толкают многих женщин в сферу коммерческого секса, где риск заражения ВИЧ для них очень высок [1,2].

По данным ЮНЭДС, к 2006 г. 46% из 40,3 млн. людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, составляли женщины в возрасте 15-49 лет. Более 90% случаев ВИЧ-инфекции у детей является следствием передачи от матери ребенку. В 2005г. в странах Восточной Европы и Центральной Азии женщины составляли 34% людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, против 27% в 2002г. [3].

Характерными чертами эпидемии ВИЧ/СПИД в странах СНГ являются рост числа ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом женщин и увеличение количества детей, рожденных от них. К тому же рост передачи ВИЧ-инфекции гетеросек-

суальным путем становится все более важным фактором развития эпидемии [3-9].

В этой связи возникает необходимость оценки и слежения состояния эпидемии ВИЧ-инфекции и изучения факторов риска ее распространения среди женщин.

Целью настоящего исследования явилось изучение интенсивности и тенденции развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста Ошской области Кыргызской Республики.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди женщин Ошской области за 2001-2007гг. Для обобщения использованы официальные статистические отчеты регистрации ВИЧ-инфекции (форма 4а), ежемесячные отчеты об обследовании различных контактов на ВИЧ (форма 4), данные эпидемиологического расследования очагов ВИЧ-инфекции, карты диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными.

Использованы методы эпидемиологического

анализа проявлений эпидемического процесса, эпидемиологического расследования очагов и социологического мониторинга. Серологический скрининг сыворотки крови различных контингентов на ВИЧ проводился общепринятыми методами иммуноферментного анализа и иммуноблоттинга. Обработка и анализ полученных материалов проводились на компьютере с помощью программы «Epi – info».

Результаты и обсуждение. На 01.01.2008г. в Ошской области заболеваемость ВИЧ-инфекцией на 100 тыс. населения составила 21,3, что в 4,06 раза больше среднестатистического показателя, который равнялся 16,0. Этот показатель составил в г.Оше - 427, Карасуйском районе – 189, в других районах области – от 0,9 до 5,6.

За последние годы эпидемический процесс в Ошской области имеет тенденцию к стабилизации. Так, интенсивный показатель новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 тысяч населения составил в 2007г. 18 против 7,2 в 2001г., тогда как этот показатель по республике вырос с 2,8 в 2001г. до 3,4 в 2005г и 4 в 2007 году.

Установлено, что эпидемический процесс на территории Ошской области протекает преимущественно в среде потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), Наряду с этим отмечается увеличение доли полового пути передачи с 1,8% в 2001г. до 16,1% в 2005г., тем не менее, парентеральный путь передачи ВИЧ остается доминирующим (рис.1).

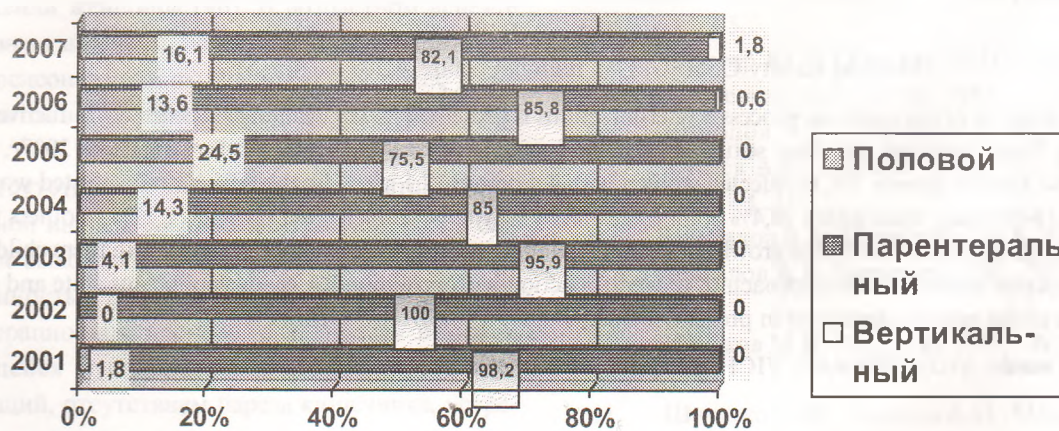


Рис.1. Пути передачи ВИЧ-инфекции (в %)

Увеличение доли полового пути передачи ВИЧ свидетельствует о выходе ВИЧ-инфекции из «традиционных» групп и переходе в ее общую популяцию.

Среди ВИЧ-инфицированных преобладают мужчины. Соотношение мужчин и женщин с каждым годом меняется, причем в сторону увеличения удельного веса женщин, которые обуславливают усиление эпидемического процесса половым путем передачи и рождения детей от ВИЧ-инфицированных матерей.

В Ошской области удельный вес ВИЧ-инфицированных женщин увеличился с 4,4% в 2001г. до 30,5% в 2005г. и до 17% в 2007 году (рис.2).

На 1 января 2008 г. на территории Ошской области кумулятивное число случаев ВИЧ-инфекции среди женского пола составило 117 человек. Из них в г.Ош 62 женщин, Карасуйском – 12, Узгенском – 3 и Наукатском районе -1.

ВИЧ-инфицированные женщины выявлены из числа обследованных по кодам:

- 101 – контактные с ВИЧ-инфицированными – 12 случаев (22,%);
- 102 – ПИН – 2 (3,7%);
- 104 – лица с ИППП – 5 (9,2%);
- 105 – лица с беспорядочными половыми связями – 10 (18,5%);
- 106 – лица, выезжающие за рубеж – 1 (1,8%);
- 109 – беременные – 3 (3,5%);
- 112 – лица, находящиеся в СИЗО, ИВС – 5 (9,2%);
- 113-117 – лица, по клиническим показаниям (взрослые, дети) – 11 (20,3%);
- 114 – добровольно, анонимно – 4 (7,4%);
- выявлены за пределами республики – 1 (1,8%).

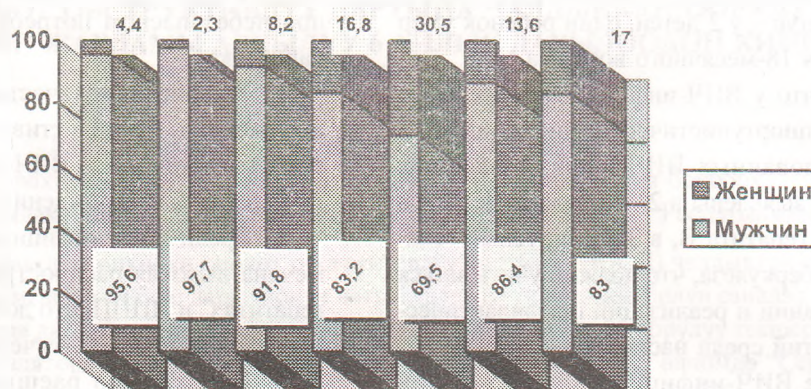


Рис. 2. Динамика удельного веса ВИЧ-инфицированных женщин Ошской области за 2001-2007 годы (в %).

Видно, что случаи ВИЧ-инфекции выявлялись практически среди всех обследованных контингентов. Но наибольшее количество выявлялось среди обследованных, контактных с ВИЧ-инфицированными, лиц с беспорядочными половыми связями (РКС), больных с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП).

Из числа выявленных ВИЧ-инфицированных – 24 (44,4%) замужем, 12 (22,2%) холостые и 7 (12,9%) разведены. По социальному статусу – большинство (94,4%) не работают или временно не работают.

Следует указать, что среди ВИЧ-инфицированных женщин 14 (25,9%) являются РС и 12 (22,2%) ПИН, часть из которых для получения средств на повседневные нужды и приобретения наркотиков идут на противоправные действия и часто задерживаются правоохранительными органами.

В возрастной структуре ВИЧ-инфицированных доминируют женщины репродуктивного возраста с 18 до 50 лет, на долю которых приходится более 90% от всех выявленных.

Наибольший интерес в эпидемиологическом отношении представляет анализ путей передачи и факторов риска заражения ВИЧ-инфекцией. Эпидемиологическим расследованием установлено, что основным путем передачи ВИЧ среди женщин является половой, который составляет 70,4%, затем парентеральный – 22,2%, вертикальный (от матери к ребенку) составляет – 1,8%. Неустановленный путь передачи отмечен в 5,6% случаев, которые выявлены среди лиц, обследованных анонимно.

Необходимо отметить, что в ходе эпидемиологического расследования сбор анамнеза у женщин особенно ПИН, РКС, сведений, касающихся ис-

точников и способов заражения, контактных и их интимные стороны жизни предоставляют определенные трудности. Они, как правило, замкнуты, отказываются сообщать сведения о своих контактных, или дают заведомо ложные сведения. В этой связи необходимо устанавливать с ними доверительные, конфиденциальные отношения. Установлено, что из 38 случаев, зараженных половым путем, 24 (63,2%) женщины заразились от ВИЧ-инфицированных мужей и 14 (36,8%) – от своих коммерческих половых партнеров при незащищенном сексе. Среди выявленных ВИЧ-инфицированных женщин 12 (22,2%) являлись ПИН, причиной заражения стало использование общих шприцов и игл, зараженных ВИЧ.

Одним из признаков перехода эпидемии ВИЧ/СПИД на общую популяцию считается рост числа ВИЧ-инфицированных беременных и рождения ими ВИЧ-инфицированных детей. За период наблюдения нами выявлены 14 беременных ВИЧ-инфицированных, из них в 2001-2004гг. – 3, в 2005 г. – 9, в 2006 г. – 2, а в 2008 году – 11.

Установлено, что большинство (79,5%) беременных заразились половым путем от ВИЧ-инфицированных мужей и одна являлась РКС, 14,3% составляли ПИН.

К 2006 г. от ВИЧ-инфицированных матерей родились 11 детей, из них 5 в 2001-2004гг., 6 – в 2005г., 1 – в 2006г. Троем ВИЧ-инфицированным беременным, по нашим рекомендациям и по их согласию, сделано искусственное прерывание беременности. В целях уменьшения риска передачи ВИЧ 7 ВИЧ-инфицированным роженицам и новорожденным оказана химиопрофилактика.

Из 11 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, через 18 месяцев подтвержден ВИЧ-

положительный статус – у 1 ребенка, ВИЧ-отрицательный статус – у 2 детей, один ребенок умер до достижения 18-месячного возраста.

Известно, что у ВИЧ-инфицированных часто развиваются оппортунистические инфекции [4,5]. Среди обследованных ВИЧ-инфицированных женщин нами выявлены в 21% случаях ИППП, в 7% вирусный гепатит В, в 30% вирусный гепатит С и 7% туберкулеза, что должно учитываться при планировании и реализации профилактических мероприятий среди населения.

Выявление ВИЧ-инфицированных женщин приходилось в различных стадиях болезни. Почти половина (49%) ВИЧ-инфицированных выявлены в стадии бессимптомной инфекции – II А, 32% - в стадии острой инфекции без вторичных заболеваний – II Б, остальные ВИЧ-инфицированные (19%) выявлены в разных стадиях – II В, III, IV В.

Умерли от СПИДа 2 женщины, продолжительность их жизни с момента выявления была 1-1,5 месяца, что свидетельствует о позднем обращении в медицинские учреждения и соответственно, о позднем их выявлении.

Таким образом, распространение ИППП, ВИЧ-инфекции на территории Ошской области становится все наиболее реальной угрозой для женщин фертильного возраста, которое обуславливает не только развитие серьезных осложнений, со стороны матери и плода, но и рост числа ВИЧ-инфицированных беременных и рождение ими ВИЧ-инфицированных детей.

В этой связи, необходимо предусмотреть новые подходы к профилактическим мероприятиям с учетом гендерной политики государства, и они должны быть одним из важных приоритетных направлений в профилактике ВИЧ/СПИДа.

Выводы

1. Эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в Ошской области с момента начала эпидемии по настоящее время определяют потребители инъекционных наркотиков. Наряду с этим отмечается увеличение доли полового пути передачи с 1,8% в 2001 г. до 16,5% в 2007г. и возрастание удельного веса женщин, вовлеченных в эпидемический процесс с 4,4 до 17% соответственно, что свидетельствует о переходе эпидемии ВИЧ инфекции в общую популяцию.

2. ВИЧ-инфекция выявляется в основном (90,3%) среди женщин репродуктивного возраста, которые заразились половым путем от ВИЧ-инфицированных мужей и коммерческих поло-

вых партнеров при незащищенном сексе, а также при небезопасном потреблении инъекционных наркотиков.

3. Увеличение количества ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста способствовало росту числа ВИЧ-инфицированных среди беременных и рождению ими детей.

4. Среди ВИЧ-инфицированных женщин отмечена высокая распространенность вирусного гепатита С и ИППП, что должно быть учтено при проведении профилактических мероприятий.

5. Необходимо расширить профилактику ВИЧ-инфекции путем повышения статуса женщины в обществе, информирования их по проблемам ВИЧ/СПИД, пропаганды безопасного секса, адекватного лечения ИППП, а также консультирования и тестирования на ВИЧ в период беременности.

Литература

1. Royse R.A. Sexual transmission of HIV // *№. Engl.J.Med.* – 1997. -15. – P.1072-1078.
2. Campbell T., Kelly M. Women and AIDS in Latvia // *AIDS Care.* – 1995. – P.365-373.
3. Орлова О.А., Каражас Н.В., Русакова Е.В. ВИЧ-инфекции у беременных женщин в Челябинске. *ЖМЭИ.* 2005, (1): 73-74.
4. Буторов Е.В. Сравнительный анализ эпидемиологической ситуации ВИЧ-инфекции в Сургуте и Нижневартовске. *Эпидемиология и инфекционные болезни*, 2006, (2), 13-15.
5. Марциновская В.А. Эпидемиологическая характеристика ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста в Украине. Сб. материалов конф. по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. М., 2006: 13-15.
6. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Гаилусов А.Т. и др. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в России. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2001: (1): 10-15.
7. Развитие эпидемии СПИДа, декабрь 2005г. (перевод с англ.) ЮНЭЙДС. 2005: 95.
8. Саломов Г.Г., Деткова Н.В. ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты и сифилис у детей, занимающихся проституцией. *Эпидемиология и инфекционные болезни* 2001; (1): 20-22.
9. Щербинская А.М., Круглов Ю.В., Круглова И.Ф. и др. Особенности второго этапа распространения ВИЧ-инфекции в Украине. *Эпидемиология и инфекционные болезни* 2001; (1): 17-20.

ӨПКӨНҮН ӨНӨКӨТ ОБСТРУКТИВДҮҮ ДАРТЫНА ЧАЛДЫККАН ООРУЛУУЛАРДЫ “СЕРЕТИДДИН” ЖАРДАМЫ АРКЫЛУУ 6 АЙЛЫК ДАРЫЛООДОН КИЙИНКИ НАТЫЙЖАСЫ

Рана Мухаммад А.Б., Юсупова Г.С., Калиев Р.Р.

М.Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борбору,
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Иштин максаты өпкөнүн өнөкөт обструктивдүү дартына (ӨӨОД) чалдыккан оорулууларды “Серетиддин” жардамы менен 6 ай бою дарылоонун натыйжалуулугун изилдөө болуп саналат. Бишкек шаарындагы №7 БУБМсында диспансердик каттоодо турган ӨӨОД чалдыккан 20 оорулуу текшерүүгө алынды. 6 ай бою бейтаптар ингалятордун жардамы менен суткасына 2 жолу 500 ± 50 мкг өлчөмдө “Серетидди” колдонушту. Дарылоодон кийин жөтөлдүн, энтигүүнүн жана какырыктын көрсөткүчү азайып, сыртка дем алуу, жашоонун сапаты жана физикалык оордуктарга туруктуулук күчөгөнү байкалды. Респиратордук сурамжылоонун бардык шкаласы боюнча жашоо сапаты бир топ жакшырганын көрдүк.

Негизги сөздөр: “Серетид”, ӨӨОД, сырткы дем алуунун функциясы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ 6-ТИ МЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ «СЕРЕТИДОМ».

Рана Мухаммад А. Б., Юсупова Г.С., Калиев Р.Р.

Национальный Центр Кардиологии и Терапии имени академика Миррахимова М.М.,
Кыргызская Государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель исследования - изучение эффективности 6-ти месячной терапии «Серетидом» у больных страдающих хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Было обследовано 20 больных, страдающих ХОБЛ, находящихся на диспансерном учете ЦСМ №7 г.Бишкека. В течение шести месяцев пациенты принимали серетид в дозе 500 ± 50 мкг 2 раза в сутки, с помощью ингалятора. Эффективность лечения оценивалась с учетом выраженности кашля, продукции мокроты и одышки, параметров функции внешнего дыхания (ФВД), качества жизни (КЖ) и толерантности к физической нагрузке. На фоне шести месячного приема серетиды наблюдали урежение кашлевого синдрома, достоверно возрастали показатели $ОФВ_1$ и дистанция, которую больные проходили в шаговом тесте. Отмечено значимое увеличение качества жизни по всем шкалам респираторного опросника (SGRQ).

Ключевые слова: «Серетид», хроническая обструктивная болезнь легких, функция внешнего дыхания.

EFFECT OF SIX MONTH “SERETID” THERAPY IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE (COPD)

Abstract. Basis of observation - To determine 6 months Seretid treatment effect in 20 patients of COPD, in polyclinic №7 of Bishkek city. During 6 months patients took Seretid in dose 500 ± 50 mkg 2 times per day via inhalation. Treatment effect is determined by manifestation of dyspnoe, cough, sputum production, tolerance to physical load (this was done by six minutes walk test). After 6 months Seretid treatment cough syndrome decreases, improvement in $ОФВ_1$ and distance (6 minutes walk test). This was noted that after treatment life quality was improved (SGRQ).

Key words: Seretid, chronic obstructive pulmonary disease, OFV.

Одним из основных направлений в лечении ХОБЛ является длительная бронходилатирующая терапия, позволяющая уменьшить выраженность симптомов заболевания, снизить частоту и тяжесть обострений, улучшить толерантность к физической нагрузке и показатели качества жизни больных [1]. В последнее десятилетие накоплено большое количество фактов, согласно, которым добавление к бронхолитической терапии

планового лечения ингаляционными кортикостероидами (ИГКС) может применяться для лечения ХОБЛ [2].

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности шести месячной терапии «Серетидом» хронической обструктивной болезни легких.

Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов, страдающих ХОБЛ среднетяжелого и тя-

желого течения, находящихся на учете в ЦСМ №7 г. Бишкек. Средний возраст больных составил $55,5 \pm 7,0$ лет. В течение шести месяцев пациенты принимали серетид в дозе 500 ± 50 мкг 2 раза в сутки, с помощью ингалятора. До и после лечения все пациенты проходили исследование ФВД на аппарате «Master-Lab» (Германия). Анализировались показатели ЖЕЛ (л), ЖЕЛ (% должн.), ОФВ₁, ОФВ₁ (% должн.), ОФВ₁/ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ₁/ФЖЕЛ, МОС₂₅₋₇₅. Толерантность к физической нагрузке оценивалась по шести минутному шаговому тесту: измерялось пройденное расстояние в метрах, одышка по шкале Борга и сатурация с помощью пульсоксиметрии. Кашель и продукция мокроты оценивалась по 4-х балльной шкале: 0-отсутствие симптомов; 1-легкий кашель, малая продукция мокроты; 2-умеренный кашель;

3-умеренная продукция мокроты; 4-выраженный кашель, большая продукция мокроты. Исследование качества жизни выполнялось с применением респираторного опросника госпиталя Св. Георгия (SGRQ), согласно которому оценивали следующие домены: «симптомы», «активность», «влияние» и «общее качество жизни». Статистический анализ материала проводили с использованием критерия t Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. К концу третьего месяца лечения «Серетидом» отмечалось заметное улучшение (табл. 1), таких симптомов как кашель (с $2,03 \pm 0,14$ до $1,23 \pm 0,17$ баллов, $p < 0,02$), продукция мокроты (с $1,25 \pm 0,14$ до $0,85 \pm 0,11$ баллов, $p < 0,05$), а также одышка (с $1,48 \pm 0,22$ до $0,93 \pm 0,17$ баллов, $p < 0,01$).

Таблица 1

Динамика симптомов в процессе 6-месячного приема Серетид у больных ХОБЛ

Симптомы (в баллах)	До лечения	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
Кашель	$2,03 \pm 0,14$	$1,23 \pm 0,17^*$	$1,05 \pm 0,15^*$
Мокрота	$1,25 \pm 0,14$	$0,85 \pm 0,11^*$	$0,78 \pm 0,08^*$
Одышка	$1,48 \pm 0,22$	$0,93 \pm 0,17^*$	$0,80 \pm 0,17^*$

Примечание: * ($p < 0,05$)

Полученное к концу трех месячного лечения «Серетидом» достоверное урежение кашлевого синдрома сохранялось на протяжении всего лечебного периода, кроме того к концу полугод-

вой терапии «Серетидом» практически исчезла мокрота (с $1,25 \pm 0,14$ до $0,78 \pm 0,008$ баллов), уменьшилась длительность одышки (с $0,48 \pm 0,22$ до $0,80 \pm 0,17$ баллов, соответственно, $p < 0,01$).

Таблица 2

Динамика показателей ФВД и толерантность к физической нагрузке у больных ХОБЛ в процессе 6-ти месячного лечения «Серетидом»

№	Показатели	До лечения (n - 20)	Через 3 месяца (n - 20)	Через 6 месяцев (n - 20)
1.	ЖЕЛ (л)	$3,35 \pm 0,20$	$3,51 \pm 0,24$	$3,70 \pm 0,20$
2.	ЖЕЛ (% должное)	$88,22 \pm 4,81$	$88,56 \pm 4,26$	$96,06 \pm 4,04$
3.	ОФВ ₁	$2,07 \pm 0,14$	$2,30 \pm 0,19$	$2,54 \pm 0,15^*$
4.	ОФВ (% должное)	$66,44 \pm 4,16$	$72,08 \pm 5,14$	$81,13 \pm 4,62^*$
5.	ОФВ ₁ /ЖЕЛ	$61,01 \pm 2,64$	$69,56 \pm 3,15$	$68,9 \pm 2,92$
6.	ФЖЕЛ	$3,21 \pm 0,19$	$3,80 \pm 0,37$	$3,70 \pm 0,22$
7.	ОФВ ₁ /ФЖЕЛ	$57,92 \pm 5,14$	$68,50 \pm 1,51$	$69,40 \pm 2,61$
8.	МОС ₂₅	$3,01 \pm 0,29$	$3,59 \pm 0,36$	$3,65 \pm 0,24$
9.	МОС ₅₀	$1,91 \pm 0,16$	$2,28 \pm 0,33$	$2,49 \pm 0,21$
10.	МОС ₇₅	$0,99 \pm 0,09$	$1,15 \pm 0,17$	$1,20 \pm 0,09$
11.	МОС ₂₅₋₇₅	$1,64 \pm 0,15$	$2,0 \pm 0,19$	$2,12 \pm 0,17$
12.	6-мин. ходьба (м)	$336,4 \pm 11,0$	$357,4 \pm 13,7$	$376,4 \pm 13,6^*$
13.	Одышка в шаговом тесте (баллы)	$5,72 \pm 0,50$	$4,42 \pm 0,37$	$3,90 \pm 0,32^*$

Примечание: * ($p < 0,05$)

Менее демонстративными были изменения показателей ФВД, где лишь достоверно увеличились ОФВ₁ и ОФВ (% должн.) (с 2,07±0,14 до 2,54±0,15 баллов и с 66,4±4,16 до 61,13±4,62 баллов, p<0,01) соответственно. Положительные сдвиги субъективных симптомов с улучшением показателей ОФВ₁ и ОФВ₁ (%долж) сопровождалось возрастанием толерантности к физической нагрузке. Так, в шести минутном шаговом тесте (табл. 2) пройденное расстояние, по сравнению с исходными значениями, увеличилось к концу лечения в среднем на 40,1 м (p<0,05), при достоверном снижении одышки по шкале Борга с 5,7 до 3 баллов (p<0,05).

Через полугодие лечения «Серетидом» больных ХОБЛ в дозе 500±50 мг 2 раза в сутки продемонстрировано достоверное уменьшение

респираторных симптомов, увеличение показателей ОФВ₁ и толерантности к физической нагрузке. «Серетид» обладает протективным свойством в отношении респираторного эпителия, увеличивает мукоцилиарный клиренс, снижает бронхиальную гиперреактивность. Более того, «Серетид» взаимодействуя с эффекторными клетками воспаления снижает синтез лейкотриенов, подавляет генерацию кислородных радикалов, уменьшает активность эозинофилов и проницаемость капилляров [3,4].

Результаты оценки КЖс помощью опросника SGRQ до и через 6 месячной терапии «серетидом» представлены в таблице. Как видно из представленной таблице 3 качество жизни существенно улучшается после 6-ти месячной терапии «серетидом» больных ХОБЛ.

Таблица 3

Показатели качества жизни (опросник SGRQ)

Показатели (в баллах)	Исходно	Через 6 месяцев
Симптомы	78,1±2,7	57,0±4,1*
Активность	52,1±3,7	39,4±4,3*
Влияние	45,6±2,6	35,6±3,5*
Суммарная оценка	53,0±2,3	40,3±3,4*

Примечание: *(p < 0,001)

Таким образом, результаты наших исследований демонстрируют эффективность «Серетида» в терапии ХОБЛ.

Выводы

1. Длительная терапия «Серетидом» вызывает достоверное урежение кашлевого синдрома и улучшение бронхиальной проходимости у пациентов с ХОБЛ.

2. На фоне шести месячной терапии «Серетидом» отмечалось повышение толерантности к физической нагрузке, выявленное при шести минутном шаговом тесте.

3. «Серетид» выявил значимое улучшение качества жизни по всем шкалам респираторного опросника (SGRQ).

Литература

1. Глобальная стратегия: диагностика, Лечение и профилактика хронической обструктивной болезни легких. Доклад рабочей группы Национального Института сердца, легких и крови и Всемирной организации здравоохранения. //Краткое изложение. - 1998.
2. Чучалин А.Г. Белая книга. // Пульмонология. - 2004. 1.- С. 7-36.
3. Дворецкий Л.И. Хронические обструктивные заболевания легких место медикаментозной терапии. // В мире лекарств. - 2000.- 1.- С. 22-28.
4. Calverley P., Pauvels R., Vestlo J. et al. Seretid the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. Lancet. - 2003.- 361.- С. 449-456.

УЛГАЮДАН БОЛГОН ТОР КАБЫКТЫН МАКУЛОДИСТРОФИЯСЫНАН ЖАБЫРКАГАН АДАМДАР АЛЫП ЖҮРҮҮЧҮ ООРУЛАР

Сайдахметова Ч.Т., Чоңбашева Ч.К., Тилекеева У.М., Токтобаева А.А.*
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек, Кыргыз Республикасы
Ош мамлекеттик университетинин медициналык институту*

Корутунду. Бул макалада ретроспективдүү тандоонун негизинде 986 оорулуунун медициналык документи боюнча тор кабыктын макулодистрофиясынан жабыркагандарды коштоп жүрүүчү ооруларды дарылоого болгон комплекстүү аракеттер көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: жаш курактын макулодистрофиясы, коштоп жүрүүчү оору, дарылоо.

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У ЛИЦ С ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛОДИСТРОФИЕЙ СЕТЧАТКИ.

Сайдахметова Ч.Т., Чоңбашева Ч.К., Тилекеева У.М., Токтобаева А.А.*
Кыргызская государственная медицинская академия,
Медицинский институт Ошского государственного университета*.

Резюме. В данной статье на основании ретроспективного анализа медицинской документации 986 больных представлен спектр сопутствующих заболеваний у лиц, страдающих ВМД для обоснования комплексного подхода к лечению данной патологии.

Ключевые слова: возрастная макулодистрофия (ВМД), сопутствующие заболевания, лечение.

ACCOMPANYING PATHOLOGY AT PERSONS WITH AGE MACULA DEGENERATION RETINAS

Saidahmetova Ch.T., Chonbasheva C.K., Tilekeeva U.M., Toktobaeva A.A.*
The Kirghiz state medical academy, medical institute of the Osh State university*.

The resume. In given article on the basis of the retrospective analysis of the medical documentation of 986 patients the spectrum of accompanying diseases at the persons suffering AMD for a substantiation of the complex approach to treatment of the given pathology is presented.

Keywords: age macula degeneration retinas (AMD), accompanying diseases, treatment.

Введение. По данным ВОЗ, в связи с общим увеличением продолжительности жизни населения, особенно в развитых странах, наблюдается увеличение частоты заболеваемости возрастной макулодистрофией (ВМД) сетчатки, приводящей к стойкому снижению зрительных функций и слепоте [1]. Возрастная макулодистрофия сетчатки характеризуется поражением макулярной зоны, центральной зоны сетчатки в заднем ее полюсе [3]. За обменные процессы в центральной зоне сетчатки ответственна хориоидея. Сосуды сетчатки, хориоидеи и зрительного нерва обладают способностью к ауторегуляции, процессу который приспособливает глазной кровоток к функциональным потребностям органа зрения.

Система ауторегуляции глаза является составной частью общей системы регуляции организма и ее функционирование зависит от состояния общего кровотока [2], в том числе в сонных и моз-

говых артериях.

Поэтому среди многочисленных факторов риска ВМД выделяют состояния, сопровождающиеся изменением кровотока, а именно атеросклероз, артериальную гипертензию, изменения вегетативной нервной регуляции.

В условиях Кыргызстана имеются дополнительные неблагоприятные горно-климатические факторы, такие как высокогорная гипоксия, повышенный радиационный фон, холодные и другие факторы, также оказывающие воздействие на систему кровообращения [4].

Принимая во внимание вышесказанное целью нашего исследования явилось изучение структуры сопутствующей патологии у больных ВМД в зависимости от высот проживания на основании ретроспективного анализа медицинской документации для обоснования адекватных методов лечения.

Материалы и методы исследования.

Для выявления сопутствующей патологии нами проведен ретроспективный анализ медицинской документации 986 больных возрастной макулодистрофией (ВМД), находившихся на стационарном лечении, в отделениях микрохирургии глаза №1, №2 Национального госпиталя МЗ КР, глазного отделения Ошской областной территориальной больницы, глазного отделения Нарынской областной больницы МЗ КР, в период с 1992 по 2007гг. Изучению были подвергнуты данные историй болезней, а также амбулаторных карты изучаемых больных. Проведено тщательное изучение анамнеза больных о перенесенных заболеваниях, которое подкреплялось выписками, имеющимися в амбулаторных картах из различных медицинских учреждений г. Бишкек, в том числе из Национального центра кардиологии и терапии (КНЦК и Т), отделений неврологии и других подразделений Национального госпиталя МЗ КР.

Результаты и их обсуждение.

О наличии атеросклероза и других сопутствующих заболеваний судили по данным общепринятых клинических, лабораторных, рентгенологических и других инструментальных методов обследования.

К клиническим данным патологии сердечно-сосудистой системы относили характерные симптомы и синдромы, повышение уровней артериального давления (АД), различные нарушения ритма сердца и метаболические изменения миокарда по данным ЭКГ исследования.

Из лабораторных данных обращали внимание на липидный спектр крови. О нарушениях липидного обмена (дислипидемия) судили по уровням общего холестерина, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП-ХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП-ХС), триглицеридов (ТГ).

К рентгенологическим признакам атеросклероза относили изменения со стороны аорты и сердца: уплотнение и расширение аорты, состояние конфигурации сердца. Особое внимание уделяли данным ЭХО-КГ, включая дуплексное сканирование сонных артерий. О локализации атеросклероза в мозговых сосудах судили по данным осмотра невропатолога, характерных неврологических симптомах и реоэнцефалограмме головного мозга (РЭГ).

Проанализированы данные 986 больных с возрастной макулодистрофией в возрасте от 40 до 92 лет, средний возраст составил $68,5 \pm 7,3$ лет, из них мужчин было 439,7(44,5%), а женщин -546,2 (55,4%). Распределение больных по возрасту показано в таблице 1.

При изучении больных с возрастной макулодистрофией (ВМД) в зависимости от мест проживания (табл. 2) выявлено, что большинство проживали в условиях низкогогорья (Чуйская, Таласская, Ошская области), 760-1000м над уровнем моря, 729 человек (74%). В условиях среднегорья (Иссык-Кульская область, 2020м) проживал 91 человек (9,2%). Среди изучаемых больных оказалось 166 человек (16,8%) лиц из высокогорных районов (Нарынская область, > 3000м).

Анализ сопутствующей патологии, как видно из таблицы 2 показал, что 78% больных (701 человек) имели те или иные клинико-лабораторные признаки атеросклероза. Наиболее часто встречалась артериальная гипертония – у 516 человек (57,5%), церебральный атеросклероз обнаружен у 504 человек (56,1%), Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 375 человек (41,8%). Хронический бронхит определялся в основном у лиц проживающих в высокогорье 166 пациентов (60%), которые подвергались воздействию низких температур и высокогорной гипоксии.

Таблица 1.**Распределение больных по возрасту**

Возраст	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	70-79 лет	>80 лет	Всего
Количество больных	47	128	239	231	341	986

Как видно из таблицы 1 возрастная макулодистрофия сетчатки, чаще развивается у лиц старше 50 лет, значительно увеличиваясь в возрастной категории от 60 лет и старше. Распределение больных по местам проживания [5] и наличии сопутствующих патологий показано в таблице 2.

Другие сопутствующие хронические

заболевания, а именно хронический гастрит, хронический холецистит, хронический пиелонефрит, хронический простатит имели место у 315 человек (35,1%), что также необходимо учитывать, так как последние влияют на состояние вегетативной нервной системы.

Таблица 2

Распределение больных по месту проживания и наличии сопутствующих патологий

Всего	Низкогорье (760-1000), Чуйская, Ошская, Таласская области	Среднегорье (2020 м.) Иссык- Кульская область	Высокогорье (> 3000м) Нарынская область
986 (100%)	729(73,9%)	91 (9,2%)	166 (16,8%)
Те или иные явления атеросклероза 701 человек (71%):			
ИБС -375человек(41,8%) (ишемическая болезнь сердца)	304 человек (81,1% %)	51 человек (13,6%)	20 человек (5,3)
Артериальная гипертония 516 человек(57,5%)	426 человек (82,5%)	49 человек (9,5%)	41 человек (7,9%)
Церебральный атеросклероз 504 человек (56,1%)	415 человек (82,3%)	63человек (12,5%)	26 человека (5,2%)
Прочие заболевания (холецистит, гастрит, пиелонефрит)315 человек (35,1%)	262 человек (83,2%)	25 человек (7,9%)	28 (8,8%)
Хронический бронхит 276 (28%)	47 (17%)	63 (23%)	166 (60%)
Сочетанная патология 494 человек (55%)	423 (85,6%)	34 (6,8%)	37 (7,5%)

Наибольшее число больных с ВМД и сопутствующей патологией проживало в условиях низкогорья, что объясняется миграцией лиц пожилого возраста в связи с ухудшением самочувствия из условий среднегорья и высокогорья в условия низкогорья.

Выводы

1. Увеличение частоты встречаемости ВМД у лиц низкогорья связано с миграцией лиц старше 70 лет в низкогорье из-за сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы.

2. ВМД часто ассоциируется с ИБС, артериальной гипертонией, церебральным атеросклерозом и другими заболеваниями внутренних органов.

3. Разработка лечебных мероприятий при ВМД должна проводиться с учетом сопутствующей патологии и включать препараты, улучшающие гемодинамические и метаболические процессы.

Литература

1. Егоров Е.А., Стрижкова А.В., Рабаданова М.Г., Ставитская Т.В., Гурьева Н.В. Современные представления об этиопатогенезе, диагностике и клинической картине возрастной макулярной дегенерации. Клиническая офтальмология. Том 5, № 4, 2004. - С. 140.
2. Лупинская З.А. Эндотелий сосудов-основной регулятор местного кровотока. Вестник КРСУ, 2003. том 3, №7. - С.107.
3. Мошетова Л.К., А.П.Нестеров, Егоров Е.А. Офтальмология Клинические рекомендации. Москва. «ГЭОТАР-Медиа». 2006. - С.164.
4. Миррахимов М.М., Гольдберг П.Н. Горная медицина. 1978.
5. Энциклопедия. Киргизская советская социалистическая республика Фрунзе- 1982. - С.41.

АДАМДЫН ДЕМ АЛУУ ЖОЛДОРУНУН ИММУНДУК АППАРАТЫНЫН ТҮЗҮЛҮШҮ

Шаршембиев Ж.А., Сапакунова К.Ш.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Ар түрдүү ички органдардын лимфоиддик ткандар иммундук реакцияларга катышуу менен коргоочу кызматты аткарышат. Лимфоиддин жайгашуусу иммундук процесске катышуу деңгээли жана мүнөзү менен байланыштуу.

Негизги сөздөр: морфология, лимфа түйүнчөлөрү, кекиртек, трахея, бронхтор.

СТРУКТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИММУННОГО АППАРАТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЧЕЛОВЕКА

Шаршембиев Ж.А., Сапакунова К.Ш.

Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Лимфоидная ткань различных внутренних органов осуществляет защитную функцию, участвуя в иммунных реакциях. Локализация лимфоидных образований связана с характером и степенью участия их в иммунных процессах. Гистологически представляется важным детальное описание микроскопической картины лимфоидной образований внутренних органов, включая слизистые оболочки дыхательных путей.

Ключевые слова: морфология, лимфоидные узелки, гортань, трахея, бронхи.

STRUCTURAL ORGANIZATION OF IMMUNE APPARATUS IN HUMAN RESPIRATORY TRACT

Kyrgyz State Medical Academy. Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Lymphoid tissue of different internal organs carries out protective function, participating in immune reactions. Localization of lymphoid structures is connected with character and degree of their participation in immune processes. Histological details is important for description of microscopic picture of lymphoid structures in internal organs, including mucous layers of respiratory ways.

Key words: morphology, lymphoid follicles, pharynx, trachea, bronchi.

Знакомство с научной литературой о морфо-функциональной характеристике стенок гортани позволило нам прийти к выводу, что наименее исследованными элементами являются, видимо, рассеянные в её стенках лимфоидные образования.

Морфологическим субстратом, как известно, поддерживающим постоянство внутренней среды организма путем специфических и неспецифических иммунных реакций, является лимфоидная ткань, расположенная в стенках полых внутренних органов. Многочисленные работы, посвященные изучению её функций, строению в норме и эксперименте позволяют иметь четкие представления о лимфоидных органах человека и животных [1-13]. Расположение лимфоидных образований весьма разнообразно, их локализация тесным образом связана с характером и степенью участия их в иммунных процессах [14,15]. Многие исследователи полагают, что одни лимфоидные органы выступают в качестве непосредственного

субстрата иммунных реакций, тогда как другие управляют иммунной реактивностью первых и также являются участниками иммунных процессов [16]. На слизистые оболочки внутренних органов и гортани, в частности, воздействуют разнообразные факторы внешней среды (микроорганизмы, пищевые антигены и другие чужеродные вещества).

В процессе исторического развития организмов эти воздействия привели к возникновению и функционированию в толще стенок внутренних органов механизмов, препятствующих проникновению и распространению в глубину стенки антигенного материала [5]. Именно лимфоидная ткань осуществляет защитную функцию в стенках дыхательных путей, участвуя в иммунных реакциях [2].

С гистологической точки зрения, термином «лимфоидная ткань» принято обозначать структуру, осуществляющую выработку лимфоцитов. Во всех лимфоидных органах наряду с собствен-

но лимфоидной тканью содержится значительное количество ретикулоэндотелиальных элементов и их производных, а также множество переходных клеток различного типа. В некоторых органах (тимус, миндалина, фабрициева сумка) лимфоидная ткань образует сложный комплекс с эпителиальными структурами и их производными, а в других органах присутствует лишь в виде рассеянных элементов и скоплений.

У млекопитающих и в частности у человека лимфоидная ткань, помимо лимфатических узлов, селезенки и тимуса, рассеяна также в слизистой оболочке кишечника (пейеровы бляшки, солитарные фолликулы и др.), в области глотки (миндалина) и т.п. Некоторые авторы отмечают скопление лимфоидной ткани также под слизистой оболочкой мочеполювых путей, желудка, бронхов, в почках и коже. В настоящее время установлено, что эти находки являются свидетельством нормального присутствия лимфоидной ткани в указанных органах. Хорошо известно, что очаги лимфоидной ткани чрезвычайно легко появляются в различных органах при хронических воспалительных процессах. Известно, что бактериальные реагенты являются естественным стимулятором развития лимфоидной ткани в таких органах, как кишечник и т.п. Неправильно было бы приписывать развитие лимфоидной ткани в кишечнике и в других органах исключительно бактериальным факторам. Так, в частности, Jenkinson E. (1981г.) обнаружил появление лимфатических фолликулов в червеобразном отростке у 7-8- месячного плода, т.е. в условиях полной асептики.

Гортань является отделом верхних дыхательных путей, который в силу своих анатомо-физиологических особенностей постоянно подвергается агрессии со стороны факторов окружающей среды. По данным Хрусталева Е.В. (2005г.), в многочисленной литературе, посвященной этиологии и патогенезу заболеваний гортани, этот орган, как на конкретный участок общей иммунной системы слизистых оболочек ранее не рассматривался.

Термин «общая иммунная система слизистых оболочек» часто встречается в литературе. При этом подразумевается, что лимфоэпителиальные барьеры дыхательного и пищеварительного трактов, мочеполювой системы, а также слизистая оболочка глаз и среднего уха образуют единую систему защиты от экзогенных антигенов путем выработки иммуноглобулинов [1, 8].

Важным моментом концепции общности им-

мунной системы слизистых оболочек является представление о том, что нормальные лимфоэпителиальные барьеры в определенной степени проницаемы для антигенов. Именно клетки предшественники, образовавшиеся в месте антигенной нагрузки, мигрируют через лимфо- и кровотоки в слизистые оболочки других органов. Таким образом, обеспечивается единство слизистых оболочек, секретирующих антитела при попадании антигена, сенсибилизирующего лимфоциты в месте первоначального с ними контакта [11, 16].

По данным Сапина М.Р. и Этинген Л.Е. (1996г.) скопление лимфоидной ткани (лимфоидные узелки) располагаются в слизистой оболочке дыхательных путей, под покровным эпителием, на разном расстоянии от него, что зависит от возраста, а также функционального состояния организма. На окрашенных гистологических срезах стенок трахеи и крупных бронхов видно, что скопление лимфоидной ткани не всегда имеют четкие границы, характерные для лимфоидных узелков. Довольно часто пишут авторы, размытость контуров позволяет рассматривать их как не полностью сформировавшиеся лимфоидные узелки, и центров размножения эти лимфоидные скопления не имеют. В 1988 году Hashimoto Y., Komuro T. электронно-микроскопически показали, что в составе лимфоидных структур (лимфоидных узелков) имеется полоска лимфоидной ткани непосредственно прилегающая к эпителию воздухоносных путей. Она содержит моноциты, фибробласты, ретикулярные клетки, макрофаги и небольшое число плазматических клеток. В центре скопления лимфоидной ткани и в их периферических отделах находятся одни лимфоциты, среди которых изредка встречаются ретикулярные клетки.

В литературе имеются указания, что эпителий лежащий над лимфоидными скоплениями, имеет особое строение, якобы в нем есть промежутки, щели, получившие название «открытые рты». По мнению Erich W. (1982г.) через эти промежутки частицы пыли, лимфоциты и макрофаги проникают в просвет бронхов, антигены контактируют с иммунокомпетентными клетками лимфоидных скоплений. По данным Brandtzaed P., Jahnsen F.L., Farstad I.N. et al. (1998г.) покровный эпителий дыхательных путей инфильтрирован большим количеством лимфоцитов (20% Т-клеток и 50% - 80% В-клеток, среди которых преобладают носители Ig A и Ig M). Как считают Bienenstock J.D., Befus D. (1984г.) В-лимфоциты являются предшественниками плазматических, а Т-лимфоциты, имеют рецепто-

ры IgA выполняют роль хелперов в дифференцировке В-лимфоцитов в IgA, продуцирующие клетки. Упомянутые Т- и В-клетки специфической локализацией не обладают. Нередко в покровном эпителии присутствуют и плазматические клетки.

В гортани изучены железы, которые вырабатывают секреторные компоненты и факторы местной защиты. Железы слизистой оболочки дыхательных путей являются сложными образованиями, которые играют значительную роль в физиологии дыхания. Секрет, который выделяют железы, увлажняет, очищает, обогревает проходящую воздушную струю [5], и с другой стороны действует бактериостатически на многие виды микробов и оказывает влияние на всасывательную способность слизистой оболочки [3]. У новорожденных железы слизистой оболочки гортани в макро- и микроскопическом поле зрения уже сформированы. В разных отделах гортани железы располагаются неравномерно. В слизистой оболочке голосовых складок железы не обнаружены. По мере роста и развития желез их секреторные отделы увеличиваются в размерах, усложняется их структура и удлиняются выводные протоки [4]. В детском и юношеском возрасте значительно увеличиваются количество белковых отделов, которые или самостоятельно входят в состав железы, или располагаются по периферии в виде полулуний [6]. Если сопоставить в онтогенезе общие иммунные свойства организма и местный специфический иммунитет слизистой оболочки дыхательных путей человека, с секрецией желез слизистой оболочки гортани, то устанавливается закономерность - выработка иммунитета, связана с секрецией белковых желез. Это предположение подтверждается появлением в секрете белковых отделов желез сиаловых кислот, наиболее активных носителей иммунных белков.

Топография желез слизистой оболочки гортани была изучена [7] в области края надгортанника, черпало-надгортанных складок; железы расположены в два слоя, поверхностный и глубокий. Они имеют округлую, овальную и многодолевую формы. Главные отделы желез поверхностного слоя прикрывают собой выводные протоки. Устья протоков желез, как отмечают авторы, открываются в сторону свободных краев надгортанника и черпало-надгортанных складок. В этой области выводные протоки желез идут под углом к поверхности слизистой оболочки. К области желудочковых складок примыкают железы оснований надгортанника и нижней трети черпало-

надгортанных складок, которые вместе с железами самих желудочковых складок образуют большое их скопление. Железы желудочков гортани, по данным литературы, многочисленны и расположены в два слоя. Железы многодолевые, выводные протоки желез верхней стенки, прилегающие к желудочковым складкам направлены в сторону последних и открываются устьями округлой или овальной формы. В подголосовой области железы образуют мощный пласт, образующий поверхностные и глубокие слои. Форма желез округлая, овальная, неправильно многоугольная. Главные отделы желез поверхностного слоя прикрывают собой выводные протоки желез нижнего слоя. Выводные протоки желез, которые расположены непосредственно под голосовыми складками, направлены в сторону последних. Железы надгортанника начинают закладываться у зародыша 10 недель. Секреторные процессы в них начинают в возрасте 31/2 месяцев по слизистому типу. Белковые отделы желез появляются в возрасте 5 S месяцев.

Таким образом, многочисленные факты, говорящие о наличии в слизистой оболочке гортани, хорошо сформированных желез с белковым секретом должны были бы предполагать присутствие в этих местах также и лимфоидных образований, в том или ином виде. Известно, что в белковом продукте желез гортани содержится секреторный компонент, который посредством j-цепи соединяется в единую структуру с иммуноглобулинами класса A (Ils ig A), которым принадлежит ведущая роль в функционировании общей иммунной системы слизистых оболочек внутренних органов. Однако в научной литературе нам не удалось обнаружить сведений о лимфоидных образованиях в стенках гортани. Отсутствуют данные о микроскопической организации этих структур, о локальных особенностях их топографии в различных зонах органа. В доступной литературе нет морфометрических данных о лимфоидных образованиях в слизистой оболочке гортани.

В результате наших исследований мы предполагаем устранить данный пробел касающийся морфологической организации иммунного аппарата гортани. Наличие современной информации о морфологии и морфометрии лимфоидных образований гортани позволят нам иметь целостное представление о закономерностях структурной организации иммунного аппарата дыхательных путей, как одного из важных звеньев периферического отдела иммунной системы человека.

Литературы.

1. Беляков И.М. Иммунология. М.: Медицина, 1997г. - С.7-12.
2. Быкова В.П. Иммунологический барьер слизистых оболочек ЛОР-органов. // Актуальные вопросы патологии ЛОР-органов. /Тез.докл./ VI Моск.гор.научн.-практ.конф.оторинологов. -М. -1988., С.3-4.
3. Рахметов А.С. Железы слизистой оболочки гортани новорожденных и детей. Труды / Харьк. мед. ин-т / 1969. Т.88. - С. 248-253.
4. Рахметов А.С. К вопросу о железах желудочковых складок гортани человека и некоторых млекопитающих животных. XX научн. конф. посвящ. вопр. морфологии... краевой патологии и реабилитации больных /Тез. докл./ Семипалатинск, 1974. - С. 16-17.
5. Сапин М.Р., Этинген Л.Е. Иммунная система человека. М.: Медицина, 1996 г., - 304. с.; ил., - С. 20-22
6. Саркисова Е.Г. Гистоструктура возрастных изменений голосовой связки человека. Материалы 1-й Закавказ. конф. морф. Тбилиси, 1975. - С. 206-208.
7. Сичевой В.П. Морфофункциональная характеристика секреторного аппарата гортани в период новорожденности, детском и юношеском возрасте. Основные закономерности роста и развития детей и критерии периодизации. Одесса, 1975. - С. 218-219.
8. Хрусталева Е.В.Изменения состояния иммунной системы у больных раком гортани с различной выраженностью опухолевого процесса. /Вестник оториноларингология.-2005, № 4. - С. 22-24.
9. Bienenstock J., Befus D. Gut – and Bronchus-Associated- Lymphoid Tissue // Amer.J. Anat.-1984.-V.170-№3. P.437-445.
10. Brandtzaed P., Jahnsen F.L., Farstad I.N. et all. Folia Otorhinolaryngol Pathol Respirator. 1998; 4; 1; 2; - P. 74-80.
11. Eccles R.Eur arch Otorhinolaryng.- 1995- 252;Suppl.1:2-5.
12. Erich W. The regulation of mucosal immunology system //J. Allergy Clin. Immunol. 1982. Vol. 70, № 4. – P. 225-230.
13. Jenkinson E. Embriology of lymphoid system // Prog. Allergol. 1981.- v. 29.- P. 2-27.
14. Komuro T., Hashimoto J. Three-dimensional structure of the rat intestinal wall (mucosa and submucosa) //Arch. Histol and Cytol. 1990. V.53, № 1. -С. 1-21.
15. Hashimoto Y., Komuro T. Cells and tissues of Respiratory system. 1988. №1, - P. 254.
16. Pirkorn U., Karlsson G., Enerback L.J. Allergy Clin. Immunol.-1988, 81p.

МИЛЬГАММАНЫН БЕЛ ОМУРТКА ДИСК ЧУРКУ ООРУУСУН КОМПЛЕКСТУУ ДАРЫЛООДОГУ МААНИСИ

Ырысов К.Б.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Мильгамма бел омуртка диск чуркусуна жапа чеккен 200 бейтапты дарылоодо колдонулган. Колдонуу мөөнөтү 14-21 күндү түзгөн. Толук клиникалык эффект 1-3 күндүн ичинде жетишилген. Жеке клиникалык тажрыйбанын жана мильгамманын артыкчылыктарын эске алуунун негизинде биз бул дарыны неврологиялык жана нейрохирургиялык практикада колдонууга кенеш беребиз.

Негизги сөздөр: мильгамма, диск чуркусу, бел ооруусу, рефлектордук-тоникалык синдром, дарылоо.

МИЛЬГАММА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Ырысов К.Б.

Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Препарат мильгамма был использован нами при лечении 200 больных с грыжами поясничных межпозвонковых дисков. Длительность применения данного препарата составляла 14-21 дней. Полноценный клинический эффект после применения мильгаммы наступал в течение 1-3 суток. Учитывая вышеуказанные преимущества мильгаммы на основе собственного клинического опыта, мы считаем это эффективным препаратом среди многочисленных витаминсодержащих лекарственных форм и рекомендуем широкое применение данного препарата в клинической неврологической и нейрохирургической практике.

Ключевые слова: мильгамма, грыжи дисков, болевой синдром, рефлекторно-тонический синдром, лечение.

MILGAMMA IN COMPLEX MANAGEMENT OF PATIENTS WITH LUMBAR DISC HERNIATIONS

Yrysov K.B.

Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Milgamma has been used in management of 200 patients with lumbar disc herniation. Duration of the Milgamma taking was 14-21 days. Complete clinical effect has been achieved in 1-3 days. According to own clinical experience and keeping in mind the advantages of Milgamma, we advise to use this preparation broad in neurological and neurosurgical practice.

Key words: Milgamma, Disc herniations, backache, reflectory-tonic syndrome, management.

Целенаправленная и патогенетически обоснованная терапия остеохондроза позвоночника с неврологическими проявлениями, проводимая с учетом стадии и характера патологического процесса, а также с использованием новых более эффективных средств позволяет улучшить результаты лечения и предотвратить возникновение обострений.

Причиной обострения болевого и мышечно-тонического синдромов у пациентов, по нашим данным, нередко являлась чрезмерная физическая нагрузка (47±3,8%), реже - переохлаждение (27,6±3,4%) и травма (14,1±2,7%). В единичных случаях - резкое движение (4,7±1,6%), сочетание физической нагрузки и переохлаждения (2,9±1,3%).

Клинические синдромы компрессионных радикулопатий определялись согласно критериям, предусмотренным в современной классификации вертеброгенных (спондилогенных) заболеваний нервной системы [1,2,3,4]. Самую многочисленную группу составили пациенты с корешковыми синдромами - (80,6±3,0%). Клинические проявления при данной патологии предопределяются, прежде всего, топографией пораженного корешка, но, кроме того, существует целый комплекс симптомов, определяемых при любой локализации и стадии дегенеративного процесса.

Болевой синдром является основным проявлением заболевания и приоритетной причиной обращения к врачу. В нашей выборке болевой синд-

ром различной интенсивности регистрировался на момент обращения у 100% больных. Боли такого же характера, как и на момент обращения в клинику отмечались в анамнезе у $61,03 \pm 3,7\%$ пациентов.

Чаще отмечалась классическая клиническая картина: пациент испытывает острейшую боль в пояснице, которая возникает немедленно или через некоторое время после воздействия иницирующего фактора. Если пациент из-за боли не может стоять, то он лежит с согнутой и приведенной к животу больной ногой. Характер боли может быть разным: ноющим, ломящим, тянущим, жгучим. Обычно они возникают в одной ноге, сравнительно редко - в обеих. Боль усиливается при движении, натуживании, подъеме тяжести, сидении в глубоком кресле, длительном пребывании в одной позе, кашле, чихании, надавливании на яремные вены, проведении пробы Вальсальва и ослабевает в покое. Кроме того, усиление боли происходит при выполнении следующих приемов: сгибании головы (из-за натяжения твердой мозга оболочки); сгибании, разгибании и ротации больной ноги (из-за натяжения корешка) [5,6,7].

Интенсивность болевого синдрома может быть различной: от более слабой интенсивности, которые существенно не отражаются трудоспособности больного, до настолько резко выраженных, что малейшее движение приводит к возникновению боли, пациенты не в состоянии только ходить, но даже переворачиваться в постели. Интенсивные боли чаще наблюдаются в начальном периоде заболевания. Однако у некоторых пациентов они могут отмечаться и более длительное время [8,9,10].

Дифференцированная терапия неврологических проявлений грыж поясничных межпозвоночных дисков, проводимая с учетом стадии и характера патологического процесса, позволяет повысить эффективность лечения и предотвратить возникновение обострений. Этиотропное лечение остеохондроза позвоночника пока ещё не разработано, поэтому ведущая роль отводится методам патогенетической терапии, которая должна быть комплексной, поэтапной, с сочетанием медикаментозных и физиотерапевтических методов. В динамике заболевания течения патогенетической ситуации и порожденные ими клинические синдромы изменяются, и требует умелого маневрирования лечебным процессом.

В условиях нашей клиники нейрохирургии

использовали различные способы консервативного лечения. Подбор методов лечения проводился на основной стадии процесса, его выраженности, локализации, интенсивности болевого синдрома, наличии вертеброгенных нарушений и индивидуальных особенностей.

Одно из первых мест в лекарственной терапии вертеброгенных и миофасциальных болевых синдромов занимают медикаментозные средства. В последние годы их арсенал пополнился значительным числом новых лекарственных форм и к настоящему времени включает более 100 наименований. При таком количестве препаратов важно решить вопрос о рациональном выборе средства и способа его применения. Лекарственные средства должны быть включены в комплексное лечение как можно раньше - в 1-2-сутки от начала заболевания.

Разработки новейших лекарственных средств, применяемых в терапии болевых синдромов остеохондроза поясничного отдела позвоночника, ведутся в направлении соответствия их следующим требованиям: во-первых, препарат должен обладать мощным противовоспалительным, противоотечным и обезболивающим эффектом; во-вторых, диспептическое, ulcerогенное, гипокоагуляционное, астматическое, аллергическое и другие побочные действия должны быть сведены к минимуму; в-третьих, препарат должен быть быстродействующим.

Применение для лечения болевых синдромов при остеохондрозе позвоночника, при послеоперационном ведении больных с грыжами межпозвоночных дисков, а также синдрома неудачных операций (FBSS) нового препарата мильгамма фирмы "Woerwag Pharma" показало высокую эффективность данного лекарственного средства и соответствия его требованиям клиницистов.

В составе мильгаммы имеются нейротропные витамины группы В, которые оказывают благоприятное воздействие на воспалительные и дегенеративные заболевания нервов и двигательного аппарата. Они применялись нами не для устранения дефицитных состояний, а в высоких дозах для анальгетического воздействия, способствуя усилению кровотока и нормализуя работу нервной системы. В клинической практике мильгамма применяется в качестве лекарственного средства для симптоматической терапии различных заболеваний нервной системы: невриты, невралгии, полинейропатии - диабетическая, алкогольная и др., миалгии, корешковые синдромы, ретробульбар-

ные невриты, опоясывающий герпес, парезы лицевого нерва, а также при системных неврологических заболеваниях, обусловленных доказанным дефицитом витаминов В1 и В6.

Мильгамма была использована нами при комплексном лечении болевого и мышечно-тонического синдромов у 200 больных с грыжами поясничных межпозвонковых дисков в дозе 2,0 мл в сутки внутримышечно. Длительность применения данного препарата составляла 14-21 дней. Далее мы рекомендовали пероральный прием препарата в течение одного месяца. Следует отметить, что полноценный клинический эффект после приема мильгаммы наступал в течение 1-3 суток и длился продолжительное время. Побочных действий при приеме мильгаммы у наших пациентов мы не отмечали. Регресс болевого и рефлекторно-тонического синдрома у пациентов с болевым синдромом в большинстве наблюдений отмечался на 3-е сутки, а у остальных - на 5-7 сутки после применения данного препарата.

Учитывая вышеуказанные преимущества мильгаммы на основе собственного клинического опыта, мы считаем это средство препаратом выбора среди многочисленных лекарственных форм при комплексном лечении болевого и мышечно-тонического синдромов у больных с грыжами поясничных межпозвонковых дисков и рекомендуем широкое применение данного препарата в клинической неврологической и нейрохирургической практике.

Литература

1. Алдабергенова А.Б. Клинико-лучевая диагностика поясничного остеохондроза и оценка эффективности дифференцированных методов лечения

компрессионных радикулопатий: Дис... канд. мед. наук: 14.00.13 / ЗКГМА. - Актобе, 2004.-104 с., табл.

2. Гельфенбейн М. С. Международный конгресс, посвященный лечению хронического болевого синдрома после операций на поясничном отделе позвоночника «Pain management '98» (Failed back surgery syndrome) // Нейрохирургия, 2000. - № 1-2. - С. 65.

3. Долгий А.С., Бодраков Н.К. Опыт хирургического лечения больных с грыжами пояснично-крестцового отдела позвоночника в клинике нейрохирургии // Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии. - Ростов н/Д., 1999. - С. 145.

4. Мамытов М.М., Эстемесов К.Э. Пути уменьшения экономических потерь и оценка результатов хирургического лечения больных грыжей поясничных межпозвонковых дисков // Здравоохранение Кыргызстана. - 1992, №2. - С.48-52.

5. Ырысов К.Б. Особенности нейрохирургического лечения осложненных форм грыж поясничных межпозвонковых дисков: Автореф. дис...канд. мед. наук: 14.00.27, 14.00.28. - Бишкек, 2000. - 25с.

6. Эстемесов К.Э. Эффективность хирургического лечения грыжи поясничных межпозвонковых дисков в зависимости от доступа и способов их удаления. // Дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 1995.-178с.

7. Bernard J.N. Jr. Repeat lumbar spine surgery. Factors influencing outcome // Spine. - 1999. - Vol.18, N5. - P.2196-2200.

8. Hidalgo-Ovejero AM, Garcia-Mata S, Sanchez-Villares JJ, Lasanta P, Izco-Cabezón T, Martínez-Grande M. L5 root compression resulting from an L2-L3 disc herniation. Am J Orthop. 2003 Aug;32(8):392-4.

9. Jonsson B., Stromqvist B. Repeat decompression of lumbar nerve roots. A prospective two-year evaluation // Journal of Bone and Joint Surgery. - British volume. - 1998.- Vol. 75, №6.- P.894-897.

10. Walker S., Cousins M.J. Failed Back Surgery Syndrome // Australian Family Physician.-2001.-Vol. 23, N12. - P. 2308-2314.

БАШ МЭЭСИНЕ ГИПЕРТЕНЗИВДҮҮ КАН КУЮЛГАН АДАМДЫ ДААРЫЛООДОГУ ПРОГНОСТИКАЛЫК КРИТЕРИЙЛЕР

Ырысов К.Б., Мамытов М.М., Турганбаев Б.Ж..

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Ретроспективдүү тандоо жүргүзүүнүн негизинде баш мээсине гипертензивдүү кан куюлган 249 адамга ICH шкаланын жана Глазго шкаланын жардамы аркылуу оорунун келип чыгышы изилденди. Алынган маалыматтардын салыштырмалуу анализи ICH шкаласы боюнча оорунун күчөгөнүн көрсөттү. Мындан сырткары бул дарт менен ооругандарды дарылоонун хирургиялык жана консервативдик ыкмаларына салыштырмалуу анализ жүргүзүлдү. ICH шкаласынын баасы боюнча 0 баллдагы оорулуларды консервативдик ыкма менен, ал эми 1 же 2 балдагы оорулулардын инсульт-гематомдорун тезинен алып салуу зарыл экендигин көрсөттү.

Негизги сөздөр: баш мээнин ичине кан куюлуу, хирургия, консервативдүү дарылоо, прогноз.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРИ ВЫБОРЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Ырысов К.Б., Мамытов М.М., Турганбаев Б.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия, кафедра нейрохирургии

Резюме. На основе ретроспективного анализа 249 случаев гипертензивных внутримозговых кровоизлияний изучена достоверность ICH шкалы при прогнозировании исхода заболевания с помощью шкалы исходов Глазго. Сравнительный анализ полученных данных показал, что увеличение балльной оценки по ICH шкалы прямо коррелировало с ухудшением исхода заболевания. Также проведен сравнительный анализ результатов хирургических и консервативных методов лечения в данной популяции больных. Полученные данные показали, что больных 0 баллов по оценке ICH шкалы следует лечить консервативным методом, больным с ICH 1 и 2 баллами необходимо решить вопрос об экстренном оперативном удалении инсульт-гематомы в раннем периоде заболевания.

Ключевые слова: внутримозговое кровоизлияние, хирургия, консервативное лечение, прогноз.

PROGNOSTIC CRITERIAS IN CHOOSING OF TREATMENT IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE INTRACEREBRAL HEMORRHAGE

Keneshbek Yrysov, Mitalip Mamytov, Bakytbek Turganbaev.

Kyrgyz State Medical Academy, department of Neurosurgery

Resume. On the basis of retrospective analysis of 249 cases with hypertensive intracerebral hemorrhage, trustworthiness of ICH Score in the prognosis of disease outcome was tested using Glasgow Outcome Scale. Comparative analysis of data showed that increasing marks by ICH Score was correlating with worsening of disease outcome. Also comparative analysis of results of the surgery and conservative treatment methods is conducted. The data showed that patients with 0 point marked by ICH Score should be treated using conservative method, for patients with ICH 1 and 2 points necessary urgent surgery for extracting intracerebral hemorrhage in the early period of the disease.

Key words: intracerebral hemorrhage, surgery, conservative treatment, prognosis.

Введение. Гипертензивное внутримозговое кровоизлияние (ГВМК) составляет 4-14% всех инсультов и сопровождается высокой летальностью [1-10]. После перенесенного ГВМК у 32- 50% больных отмечается летальный исход в течение первого месяца. Только 20 % больных после шести месяцев от начала заболевания излечиваются

и возвращаются к прежнему образу жизни [4,5]. Имеются несколько клинических и рентгенологических, прогностически неблагоприятных факторов ГВМК. К ним относятся: возраст больного, уровень сознания, артериальная гипертензия, объем и локализация гематомы, объем перифокального отека, смещение срединных структур по

данным первичной компьютерной томографии (КТ) и прорыв крови в желудочковую систему головного мозга [6,7]. Однако исследования по определению прогностически значимых факторов исходов при ГВМК встречаются в литературе редко [8]. Несмотря на достигнутые успехи в лечении ишемического инсульта и субарахноидального кровоизлияния, выбор терапии при ГВМК остается спорным. Изучение результатов хирургического и консервативного методов лечения ГВМК не показало четких преимуществ того или иного метода [3, 6-10]. Не решенным остается вопрос своевременного определения показаний к оперативному удалению инсульт-гематомы.

Целью данного исследования явилось изучение доступных прогностических факторов для определения тактики лечения и показаний к хирургическому вмешательству у больных с ГВМК.

Материалы и методы. Исследование основано на ретроспективном анализе исхода заболевания у больных с ГВМК, находившихся на лечении за период с 2000 по 2007гг. с помощью шкалы исходов Глазго (ШИГ).

По данным анализа историй болезней, только в 249 случаях имело место возможность полной оценки ИСН шкалы. В изучаемой группе больных мужчин было 150, женщин - 99. Возраст больных колебался от 15 до 84 лет (средний возраст - 59,6 лет). Больные возрастом старше 80 лет - 9 (3,6%). По данным неврологического осмотра при поступлении больных, произведена оценка угнетения уровня сознания по шкале ком Глазго (ШКГ): 3-4 баллов - у 98 (39,3%) больных, 5-12 баллов - у 111 (44,6%) и только у 40 (16,1%) больных - 3-4 балла. Для вычисления объема гематомы использована специальная программа - VOI measurement на компьютерном томографе по данным первичного КТ исследования головного мозга. Область локализации инсульт-гематомы, а также наличие прорыва крови в желудочки мозга также определены по данным первичного КТ исследования головного мозга.

Результаты и их обсуждение. Средний объем инсульт-гематомы в популяции больных составлял 31,8см. У 84 (33,8%) больных объем гематомы оказался больше 30см. В 89 (35,7%) случаях имел место прорыв крови в желудочки мозга. В 17 (6,9%) случаях гематома локализовалась субтенториально. 63 (25,3%) больным произведены оперативные вмешательства: в 50 случаях удаление инсульт-гематомы традиционным трансцереб-

ральным методом и в 7 случаях дренирование желудочковой системы головного мозга. Общая летальность составляла 17,8%.

В группе больных с ИСН 0 баллов - 4 (80,0%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы разной локализации и 1 (20,0%) больному установлен длительный наружный дренаж по Арентду через передний рог правого бокового желудочка, в связи с имеющейся окклюзионной гидроцефалией. Во всех случаях объем инсульт-гематомы, по данным КТ исследования, оказался менее 30,0см. При этом следует отметить, что отбор больных для проведения оперативного вмешательства не основался на определенных стандартах, а определялся по индивидуальным показаниям, с учетом объективных и субъективных показателей. Сравнительный анализ результатов показал, что исход заболевания при консервативном лечении у больных с ИСН 0 баллов значительно благоприятнее, чем после хирургического вмешательства.

В группе больных с ИСН 1 балл, 16 (88,8%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы и 2 (11,2%) больным наружное дренирование по Арентду. А в группе больных с ИСН 2 балл 16 (100%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы разной локализации. В результате сравнительного анализа результатов выяснено, что после оперативного удаления инсульт-гематомы благоприятный исход превалировал в отношении исхода у больных, пролеченных консервативно. В группе больных с ИСН 3 балла, 14 (82,3%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы разной локализации и 3 (17,7%) больным установлен длительный наружный дренаж по Арентду. В группе больных с ИСН 3 балл, исход заболевания оказался неблагоприятным и при консервативном лечении, и после удаления инсульт-гематомы.

Больные в группе с ИСН 4 балл, пролечены только консервативным методом, в связи с чем, провести сравнительный анализ результатов лечения консервативных и оперативных методов не удалось.

В популяции больных с ГВМК встретился только 1 больной с ИСН 5 баллов, которому проведено наружное дренирование боковых желудочков через передние рога по Арентду. В данном случае исход оказался летальным.

В исследуемой популяции больных с ИСН 6 баллов не отмечалось. В случаях с ИСН 5 и 6 баллов провести оценку результатов лечения не

представлялось возможным, из-за недостаточного количества больных в исследуемых группах.

Выводы. ICH шкала действительно является простой, доступной для практикующего врача и достоверной при прогнозе исхода заболевания и лечения ГВМК.

Больных с 0 баллов по оценке ICH шкалы следует лечить консервативным методом. Исключением является случаи окклюзионной гидроцефалии, при которых необходимо дренирование желудочковой системы головного мозга.

У больных ICH 1 и 2 баллами необходимо решить вопрос об экстренном оперативном удалении инсульт-гематомы в раннем периоде заболевания, не допуская ухудшения общего и неврологического статуса больного.

Больным с ICH 3 балла, следует рассмотреть эффективность применения новых малоинвазивных оперативных методов удаления инсульт-гематом (КТ или УЗД навигационное дренирование гематомы с локальным фибринолизом, нейроэндоскопическое удаление гематомы и т.д.).

Литература

1. Крылов В.В. Опыт хирургического лечения инсультов в крупном промышленном городе. - Москва, 2000. - С. 30.
2. Лебедев В.В., Быковников Л.Д. Принципы неотложной хирургии // Вопросы нейрохирургии, 2000. - №4. - С. 3-7.
3. Мамытов М.М. Некоторые показатели нейрохирургической деятельности в Кыргызской Республике за 1999 год // В сб. Хирургия рубежа XX-XXI века. - Бишкек, 2002. - С. 729-739.
4. Мамытов М.М., Мендибаев К.Т., Оморов Т.М. Нейрохирургические проблемы мозговых инсультов. - Бишкек, 2002. - С. 97.
5. Мамытов М.М. Лечение артериальных аневризм головного мозга прямыми доступами // Журнал Здоровоохранение Кыргызстана, 2004. - №1. - С. 13-18.
6. Мамытов М.М. Значение церебральной ангиографии в диагностике и выборе метода лечения больных с патологией сосудов головного мозга // В сб. Хирургия рубежа XX-XXI века. - Бишкек, 2000. - С. 99-101.
7. Мамытов М.М., Мендибаев К.Т. Хирургическое лечение артерио-венозных мальформаций головного мозга // Материалы V съезда нейрохирургов России. - М.: 2006. - С. 271-272.
8. Парфенов В.А. XIV Европейская конференция по инсульту // Неврологический журнал, 2005. - №6. - С. 53-59.
9. Mamytov M.M. Modern problems of the neurosurgery // in book: Selected works (to the 50 anniversary of the NAS KR). - Bishkek, 2004. - P. 239-244.
10. Michael Deck MD., Keneshbek Ygysov MD. Magnetic Resonance Angiography in Neurosurgery // Журнал Наука и новые технологии. - Бишкек, 2001. - №3. - С.50-51.

БОЛЕЗНЬ ЛАЙМА – КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ

Лобанченко О.В.*, Хлызова И.А.***, Жолдошев К.Ж.**
 Кыргызская государственная медицинская академия*,
 ** Городская клиническая больница №1

Болезнь Лайма (БЛ) (клещевой боррелиоз) - трансмиссивное природноочаговое полиорганное заболевание, вызываемое спирохетами рода *Borrelia* (Рис.1), переносчиками которых служат иксодовые клещи (Рис.2) [4].

Возбудители иксодовых клещевых боррелиозов (ИКБ) относятся к патогенным спирохетам рода боррелий. По отличиям в нуклеотидных последовательностях ДНК выделяют более 10 их генетических видов. Полагают, что геномные различия имеют клиническое значение. В Европе известны три патогенных генотипа: *B.burgdorferi sensu stricto*, *B.garinii*, и *B.afzelii*. Первый из них, кстати, обладает артритогенными свойствами [1].

По уровню заболеваемости ИКБ - один из первых среди природно-очаговых зоонозов [7]. Средний показатель заболеваемости в Российской Федерации 5,4 человека на 100 тыс. населения, а в отдельных регионах регистрируется до 30-100 случаев на 100 тыс. населения [3]. В Кыргызстане такой статистики по ИКБ нет.

Приводим клинический пример Лайм-артрита, выявленный на территории Кыргызстана.

Больная Т.Ч., 1978 г.р. место жительства - Нарынская обл.

Госпитализирована в отделение ревмокардиологии ГКБ №1 (история болезни № 1634) 17.03.08 с направительным диагнозом: Реактивный артрит.

Жалобы при поступлении: На периодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр, озноб, боли в локтевых, плечевых, коленных, голеностопных суставах, боли в пояснице,

онемение в кистях и стопах, одышку при физической нагрузке, сердцебиение, кашель с трудно отделяемой мокротой. Анамнез заболевания: В июле прошлого года через 3 дня после укуса клеща в области шеи по-

явился регионарный лимфаденит и эритема, болезненные эритематозные высыпания преимущественно на скулах, артралгии, головные боли, слабость и парестезии в нижних конечностях, повысилась температура до 39-40°. В инфекционной больнице был исключен диагноз клещевого энцефалита. Амбулаторно получала антибактериальную терапию (амоксциллин, цiproфлоксацин), с временным улучшением, но периодически повышалась температура, сохранялись артралгии. Обострение процесса с февраля 2008 года. **Объективный статус:** Состояние средней тяжести,

кожные покровы бледные, сухие, пигментация кожи лица. Болезненность мышц и суставов при пальпации. Дыхание жесткое, при выдохе выслушиваются единичные сухие хрипы. Выслушивается короткий систолический шум на верхушке. ЧСС-78, АД- 130/80 мм рт. ст. Зев гиперемирован. Язык обложен желтым налетом. Живот болезненный в эпигастрии. Печень не увеличена. Мочеполовая система без особенностей.

Обследование: Общий анализ крови: Нb-93г/л, эритроциты - 3,4x10¹²/л, тромбоциты - 204,0 x10⁹/л, Лейкоциты -4,5x10⁹/л, эозинофилы- 0, палочкоядерные нейтрофилы -3, сегментоядерные нейтрофилы - 67, лимфоциты - 28, моноциты - 2,



Рис. 1 Иксодовый клещ, переносчик боррелии



Рис. 2 Спирахета *B.burgdorferi*

СОЭ-5мм/ч. Общий анализ мочи: Количество - 50,0, Цвет – соломенно-желтый, прозрачность – полная, Удельный вес - 1012, pH - 5,0, Белка нет, Эпителий плоский- 2-1-2, Лейкоциты - 3-2-3. Креатинин -67,4мкм/дл, мочевины - 4,8 ммоль/л, железо сыворотки крови - 9,9мкм/л. РФ - отр., АСЛО «+», СРБ - отр., Р.Райта-Хеддельсона - отр., антитела к микобактериям туберкулеза - отрицат., а/т к ДНК не даны. -отр. Т4 свободный - 10,1 (N-9-28) ТТГ -1,60 (N-0,23-3,0), а/т к ТПО - 11,4 (N- 0-30). ЭКГ: Ритм синусовый (62-64). Нормальное положение электрической оси сердца. УЗИ: Печень у края реберной дуги, без очаговой патологии. Желчный пузырь грушевидный, стенки 0,4см, в полости желчь. Поджелудочная железа без особенностей, почки без особенностей. УЗИ органов малого таза без патологии. Р-грамма органов грудной клетки: Легочной рисунок усилен, деформирован в нижних отделах. Корни малоструктурные. Сердце - без особенностей. Заключение: Явления хронического бронхита. Р-грамма пояснично-крестцового отдела и тазобедренных суставов: с 2-х сторон: сужение илео-сакральных сочленений с краевым остеосклерозом. Р-грамма шейного отдела позвоночника: в боковой проекции отмечается уплотнение передней продольной связки в С III-IV. Эхо-КГ: Аортальный клапан не изменен. Митральный клапан не изменен. Регургитации нет. Трикуспидальный клапан не изменен. Легочная артерия не расширена. Среднее ЛАД-17 мм рт.ст. Левое предсердие -2,16см., Лев. желудочек КДР - 4,2, КСР - 2,9см. ФВ - 60%, Толщина МЖП -0,9см., правый желудочек -1,4см. МПП - не изменена. Исследование крови на антитела к боррелиям проведено не было по техническим причинам.

На основании факта укуса клеща, характерной клинической картины (инкубационный период, лихорадка, регионарный лимфаденит, узловатая эритема в скуловой области, артралгии, поражение сердца и нервной системы пациентке выставлен **клинический диагноз:** Основной: Болезнь Лайма, хроническое течение, средней тяжести, серологический вариант не установлен, с поражением суставов, сердца, лимфаденит. **Сопутствующий:** Железодефицитная анемия. Хронический бронхит в ст. неполной ремиссии.

Лечение: Диклофенак 3,0 внутримышечно, Цефазолин 1 г 2раза в сутки внутримышечно, Ферроплекс 2 табл. 3 раза в день, Амброксол 3 табл. В сутки, Азитромицин 0,5г. 2 раза в сутки. Пациентка выписана с улучшением.

Клиника БЛ характеризуется стадийностью и полиорганностью поражений [2]. **Ранний период** (до полутора, чаще 1-3 мес.) включает инкубационный период, локальную стадию мигрирующей эритемы и стадию диссеминации инфекции. Инкубационный период - от 2 до 30 дней, в среднем 10-12 суток. У 20-30% инфицированных бывает безэритематозное начало болезни. У некоторых больных ранний период проявляется гриппоподобным синдромом. В стадию диссеминации инфекции происходит увеличение регионарных лимфатических узлов, поражение кожи (вторичные эритемы, доброкачественная лимфоцитомы или лимфаденоз), поражение суставов, поражение нервной системы (в 20-60% случаев), поражение сердца (миокардит с атриовентрикулярной блокадой различной степени; перикардит, панкардит). **Поздний период** (через 6-12 мес. после начала болезни) характеризуется кожными, неврологическими, ревматическими, кардиологическими, офтальмологическими и др. синдромами [5].

Различают **латентную и манифестную формы** болезни. По течению выделяют: острое (продолжительность болезни до 3 мес.); подострое (с 3 до 6 мес.); хроническое (более 6 мес.).

При остром и подостром течении встречается эритемная и безэритемная форма с **преимущественным поражением** нервной системы, сердца, суставов.

Хроническое течение может протекать непрерывно и с рецидивами. По **признакам инфицированности различают** серонегативную и серопозитивную формы. По данным литературы, только у 60-80% больных Лайм-боррелиозом тест на антитела к боррелиям положителен.

Унифицированные клинические и серологические критерии диагноза болезни не разработаны. В процессе диагностики необходимо учитывать: возможный контакт с клещами, факт присасывания клеща или снятия клеща с одежды, обнаружение клещей на домашних животных; наличие эритематозного пятна в месте присасывания насекомого; наличие лихорадки, лимфаденопатии, вторичных элементов эритемы; признаки органной патологии (поражение нервной системы, суставов, сердца, нарушения со стороны печени); установление хронологической связи начальных проявлений болезни с присасыванием клеща и/или развитием мигрирующей эритемы. Лабораторные тесты включают культивирование на питательных средах, обнаружение боррелий с помощью световой или электронной микроско-

нии, полимеразную цепную реакцию; иммунологические исследования: иммуноферментные, непрямой реакции иммунофлюоресценции, вестерн-блот. При трактовке результатов серологических тестов нужно учитывать, что уровень антиборрелиозных антител и частота выявления зависят от

сроков обследования, начала терапии и стадии болезни. Повышение титров антител *B. burgdorferi* имеет важное, но вспомогательное значение [6].

Лечение боррелиоза включает в первую очередь антибактериальную терапию одним из антибиотиков (табл. 1).

Этиологическое лечение – антибиотикотерапия (2).

Лечение в 1-ю стадию болезни (10-14 дней)

Доксициклин*	100 мг 2 раза в сутки перорально
Цефтриаксон	1 г 1 раз в сутки в/м (5 дней)
Амоксициллин	500 мг 3 раза в сутки перорально
Эритромицин	500 мг 3 раза в сутки перорально
Пенициллин V	1 млн ед 3 раза в сутки перорально

Лечение во 2-ю стадию (14-21 день)

а) нейроборрелиоз, тяжелый кардит или ирит	
Цефтриаксон	2 г 1 раз в сутки в/в
Цефотаксим	2 г 3 раза в сутки в/в
Пенициллин G	5 млн ед 4 раза в сутки в/в
б) другие проявления	
Доксициклин или:	100 мг 2 раза в сутки перорально
Амоксициллин	500 мг 3 раза в сутки перорально
Эритромицин	500 мг 3 раза в сутки перорально
Пенициллин V	1 млн ед 3 раза в сутки перорально

Лечение в 3-ю стадию (14-28 дней)

а) артрит и хронический нейроборрелиоз Лайма	
Цефтриаксон	2 г 1 раз в сутки в/в
или: Цефотаксим	2 г 3 раза в сутки в/в
Пенициллин G	5 млн ед 4 раза в сутки в/в
Доксициклин	100 мг 2 раза в сутки перорально
б) хронический атрофический акродерматит	
Доксициклин или:	100 мг 2 раза в сутки перорально
Амоксициллин	500 мг 3 раза в сутки перорально
Эритромицин	500 мг 3 раза в сутки перорально
Пенициллин V	1 млн 3 раза в сутки перорально
* Детям младше 8 лет:	
Амоксициллин	250 мг 3 раза в сутки перорально
или: Эритромицин	250 мг 3 раза в сутки перорально
Пенициллин V	1 млн ед 3 раза в сутки перорально

Литература

1. Анапьева Л.П. Боррелиоз Лайма и его ревматические проявления. Автореф. дисс.докт. М., 1999, 54 с.
2. Воробьева Н.Н. Клиника, лечение и профилактика иксодовых клещевых боррелиозов. Пермь, Урал-Пресс, 1998, 136 с.
3. Корелберг Э.И. Иксодовые клещевые боррелиозы как группа заболеваний человека и главные итоги ее изучения в России// Журнал инфекционной патологии, 1996. – т.3. – №4. – с.22-24.
4. Лесняк О.М. Лайм-боррелиоз. Екатеринбург,

Уральская государственная медицинская академия, 1999, 125 с.

5. Лобзин Ю.В., Усков А.Н., Козлов С.С. Серия: актуальные инфекции. Лайм-боррелиоз (иксодовые клещевые боррелиозы). С-Пб, издательство «Фолиант», 2000, 160 с.
6. Ревматические болезни под ред В.А. Носоповой. Москва, Медицина, 1997
7. Stanek G.O'Connells, Cimmino M. e.a. European Union concerted action on risk assessment in Lyme borreliosis: clinical definition for Lyme borreliosis// Wien Klin Wochenschr. – 1996.- v.108.-p.741-747.

МУМКҮНЧҮЛҮГҮ ЧЕКТЕЛГЕН АДАМДАРДЫ СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ОРТОПЕДИЯЛЫК ДАРЫЛОО УЧУРУНДАГЫ ЭТИКА ЖАНА ДЕОНТОЛОГИЯ

Жолуева П.Т.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Корутунду. Макалада ортопедиялык стоматологиянын клиникасындагы этика менен деонтологиянын ролу, ошондой эле ортопедиялык оорулууларды дарылоодо медициналык кызматкерлердин жүрүш-туруш принциптери жана кетирилген каталыктарды оңдоолору каралат. Врачтын, лаборанттын, тиш жасаган адистин жана медициналык айымдын кесиптик мамилелери оорулуулардын психикалык эмоционалдык абалына оң таасир берет.

Негизги сөздөр: этика, деонтология, мүмкүнчүлүгү чектелген адамдар, стоматологиялык жардам.

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПРОЦЕССЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО И ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Жолуева П.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме. В статье рассматривается роль этики и деонтологии в клинике ортопедической стоматологии, а также принципы поведения медицинского персонала в процессе лечения ортопедических больных и устранения возможных ошибок. Профессиональное взаимоотношение врача, лаборанта, зубного техника и медицинской сестры с больными положительно действует на их психоэмоциональное состояние.

Ключевые слова: этика, деонтология, лица с ограниченными возможностями, стоматологическая помощь.

ETHICS AND DEONTOLOGY IN STOMATOLOGICAL ORTHOPEDIC TREATMENT OF DISABLED PATIENTS

Jolueva P.T.

The chair of orthopedic stomatology, Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This article deals with ethics and deontology role in orthopedic stomatology clinic and principle of medical staff behaviors during the treatments and of orthopedic patient and removal of possible mistakes. Professional relations of doctors, laboratory assistants and medical nurses with patients influences positively on their psychoemotional state.

Key words: Ethics, deontology, disabled people, stomatological aid.

Врачебная этика - часть общей этики, относящаяся к врачебной профессии, учение о морали врача, о его взаимоотношениях с больными и здоровыми людьми, которых он обслуживает, с коллегами по профессии и с обществом.

Врачебная деонтология - принципы поведения медицинского персонала, включает в себя вопросы, связанные с осуществлением лечебно-охранительного режима.

Стоматология подчиняется общим требованиям медицинской деонтологии. В то же время специфика стоматологии определяет своеобразие конкретной формы деонтологических рекомендаций в условиях стационара и поликлиники, а также в различных отделениях медицинского учреждения.

В ортопедической стоматологии, как и в любой другой области медицины, существуют специфические деонтологические принципы [1], нарушение ко-

торых нередко является первопричиной возникновения у пациентов чувства неудовлетворенности протезированием [2]. Поэтому знание основ медицинской этики и деонтологии, умение использовать их в своей врачебной деятельности имеет важное, а порой и решающее значение при организации лечебно-диагностического процесса в ортопедическом отделении стоматологической поликлиники и характеризует уровень профессиональной квалификации медицинского персонала. Однако данный вопрос не нашел должного отражения в учебниках и монографиях, и в части оказания стоматологической помощи лицам с ограниченными возможностями.

Важную роль в организации работы ортопедического отделения играет медрегистратор. От его умения разговаривать с больными во многом зависит первое представление о стоматологической поликлинике и настрой, с которым пациент приходит

на прием к врачу. Важным качеством медрегистратора является его способность регулировать прием врачами-ортопедами первичных больных. Массовость приема в ортопедическом отделении ставит перед медрегистратором ряд деонтологических проблем, но важнейшая из них - способствовать созданию лечебно-охранительного режима в стоматологической поликлинике. В приемной должны быть вывешены красочно оформленные санбюллетени, стенд, на котором представлены все виды зубных протезов и рекомендации по их использованию.

Деонтология предусматривает не только умение создать оптимальный контакт врача с больным, но и умение в присутствии больного обращаться с медицинскими сестрами, санитарками, другими врачами, родственниками пациентов. Все это требует, во-первых, специальной подготовки и, во-вторых, постоянного совершенствования на протяжении всех лет практической деятельности врача.

Основное место в психической подготовке пациента к приему врача, как известно, занимает слово. Особое значение оно приобретает при оказании ортопедической помощи лицам с ограниченными возможностями. Именно среди этой категории больных больше всего людей, нуждающихся в душевном тепле, сострадании [4]. Они остро воспринимают любую бестактность со стороны медперсонала. Для многих из них добрые отношения с врачом становятся источником хорошего самочувствия, сглаживают трудности, связанные с протезированием. Существенное значение имеет отношение к пациентам младшего и среднего медперсонала, которые зачастую бывают причиной неадекватного поведения пациентов на приеме. Умение выслушивать больного, участливо реагируя на услышанное, которое зачастую способствует успеху проведенного лечения. При этом обнаруживаются черты характера больного, с учетом которых врачу следует строить свои отношения с ним. Нередко пациенты бывают насторожены и тревожны, поэтому врач должен контролировать свои высказывания и учитывать впечатление, которое они производят на больного. Начатый непринужденный разговор врач незаметно переводит в психопрофилактическую беседу. При этом он останавливается на конструкции будущего протеза с тем, чтобы больной понял назначение всех его элементов. Важно тактично подвести больного к мысли о необходимости выбора той конструкции протезов, который наиболее эффективен для процесса адаптации к нему и его использованию. В случае если врач чувствует, что больной колеблется, то необходимо отложить выбор конструкции протезов до следующего приема больного. Уже при первой встрече врач должен подчеркнуть, что исход ортопедического лечения зависит от совместных усилий его и пациента, предупреждает о трудностях при-

выкания к съемным протезам. При этом следует отметить, что трудности эти временные и будут больным преодолены.

Больной должен быть уверен, что получит квалифицированную помощь. Такая уверенность во многом зависит от того, сумеет ли врач с первой встречи проявить такт, терпение, выдержку. Большинство лиц с ограниченными возможностями осознают трудности, с которыми сталкивается врач, окзывая им ортопедическую помощь.

Всегда необходимо обращаться к своим пациентам по имени и отчеству. Это создает определенный положительный фон, способствует установлению контакта. На этапах ортопедического лечения строить свои отношения с больными следует таким образом, чтобы возникший контакт усиливался. Больной должен приходить на прием к врачу-ортопеду без психо-эмоционального напряжения и тревоги за исход протезирования.

Перед каждым этапом лечения необходимо объяснить пациенту характер предстоящей работы, ее важность для успеха протезирования. Если больной волнуется, нужно успокаивать его. Ничто не должно отвлекать внимание врача от больного с его жалобами и тревогами. Препарирование зубов, которое сопровождается значительным эмоциональным напряжением, необходимо проводить под анестезией.

При лечении больных данной группы не всегда возможно реализовать намеченное на достаточно высоком профессиональном уровне. Некоторые из них плохо слышат, другие излишне волнуются, встречаются пациенты с измененной психикой, подавленным настроением, досаждающие врачу назойливыми высказываниями или расспросами. В случае если врач теряет терпение, это только ухудшает положение. В таких случаях лучше спокойно еще раз объяснить больному важность данного этапа работы, акцентируя внимание на том, каким образом его поведение может создать необходимые предпосылки для успешного выполнения намеченного. Делать это следует участливо, с большим тактом, терпением и ненавязчиво.

Один из признаков высокой квалификации врача-ортопеда - аккуратность в работе, причем это относится не только к его мануальным навыкам. Процесс снятия оттиска нужно стремиться проводить без перегрузок. Нельзя оставлять больного с оттиском во рту без присмотра врача. Чтобы ортопедическая помощь проходила на высоком уровне, врач должен заниматься только с одним пациентом.

Значительное количество больных обращается за ортопедической помощью повторно. Многие из них хотят попасть на прием к тому же врачу, у которого были ранее. Это вполне оправдано, и в этом необходимо пойти навстречу больному. Конструкция

протезов при повторном протезировании нередко изменяется. В связи с этим пациенту необходимо объяснить, в чем преимущество новых протезов перед старыми. Разумно обратить внимание на их границы, изменение межальвеолярной высоты, если на старых съемных протезах она была снижена, на другие особенности в конструкции новых протезов.

Как известно, часто больные трудно адаптируются к новым полным съемным протезам при повторном протезировании. В этих случаях необходимо разъяснить пациенту особенности пользования протезами и убедить его в правильности выбора их конструкции, что особенно важно. Врач должен доброжелательно внушить больному уверенность во временном характере трудностей.

Оказывая ортопедическую помощь лицам с ограниченными возможностями, некоторые врачи забывают о значении эстетического фактора не только в полноценном восстановлении внешнего вида лица, но и в появлении у больного желания освоить протезы и пользоваться ими. Поэтому при проверке конструкции съемных протезов необходимо учитывать пожелания пациентов. Необходимо напомнить, что успех лечения зависит не только от качества протезов, но и от желания их освоить; подчеркнуть, что привыкание к протезам происходит не сразу, а по мере пользования ими. Обязательно осведомить больных и о правилах пользования зубными протезами.

Во время наложения готовых съемных протезов необходимо повторно напоминать пациентам об особенностях адаптационного периода, уделяя внимание рекомендациям, которые помогают быстрее освоить протезы. Пациенты, получившие съемные протезы, назначаются на коррекцию, при этом нужно предупредить больных и сопровождающих их родственников о необходимости врачебного контроля за состоянием протезов.

Вовлечение родственников больных в лечебный процесс имеет большое значение, особенно в случаях тяжелого состояния пациентов, когда контакт с ними бывает затруднен. Довольно часто с этим сталкивается стоматолог-ортопед, оказывающий помощь на дому [7]. Недооценка психо-эмоционального напряжения, возникающего в ходе лечения у таких больных, неизбежно отражается на их общем состоянии.

Убедить больных в необходимости пользоваться протезом как лечебным средством, вселить в них веру в возможность преодоления трудностей, как во время протезирования, так и в период адаптации к протезам, поддерживать контакт с их родственниками - все это входит в обязанности врача, оказывающего помощь на дому.

В стоматологической ортопедической помощи

нуждаются большое число лиц с ограниченными возможностями, находящихся в домах престарелых и инвалидов [3]. При лечении данного контингента стоматолог-ортопед должен учитывать особенности поведения больных, имеющих психические отклонения и неврозы. Важно, чтобы между врачом и больным установились отношения доверия и участия. При этом возрастает роль медицинских работников домов инвалидов и престарелых. Медсестра постоянно должна наблюдать за состоянием больных, следить за выполнением предписаний врача-ортопеда, помогать созданию микроклимата, который в немалой степени способствует успеху лечения.

Медицинские работники должны взвешивать и контролировать каждое свое высказывание и обязательно учитывать впечатление, которое их беседа оказывает на больного. Нельзя забывать, что во время обследования больной волей – не волей сам изучает медицинского работника, наблюдая за его действием. Хорошие профессиональные взаимоотношения между врачом-стоматологом-ортопедом, зубным техником и медицинской сестрой, несомненно, оказывают косвенное положительное психотерапевтическое воздействие на больного, способны укрепить в нем надежду на успешный исход лечения [9].

Таким образом, в процессе работы по оказанию квалифицированной стоматологической ортопедической помощи лицам с ограниченными возможностями очень важно соблюдение этических и деонтологических норм.

Литература

1. Вагнер Е.А., Росновский А.А., Ягупов П.Д. О самовоспитании врача. - М., 1971.
2. Гаврилов Е.И., Трезубов В.Н. // Стоматология. - 1985. - № 5. - С. 51-52.
3. Заксон М.Л. // Стоматология. - 1982. - № 1. - С. 91.
4. Кульбеков К.К. Психопрофилактика в ортопедической стоматологии: Пути устранения стрессовых факторов. - Алма-Ата, 1981. - С. 31-32.
5. Рыбаков А.И. Ошибки в амбулаторной стоматологической практике. М., 1976. - С. 119.
6. Царегородцев Г.И., Гурвич С.С. Деонтология советского врача. - Киев, 1976.
7. Шварцзайд Е. // Стоматология. - 1986. - № 4. - С. 85-86.
8. Куттубаева К.Б., Эргешов С.М., Молдобаев Б.С. и др. Этика и деонтология в стоматологической практике. Методические рекомендации. - Бишкек, 2007. 18 с.
9. Нурбаев А.Ж., Мамбетказиев А.Т. Этики и деонтология в ортопедической стоматологии. Актуальные проблемы стоматологии на современном этапе. - Бишкек, 2002. - С. 80-83.

МЕДИЦИНАЛЫК КЫЗМАТКЕРЛЕРДИН КЕСИПТИК ИШМЕРДИГИ ЖАНА АНЫН УКУКТУК ЭРЕЖЕ - ТАРТИБИ

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

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Кыргыз-Россия Славян университети, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Медициналык кызматкерлердин кесиптик ишмердиги “Кыргыз Республикасында жарандардын ден соолугун коргоо жөнүндөгү” мыйзам аркылуу жөнгө салынат.

Негизги сөздөр: “Кыргыз Республикасында жарандардын ден соолугун коргоо жөнүндө” мыйзам, кесиптик ишмердик, медицина кызматкери, сыркоо адам.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ИХ ПРАВОВАЯ РЕГЛАМЕНТАЦИЯ

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

Кыргызская государственная медицинская академия,
Кыргызско-Российский Славянский университет

Резюме. Регулирование профессиональной деятельности медицинских работников осуществляется Законом «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике».

Ключевые слова. «Закон об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике», профессиональная деятельность, медицинский работник, пациент.

PROFESSIONAL WORK AND LEGAL REGULATION OF MEDICAL WORKERS

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

The Kyrgyz State Medical Academy, The Kyrgyz-Russian Slavic University.

The resume. Regulation of professional work of medical workers is carried out by the Law «About health protection of citizens in the Kyrgyz Republic».

Key words. «The law on health protection of citizens in the Kyrgyz Republic», professional work, the medical worker, the patient.

Профессиональная деятельность медицинских работников в силу её специфичности, не может быть застрахована от ошибок и упущений. Допущенные ошибки, как правило, объясняются недостаточным уровнем медицинских знаний или несовершенством методов диагностики и лечения. Однако, встречаются и случаи несоблюдения медицинскими работниками необходимой осторожности, режима предусмотрительности и режима безопасности в процессе диагностики и лечения, порою и проявления небрежности и даже халатного отношения к выполнению своих прямых обязанностей, могущих повлечь за собой тяжёлые, а иногда и непоправимые последствия. В связи с этим большинство стран мира имеют определённые законодательные документы, регулирующие и регламентирующие профессиональную деятельность медицинских работников. Одним из первых подобных документов следует считать клятву Гиппократата, затем клятва Советского врача (1971) в СССР.

В последние более чем два десятилетия резко

возросли требования не только к качеству оказания медицинской помощи, но и к повышению ответственности медицинских работников за профессиональные и профессионально-должностные правонарушения, особенно с введением платных медицинских услуг и разрешением на частную медицинскую деятельность. Безусловно, при наличии таких факторов больные нуждаются в правовой защите, как впрочем, также как и сами медработники.

В Кыргызской Республике впервые основы законодательства о здравоохранении и об охране здоровья были приняты в 1992 году. В последующем, происходящие социально-экономические преобразования привели к необходимости принятия новых законов, с одной стороны, обеспечивающих регламентацию всех видов медицинской деятельности в новых условиях, с другой – соответствующих международным нормам. Помимо отмеченных моментов необходимо было законодательно отразить те вновь появившиеся проблемы, которые либо вовсе не предусматривались, либо устарели – это права,

ответственность, обязанность граждан и пациентов, отдельных групп населения в области охраны здоровья, появление и широкое распространение народной медицины как альтернативной медицины, регулирование репродуктивной функции человека, проблемы изменения, коррекции пола, стерилизации, эвтаназии и т.д. Для правового решения возникших новых проблем и задач 11 ноября 2004г. Жогорку Кенешом республики принят «Закон об охране здоровья граждан Кыргызской Республики», подписанный президентом 9 января 2005г. Он определяет правовые, экономические и социальные основы охраны здоровья граждан. В законе конкретизируются и развиваются содержание статьи 34 Конституции республики, излагаются основные принципы (ст. 4) охраны здоровья граждан, организации разных систем здравоохранения, гарантии осуществления медико-социальной помощи (ст. 20, 21, 22, 23, 24, 25 и т.д.), статус медицинского и фармацевтического работника, в частности, врачебная тайна (ст. 91), присяга врача (ст. 92) и т.д.

В законе принципиально важным и новым является введение статей 64, 73, 74, регламентирующих права граждан и пациентов на информацию о факторах, влияющих на здоровье, о состоянии здоровья и о согласии на медицинское вмешательство, а также статьи 65, определяющей право граждан на возмещение ущерба, причинённого здоровью граждан. Важным для формирования взаимоотношений врача и пациента являются сформированные права пациента и медицинского работника, понятия лечащий врач (ст. 82).

В связи с малодоступностью данного закона широкому кругу медицинских работников, мы остановимся на отдельных, с нашей точки зрения, существенных законоположениях медицинской деятельности.

Согласно ст. 4 Закона, медицинские работники при выполнении профессиональных обязанностей несут ответственность за не обеспечение безопасности и качества медицинской помощи. В современной медицине для диагностики, лечения, профилактики (вакцинация) применяются достаточно агрессивные методы диагностики (эндоскопические), лечения (безопасность назначаемых лекарственных средств, строгий учёт показаний и противопоказаний), методы профилактики путём вакцинации (использование вакцин с просроченными сроками, при наличии противопоказаний), трансфузия иногруппной крови или ВИЧ - заражённой крови.

Граждане имеют право на информацию о фак-

торах, влияющих на здоровье (ст. 64), а именно о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих вредное влияние, включая информацию об экологическом, санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам. Пациент также в достаточной для него форме имеет право получить информацию (ст. 73) о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведённого лечения. Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 16 лет и пациентов, признанных недееспособными – их законным представителям, лечащим врачом, заведующим отделением организации здравоохранения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении. По требованию пациента ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться пациенту и членам его семьи с соблюдением медико-этических норм, если пациент не запретил сообщить им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Информация, содержащаяся в мед. документах пациента, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия пациента только по основаниям, предусмотренным ст. 91 Закона об охране здоровья.

Составляющей врачебную тайну (ст. 91) являются сведения о факте обращения за мед. помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и другие данные, полученные при его обследовании и лечении. Врачебная тайна должна быть соблюдена и лицами которым она стала известна при обучении (студенты мед. вузов, училищ, слушатели циклов последипломной подготовки), исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей (средний и младший мед. персонал).

Разница между информацией пациента (гражданина) о его диагнозе, степени риска диагностики, лечения, прогнозе и т.д. и врачебной тайной явля-

ется право передачи определённых сведений самому больному, его близким и передачи такой информации посторонним лицам без согласия пациента (гражданина).

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну без согласия пациента или его законного представителя, допускается:

✓ в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния, выразить свою волю, например, недееспособность, малолетство, комагрозное состояние и т.д.;

✓ при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений, например, выявление сибирской язвы или поступление множества больных с однотипной картиной отравления техническим спиртом, грибами, пищевой интоксикацией или токсикоинфекцией;

✓ по запросу органов дознания, следствия, прокурора или суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, например о состоянии здоровья, диагнозе для решения вопроса возможности ведения следственных действий – допросов, очных ставок, проведения следственного эксперимента или участия в судебных заседаниях;

✓ в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 16 лет для информирования его родителей или законных представителей, например, обязательная информация родителей или законных представителей при обращении к врачу 13 летней беременной женщины за производством аборта;

✓ при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинён в результате противоправных действий, например, при оказании медицинской помощи пациенту с огнестрельным, колото-резаным и т.д. повреждением. В таких случаях в известность ставится дежурная часть милиции и об этом делается отметка в журнале регистрации или мед. карте больного.

Необходимым условием медицинского вмешательства является добровольное согласие гражданина (ст. 74). В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебного учреждения. Согласие же на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних (до 16 лет) и граждан, признанных недееспособными, дают их законные пред-

ставители при невозможности гражданином выразить свою волю, а при отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум или лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебного учреждения.

При хирургическом вмешательстве, переливании крови и применении сложных инвазивных методов диагностики необходимо письменное согласие гражданина.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ оформляется записью в медицинских документах и подписывается гражданином или его законным представителем, а также медицинским работником (врачом).

Проведение каких-либо клинических, медико-биологических экспериментов на человеке проводится только с письменного согласия испытуемого (ст. 34), причём эксперимент прекращается на любом этапе по требованию испытуемого и в случаях возникновения угрозы его здоровью.

По письменному заявлению граждан, Закон об охране здоровья позволяет искусственное оплодотворение (ст. 35), применение методов стерилизации (ст. 36) при достижении 18 лет и совершеннолетия. По желанию граждан Закон предусматривает искусственное прерывание беременности (ст. 37), при достижении совершеннолетия изменение, коррекцию половой принадлежности (ст. 38).

Следует отметить о случаях, когда медицинская помощь может быть оказана без согласия граждан (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция). Такие случаи могут быть при наличии заболеваний, представляющих опасность для окружающих, тяжёлых психических расстройств или совершение общественно-опасных деяний. К сожалению, в «Законе об охране здоровья граждан в КР» возможность таких случаев не предусмотрена.

В Законе медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии – удовлетворения просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни (ст. 40). Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несёт уголовную ответственность в соответствии с законодательством КР.

Идея добровольного согласия на смерть является предметом дискуссий во всём мире, особенно о

применении активной эвтаназии, что с юридической точки зрения, равносильно насильственному умышленному лишению жизни – убийству.

По содержанию ст. 40, 91 совпадают с общей мыслью Присяги врача (ст.92), в которой выпускники медицинских вузов приносят присягу врача, в которой, прежде всего упоминается об обязанности врача: сохранение и восстановление здоровья народа; облегчение страданий больного; оказание мед. помощи всем больным, уважая их человеческое достоинство; уважение доверия больных и сохранение врачебной тайны; соблюдение этических принципов врачебной профессии; постоянное совершенствование своих знаний и мастерства, бережное отношение к традициям медицины; почитание клятвы Гиппократова, заветов Улукмана, Умай-эне и великого Манаса, традиции народа Кыргызстана.

Статья 49 Закона посвящена судебно-медицинской экспертизе. Как указано в статье, судебно-медицинская экспертиза граждан, трупов и вещественных доказательств проводится в государственных и (или) муниципальных организациях здравоохранения экспертами бюро судебно-медицинской экспертизы, а при отсутствии таких экспертов - врачами - специалистами, привлечёнными для проведения указанной экспертизы на основании постановлений лиц, производящих дознание, следователя, прокурора, судьи или определения суда.

Следует подчеркнуть, что данная статья в некоторой степени входит в противоречие со статьями 199 и 204 УПК КР, устанавливающих производство экспертизы специалистами экспертных либо иных государственных или негосударственных организаций, назначенных следователями.

Впервые появилось чёткое законоположение о привлечении к ответственности врача в случае профессиональных правонарушений, связанных с причинением ущерба здоровью и жизни граждан. Так ст. 65 – Право граждан на возмещение ущерба, причинённого их здоровью – в отличие от прошлых лет, когда за допущенный профессиональный дефект врач мог понести уголовное наказание, то в настоящее время в соответствии с гражданским законодательством, нередко предусматривается только материальное и моральное возмещение ущерба пострадавшему.

Материальное возмещение – в объёме фактически нанесённого ущерба; моральное – в размере от 1 до 500 минимальных заработных плат.

Необходимо указать, что факт причинения вреда здоровью определяется судебно-медицинской экспертизой, возмещение ущерба устанавливается

судом при наличии оснований, установленных судебно-медицинской экспертизой. В то же время возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством КР.

Впервые законодательно закреплено право и порядок занятия целительством (ст. 15). Правом на занятие народной медициной обладают граждане КР, прошедшие специальную подготовку в области медицины и народной медицины, получившие диплом целителя, а также лицензию.

Целителям запрещено заниматься проведением сеансов массового целительства, рекламированием, в том числе через средства массовой информации о методах и средствах целительства. В случае причинения вреда здоровью или жизни человека в результате целительства предусмотрена уголовная ответственность. Минздрав ведёт мониторинг за его деятельностью, в частности профилактики, диагностики и лечения.

В ст. 84 Закона об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике указывается о праве медицинских и фармацевтических работников на страхование профессиональной ошибки, в результате которой может быть причинён вред или ущерб здоровью гражданина, не связанной с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей.

Ст. 102 Закона указывает на ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение врачебной этики, причинённый ущерб здоровью граждан, разглашение врачебной тайны. Организации здравоохранения независимо от форм собственности, несут ответственность за причинённый ущерб здоровью граждан в порядке и объёме, определённых законодательством КР.

Причинение вреда здоровью пациента может быть следствием как ненадлежащего, так и надлежащего исполнения медицинским персоналом своих обязанностей.

Об этом мы поговорим в следующей статье.

Литература

1. Закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике», Бишкек, 2005.
2. Конституция Кыргызской Республики, Бишкек, 2003.
3. Новосёлов В.П. Ответственность работников здравоохранения за профессиональные правонарушения. Наука, Новосибирск, 1998. – 231 с.