



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫКТАК САКТОО МИНИСТРАЛИГИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ САЛАМАТТЫКТАК САКТОО

илимий-практикалык медициналык журналы

Научно-практический медицинский журнал

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА

№ 2

2013

ISSN 0490-1177

Научно-практический медицинский
журнал
«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
КЫРГЫЗСТАНА».

“КЫРГЫЗСТАНДАГЫ
САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО”
илимий-практикалык медициналык
журналы

№ 2, (апрель-июнь) 2013

УЧРЕДИТЕЛЬ: Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

ТҮЗҮҮЧҮ: Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо министрлиги

Журнал перерегистрирован в Министерстве юстиции Кыргызской Республики
6 ноября 2003 г., свидетельство № 885.

КРнын Адилет министрлигинде каттоодон өткөн 2003 жыл, 6 ноябрь, № 885 күбөлүк.

Журнал входит в перечень изданий для публикаций основных научных результатов диссертации, утвержденный Постановлением Президиума Высшей аттестационной комиссии Кыргызской Республики от 25 сентября 2009 г. № 6-4/12.

Журнал Кыргыз Республикасынын 2009- жылдын 25 - сентябрындагы № 6-4/12 Жогорку аттестациялык комиссиянын Президиумунун токтому менен диссертациялардын негизги илимий жыйынтыктарын жарыялоочу басмалардын катарына киргизилген.

Выходит на русском и кыргызском языках. / Кыргыз жана орус тилдеринде чыгат.

Редакционная коллегия /Редакциялык жамааты:

Сагинбаева Д.З. (главный редактор / башкы редактор)

Суюмбаева П.У. (зам. главного редактора / башкы редактордун орун басары)

Калиев М.Т.

Элебесов Б.Д.

Кудаяров Д.К.

Мамытов М.М.

Мамытов А.Ж. (редактор по гос. языку /мамлекеттик тил боюнча редактор)

Бейсембаев А.А. (ответственный секретарь/жоопту катчы)

Уметалиева Н.Э. (ответственный секретарь/ жоопту катчы)

Редакционный совет /Редакциялык кеңеши:

Акимова В.А. (Ошская область)

Акунова Ж.К. (Ыссык-Кульская область)

Асылбеков Э.С. (Чуйская область)

Бердикожоева А. (Нарынская область)

Миянов М.О. (Жалал-Абадская область)

Нуралиев М.А. (город Бишкек)

Тороев С.Т. (Баткенская область)

Шадиев А.М. (Галасская область)

Научный совет / Илимий кеңеши:

Акынбеков К.У.

Бримкулов Н.Н.

Замалетдинова Г.С.

Кутманова А.З.

Куттубаев О.Т.

Тухватшин Р.Р.

Шаимбетов Б.О.

Ырысов К.Б.

Мнение редакции не всегда совпадает с мнением автора. Ответственность за содержание и достоверность материалов несут авторы.

Редакциянын ой-пикири дайыма эле авторлордун ой-пикири менен тура келе бербейт. Материалдын мааниси жана мазмуну үчүн жоопкерчилик авторлорго тиешелүү.

СОДЕРЖАНИЕ / МАЗМУНУ

КАРДИОЛОГИЯ И КАРДИОХИРУРГИЯ

- Джундубаев М.К., Данияров Б.С., Калиев Т.Б., Мырзакматов Ж.К., Аданов У.С., Сейтахунова Э.Д., Орунбаева В.К., Арзыбаева Ф.М., Бебезов И.Х.**
СТАНОВЛЕНИЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ.
ТУШТУК РЕГИОНДО ЖУРОК ХИРУРГИЯСЫН УЮШТУРУ МАСМЛЕЛЕРИ. 5
- Махмудов М.Т.**
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕКОТОРЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА (КУРЕНИЯ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ) СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ.
КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ЖАШООЧУЛАРЫНЫН АРАСЫНДА КЕЗДЕШУУЧУ ЖУРӨК-КАН ТАМЫР ООРУСУНУН БИР НЕЧЕ КОРКУНУЧ ФАКТОРЛОРУ 8
- Махмудов М.Т., Мамасаидов Ж.А., Ческидова Н.Б., Халматов А.Н., Романова Т.А., Полупанов А.Г.**
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ.
КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ЖАШООЧУЛАРЫНЫН АРАСЫНДА АРТЕРИАЛДЫК (кызыл кан тамыр) ГИПЕРТОНИЯСЫНЫН ТАРАЛЫШЫ. 12

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

- Джоошбаева Ж.О., Токтоматова А.Н.**
НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ (обзор). 16
- Исмаилова И.У., Рыбалкина Л.Д.**
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ТЕЧЕНИЕМ ПУЭРПЕРИЯ, ОСЛОЖНЕННЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ
ЭНДОМЕТРИТИ КАБЫЛДАП КЕТКЕН АЯЛДАРДЫН ПУЭРПЕРИЯ УБАГЫНДАГЫ КЛИНИКАЛЫК-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ 20
- Шоонаева Н. Д.**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В.
КУРЧ ВИРУСТУК В ГЕПАТИТИ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН АЯЛДАРДА ТӨРӨТТҮН ӨТҮШҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ. 23
- Шоонаева Н. Д.**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С.
КУРЧ ВИРУСТУК С ГЕПАТИТИ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН АЯЛДАРДА ТӨРӨТТҮН ӨТҮШҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ. 26

ХИРУРГИЯ

- Жаманкулова М.К.**
АЛЛОПЛАСТИКА ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ.
ЧУРАЙ ЧУРКУСУН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДО АЛЛОПЛАСТИКАНЫН КОЛДОНУЛУУСУ. 29
- Жантеев М.Е., Алмабаев С.Б., Калыбеков Д.Д., Малибеков Ж.Ж., Кадырбаев Т.К.**
ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ ВЫЗЫВАВШИЙ ИНВАГИНАЦИЮ КИШЕЧНИКА.
ИШЕК ИНВАГИНАЦИЯСЫН ТУДЫРҒАН МЕККЕЛЬ ДИВЕРТИКУЛЫ. 31

СТОМАТОЛОГИЯ

- Кыдыкбаева Н.Ж.**
РОЛЬ ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (лекция).
ТИШ ООРУЛАРЫН АЛДЫН АЛУУГА ТАМАКТАНУУНУН РОЛУ. 33

Кыдыкбаева Н.Ж., Султанбаева С.У.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СВЕТООТРАЖАЕМОГО ГЕРМЕТИКА ФИССУЛАЙТ.
ФИССУЛАЙТ ГЕРМЕТИКТИН СВЕТ МЕНЕН КАТЫРУУЧУ ЫКМАНЫН КОЛДОНУЛУШУ. 36

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Бокчубаев Э.Т., Саадакбаева Г.А., Абилов Б.А., Уметалиева Н.Э.

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ НА ОСНОВЕ
МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ.
МЕДИЦИНАЛЫК УЮМДАРДА ЭЛ АРАЛЫК СТАНДАРТТАРДЫН НЕГИЗИНДЕГИ САПАТ
МЕНЕДЖМЕНТИНИН СИСТЕМАСЫ. 38

Майканаев Б.Б., Бокчубаев Э.Т., Абилов Б.А.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ БОЛЬНИЦ НА
ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА. 43

Саадабаева Г.А.

ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.
КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА МЕДИЦИНАЛЫК КЫЗМАТТАРДЫН ЖЕТКИЛИКТҮҮЛҮГҮ. 45

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Койбагарова А.А.

БЕЛКОВЫЙ ОБМЕН У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ
ИНФЕКЦИИ НА ФОНЕ РАДИОНУКЛИДНОЙ НАГРУЗКИ.
РАДИОНУКЛИДДИК ЖҮКТӨМДҮН ФОНУНДАГЫ ГЕРПЕС ИНФЕКЦИЯСЫ БАР
ЖАНЫБАРЛАРДЫН БЕЛОК АЛМАШУУСУ. 48

Койбагарова А.А.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МИКРО-, МАКРОФАГАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
ЛЕЙКОЦИТОВ У ЖИТЕЛЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В БЛИЗИ УРАНОВЫХ ХВОСТОХРАНИЛИЩ НА
ФОНЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ.
УРАН КАЛДЫКТАРЫ КӨМҮЛГӨН ЖЕРГЕ ЖАКЫН ЖАШАГАН АДАМДАРДА ГЕРПЕС
ИНФЕКЦИЯСЫНЫН ФОНУНДА ЛЕЙКОЦИТТЕРДИН МИКРО-МАКРОФАГАЛДУУ
ФУНКЦИЯСЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ. 50

Усубалиев М.Б.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕРМАТОМИКОЗОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.
ДЕРМАТОМИКОЗДОРДУН КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА ТАРАЛЫШЫ. 54

Усубалиев М.Б., Балтабаев М.К., Юсупова Д.М.

ЛЕЧЕНИЕ МИКОЗОВ СТОП С ЭКССУДАТИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ.
БУТ КЕТМЕНИНИН ЭКССУДАТИВДЫК КӨРҮНҮШҮ МЕНЕН ӨТКӨН МИКОЗ ИЛДЕТИН
ДАРЫЛОО. 57

ПРИКАЗ № 307 от 31.05.13 г.

«Об утверждении инструктивных документов по правилам передачи
детей, оставшихся без попечения родителей на усыновление
(удочерение)/опекунства гражданам Кыргызской Республики, постоянно
проживающих на территории Кыргызской Республики, гражданам
Кыргызской Республики, проживающим за пределами территории
Кыргызской Республики, а также иностранным гражданам» 61

КАРДИОЛОГИЯ И КАРДИОХИРУРГИЯ

СТАНОВЛЕНИЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕТУШТУК РЕГИОНДО ЖУРОК ХИРУРГИЯСЫН
УЮШТУРУ МАСМЛЕЛЕРИ

*Джундубаев М.К., Данияров Б.С., Калиев Т.Б.,
Мырзакматов Ж.К., Адамов У.С., Сейтахунова Э.Д.,
Орунбаева В.К., Арзыбаева Ф.М., Бебезов И.Х.*

**Южный Региональный Научный Центр
Сердечно-Сосудистой Хирургии,
Журук - Кантамыр Хирургиясынын Туштук
Регионалдык Илимий Борбору,
Жалалабад ш., Кыргыз Республикасы.**

В последнее десятилетие сердечно-сосудистые заболевания, являются серьезной проблемой деятельности государственных, социальных и медицинских органов в большинстве стран мира в связи с высокой смертностью, заболеваемостью и инвалидизацией среди трудоспособной части населения.

В социально развитых странах благодаря обдуманной, тщательно подготовленной и хорошо осуществляемой программе, направленной преимущественно на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, в течение 20 лет смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась более чем на 50%, в то время как в Кыргызстане отмечается значительный рост. Так, согласно статистическим данным в Кыргызской Республике за последние 2 года уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний вырос в 1,5 раза и достиг 60% от общего числа умерших, что примерно в 1,8 раз выше среднеевропейского уровня. Необходимо отметить, что из этой популяции подавляющее число составляют лица трудоспособного возраста, что несомненно отражается на социально-экономическом развитии Республики.

К основным недостаткам ведения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями на уровне первичного и вторичного звена относится - недостаток научно-обоснованного и квалифицированного подхода к профилактике, и раннему диагностированию сердечной патологии. Таким образом, при недостаточном количестве специализированных центров, повышается летальность от сердечно-сосудистых причин, что связано с поздним выявлением и плохим прогнозом течения заболевания.

В последние годы в РФ и Казахстане согласно рекомендациям ВОЗ (500 операций на один миллион населения) открыто большое количество кардиохирургических центров (отделений), в которых в среднем производится от 500 до 3000 операций в год. В Кыргызстане до 2011 года имелся единственный кардиохирургический центр в г. Бишкеке, который выполнял от 200 до 500 операций в год. Грубая

статистика показывает, что более 80% пациентов нуждающихся в кардиохирургической помощи не могут ее получить.

В некоторой степени плохая обращаемость и выявляемость среди населения КР может быть связана с особенностями территориальной отдаленности и труднодоступности. С учетом, что более 70% населения проживает в Южном регионе (Джалал-Абадская, Ошская, Баткенская область), с целью ранней диагностики, улучшения лечения, снижения смертности и улучшения качества жизни населения региона, в октябре 2010 года подписан приказ о создании Южного Филиала Научно-исследовательского института хирургии сердца и трансплантации органов (ЮФНИИХСТО).

Первоначально планировалось размещение ЮФНИИХСТО на базе Областного Центра Крови (1 и 2 этаж) в 3 этажном здании, сданном в эксплуатацию в 1961 году. Однако последующие совместные с МЗКР комиссии с ведущими кардиохирургами (специалист МЗ Тойматов С.Ш., директор РЦПК к.м.н. Турсунбаев М.С., главный врач НИИХСТО к.м.н. Бебезов И.Х., зам. директора по науке д.м.н. Ашимов Ж.И., к.м.н. Джундубаев М.К., Мырзакматов Ж.К., и т.д.) показали целесообразность размещения кардиохирургического стационара на втором и третьем этаже здания. В итоге прибывшим из НИИХСТО специалистам предложили организовать работу стационара на третьем и половине второго этажа здания.

Согласно штатной структуре ЮФНИИХСТО утвержденной МЗ КР планировалось использование коечного фонда в количестве 18 коек за счет отделения сердечно-сосудистой хирургии 15 коек (второй этаж) и отделения анестезиологии и реанимации с операционным блоком 3 койки (третий этаж).

В январе 2011года после освобождения третьего и частично второго этажа здания администрацией Областного Центра Крови, сотрудниками ЮФНИИХСТО своими силами при поддержке нескольких меценатов (Борубаев Т., Коновалов И.В., Исраилов А.И., Назарбаева Г.Т., Калматова З.А., ассоциации провизоров области «Адилет фарм» во главе с Батыровым Т.Н., жители села Кызыл-Шарк, Кыргызско-немецким дом во главе с Диль В.И., Кыргызско-американский фонд «Сострадание» во главе с Камчибековой Г., «Проект Хоуп» во главе с Сыдыковой Г.О.), а также областной администрации и мэрии города Джалал-Абад был проведен косметический и текущий ремонт системы водоснабжения и электроснабжения части второго этажа второго этажа.

С марта 2011 года начал работать стационар с оказанием консультативной и лечебной

помощи больным кардиохирургического профиля. На отреставрированной половине второго этажа развернуто 3 палаты для больных, перевязочный и



(операционная до ремонта)

процедурный кабинеты, санитарная комната, ординаторская для врачей, кабинет главной медсестры с аптекой. Несмотря на стремление и желание коллектива, учитывая имеющийся материальный потенциал и посильную спонсорскую помощь, запуск в работу третьего этажа (по плану операционный блок и реанимация) в первый год оказалось неосуществимым.

Однако, несмотря на это, директором Бебезовым И.Х. и коллективом ЮФНИИХСТО решено было временно развернуть операционную и палату интенсивной терапии на части второго этажа.

21.03.11 директор ЮФНИИХСТО Бебезов И.Х., успешно выполнил операцию по удалению гигантской миксомы сердца и на 12 сутки



больная была выписана

(реанимация до ремонта)

домой с выздоровлением. Таким образом, несмотря на имеющиеся трудности уже в марте 2011 года была выполнена первая операция на остановленном сердце в условиях искусственного кровообращения.

Все это время сотрудниками ЮФНИИХСТО, непрерывно проводились консультации в поликлиниках г. Джалал-Абад, и близлежащих районов. Также выездной бригадой проводилось скрининговое обследование детей в средних школах сел



(после первой операции в старой операционной)

В марте 2011года в ЮФНИИХСТО обратилась больная, у которой была диагностирована огромная миксома сердца с признаками заклинивания в левое атриовентрикулярное отверстие и развитием отека легких. После консилиума решено было выполнить экстренную операцию по жизненным показаниям.

Джалал-Абадской области (Мундуз, Бостон и т.д.), Ошской области (в селах Кызыл-Шарк, Савай и т.д.). В отделении проводилось лечение больных с терминальной сердечной недостаточностью и отбор пациентов для операции.

Первая, удачно выполненная операция, профессионализм молодого коллектива, энергичность и решительность директора позволили уже к концу года выполнить 27 операции на сердце, которые включали больных с различными врожденными и приобретенными пороками сердца. Несмотря на выполненные операции, первый год стал для коллектива ЮФНИИХСТО «годом строительства и оснащения». За счет помощи со стороны городского кенеша г. Джалал-Абад и лично Осмоновой А.Ш. на 1000000 сомов к концу 2011 года выполнен частичный капитальный ремонт 3 этажа, благодаря чему в 2012 году был открыт новый операционный зал и реанимационный блок. За счет спонсорских средств и заработанного специального счета приобретены медицинская техника (частично) и расходные материалы, а также получены строительные материалы



(операционная после ремонта)

для ремонта крыши (министр по восстановлению городов Ош и Джалал-Абад Жээнбеков Ж.А.).

Вместе с профессиональным ростом, укрепился авторитет ЮФНИИХСТО как специализированного учреждения третичного уровня в системе здравоохранения Южного Региона. В ноябре 2011 году решением коллектива и согласием МЗ КР ЮФНИИХСТО переведён в статус Южного Регионального Научного Центра Сердечно-Сосудистой Хирургии (ЮРНЦССХ).

Формирование полноценного и слаженно работающего коллектива позволило уже за 6 месяцев 2012 года выполнить более 40 операций на сердце.

Спектр выполненных операций стал сравнимым с выполняемыми в НИИХСТО, операции при сложных врожденных пороках сердца (тетрада Фалло, АВК, множественные дефекты перегородок и т.д.) и многоклапанных поражениях сердца.

Впервые в Южном Регионе выполнены такие операции как АКШ, протезирование восходящей части аорты, пластические операции на клапанах сердца и т.п.

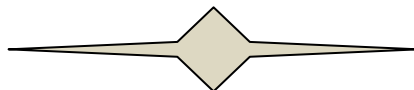
Таким образом, можно констатировать факт открытия, становления и возможностей для развития кардиохирургической службы в Южном Регионе.



(реанимация после ремонта)

Дальнейшее развитие специализированной службы доступной для жителей Южного Региона поможет снизить смертность и улучшить качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями кардиохирургического профиля, чему может способствовать решение МЗ КР о назначении в сентябре 2012 г. директором ЮРНЦССХ уроженца Джалал-Абадской области, заслуженного врача КР, профессора, доктора медицинских наук Абдраманова К.А.

Коллектив авторов желает дальнейших успехов и профессионального роста ЮРНЦССХ.



УДК 616.1-08(575.2)

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕКОТОРЫХ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА
(КУРЕНИЯ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ
АЛКОГОЛЕМ) СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Махмудов М.Т.

**Национальный центр кардиологии и терапии
имени академика М. Миррахимова при МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В статье представлены данные по частоте курения и злоупотребления алкоголем среди жителей нашей республики. Изучена зависимость распространения данных факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии от пола, возраста, уровня образования и семейного положения.

Ключевые слова: *сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, алкоголь, курение*

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
ЖАШООЧУЛАРЫНЫН АРАСЫНДА
КЕЗДЕШҮҮЧҮ ЖҮРӨК-КАН ТАМЫР
ООРУСУНУН БИР НЕЧЕ КОРКУНУЧ
ФАКТОРЛОРУ**

(тамеки чегүү жана спирт ичимдиктерин колдонуу)

**Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо
министирлигинин алдындагы академик
М.Миррахимов атындагы терапия жана
кардиология улуттук борбору.
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Макалада республикабыздын жашоочуларынын арасында алкоголь ичимдиктерин колдонуу жана чылым чегүүнүн аймактары боюнча маалыматтар сунушталды. Бул коркунучтуу факторлордун таралуусу кан тамыр патологиясына жыныстан, жаштан, билим деңгээлинен жана үй- бүлөлүк абалынан көз карандылыгы изилденди.

Негизги сөздөр: *жүрөк-кан тамыр оорусу, коркунуч факторлору, алкоголь (спирт ичимдиктери), чылым чегүү.*

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смертности населения во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире от ССЗ умирает 17,5 миллионов человек, что составляет около 30% в структуре всех причин смертности [1,2]. Не является исключением и Кыргызская Республика. В частности, по данным Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ, 2008 год) [3] сердечно-сосудистые заболевания в нашей республике занимают первое место в структуре общей смертности населения, составляя почти половину (48,8%) всех случаев ежегодных смертей. Причем, начиная с 1991 года, отмечается резкое и прогрессивное ухудшение данного показателя. Так, если в 1991 году на долю

смертности от болезней сердечно-сосудистой системы приходилось 261,9 случаев на 100 тыс. населения (по данным РМИЦ), то в 2008 году уровень этого показателя достиг 330,5 случаев на 100 тыс. населения, то есть возрос на 33,9 % ($p < 0,001$).

Смертность от ССЗ напрямую связана с распространением их факторов риска. Факторы риска (ФР) ССЗ были выявлены в результате различных эпидемиологических исследований, проводившихся на протяжении последних 50 лет [4,5]. В результате исследований были выявлены следующие основные ФР, ведущие к ССЗ: артериальная гипертензия (АГ), повышенный уровень холестерина в крови – гиперхолестеринемия (ГХ), курение, ожирение и избыточная масса тела (ИзМТ), сахарный диабет (СД) и т.д.

В нашей стране исследования, касающиеся распространенности ФР ССЗ проводились преимущественно в советское время [6,7]. Однако, с тех пор значительно изменился социально-экономический уклад жизни населения, возрос уровень популяционного стресса, ухудшилось качество оказания медицинской помощи населению. Эти и другие причины, несомненно, сказались на распространенности основных риск-факторов ССЗ. Поэтому представляется актуальным тщательное изучение особенностей распространения и выраженности ФР заболеваний сердечно-сосудистой системы в нашей стране с целью определения стратегии и тактики борьбы с наиболее распространенными и социально значимыми болезнями сердца, такими как коронарная болезнь сердца (КБС) и цереброваскулярные заболевания.

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности таких факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний как курение и злоупотребление алкоголем среди трудоспособного населения нашей республики.

Материал и методы исследования. Данное исследование было проведено в рамках международного проекта «ИНТЕРЭПИД», в котором помимо Кыргызстана приняли участие Российская Федерация, Казахстан и Индия. На основании избирательных списков жителей г. Кант и пгт. Орловка случайным методом была сформирована когорта, состоящая из 1672 человек, которая являлась репрезентативной по половозрастному составу населения и включающая не менее 10% жителей, проживающих в указанных населенных пунктах. Выборка формировалась специалистами по клинической эпидемиологии Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины (Москва, Россия). Из 1672 человек, включенных в когорту, нами было обследовано 1330 человек, что составило 79,5% от общей численности выборки, что считается достаточным для получения

достоверных данных при проведении подобного рода исследований. У всех больных было получено согласие на проведение исследования.

Половозрастная структура обследованного населения представлена в табл. 1.

Таблица 1

Половозрастная структура обследованного населения

Возраст	Всего (n=1330)	Мужчины (n=567)	Женщины (n=763)
До 30 лет	277 (20,8%)	148 (26,1%)	129 (16,9%)
30-39 лет	279 (21,0%)	139 (24,5%)	140 (18,4%)
40-49 лет	328 (24,7%)	112 (19,8%)	216 (28,3%)
50-59 лет	285 (21,4%)	100 (17,6%)	185 (24,2%)
Старше 60 лет	161 (12,1%)	68 (12,0%)	93 (12,2%)

Большинство обследованных нами лиц были кыргызами – 744 человека (55,9%), русских – 463 человека (34,8%). На долю остальных национальностей (казахи, немцы, корейцы, дунгане, татары, узбеки, уйгуры, украинцы, грузины, армяне, азербайджанцы, белорусы) приходилось 9,3%.

Большинство обследованных лиц были женаты/замужем (68,3%), не женатых – 16,1%, разведенных – 7,6%, вдовствующих – 8,0%. Высшее образование имели 494 человека (37,1%), остальные 836 обследованных (62,9%) – среднее или начальное образование. Работающих среди обследованных лиц было 780 человек (58,6%), никогда не работали 148 человек (11,1%), временно безработными являлись 246 человек (18,5%), пенсионеры составляли 134 человека (10,1%) и не работали по инвалидности 22 пациента (1,7%). Всего на инвалидности находилось 29 обследованных. Из них 1-ю группу имели 2 пациента (0,15%), вторую – 24 пациента (1,8%) и 3-ю группу - 3 больных (0,23%).

Все обследованные заполняли специальную анкету, разработанную Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины (Москва, Россия). Карта профилактического обследования включала паспортную часть, вопросы по семейному и личному анамнезу, наличие факторов риска, включая структуру питания, данные по обращаемости за медицинской помощью и нетрудоспособности, объективные данные, а также вопросники: Роузе, на наличие симптомов сердечной недостаточности, вопросник на уровень стресса (Reeder L., 1973), вопросник по качеству жизни, а также госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS. Помимо заполнения анкеты нами были проведены следующие обследования: измерение роста, веса и объема талии, АД и ЧСС, снятие ЭКГ, а также определение ряда биохимических показателей: уровня сахара и креатинина крови и липидного спектра (уровни ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов).

Курение: наличие данного фактора риска признавалось в случае выкуривания в течение суток хотя бы одной сигареты (а также курение в анамнезе). Кроме того, оценивалось наличие факта пассивного курения.

Под чрезмерным употреблением алкоголя понималось употребление в день более 30 мл этанола для мужчин и более 15 мл для женщин.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программ STATISTICA 6.0 и BIOSTAT с использованием пакета стандартных статистических программ. Достоверность различий между группами определяли с помощью непараметрического критерия Z, критерия Манна-Уитни, а также параметрического t-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При оценке статуса курения нами были получены следующие данные. В общем, по всей выборке частота курения составила 24,6% (327 респондентов) и еще 68 человек (5,1%) отмечали курение в прошлом. Закономерно распространенность данного фактора риска была существенно выше у мужчин, чем у женщин (46,9% против 8,0%, РД-0,36; 95%ДИ 0,31-0,40; $p < 0,001$). В среднем по группе число выкуриваемых сигарет составило 12,7±8,7 сиг/сут (13,5±8,8 сиг/сут у мужчин и 7,5±5,5 сиг/сут у женщин, $p < 0,001$). До 10 сиг/сут выкуривали 34,6% респондентов (28,6% мужчин и 60,7% женщин, РД-0,32; 95%ДИ 0,19-0,45; $p < 0,001$), от 10 до 20 сиг/сут – 30,6% (30,1% мужчин и 32,8% женщин, различия недостоверны), более 20 сиг/сут – 34,8% опрошенных (41,3% мужчин и 6,5% женщин, РД-0,35; 95%ДИ 0,21-0,48; $p < 0,001$).

Таблица 2

Поло-возрастная распространенность курения среди обследованного населения

Возраст	Все (n=1330)	Мужчины (n=567)	Женщины (n=763)	РД, 95%ДИ, р
До 30 лет	70 (25,3%)	68 (45,9%)	12 (9,3%)	0,37 (0,26-0,47); <0,001
30-39 лет	86 (30,8%)	67 (48,2%)	19 (13,6%)	0,35 (0,24-0,45); <0,001
40-49 лет	79 (24,1%)	61 (54,5%)	18 (8,3%)	0,46 (0,36-0,56); <0,001
50-59 лет	50 (17,5%)	40 (40%)	10 (5,4%)	0,35 (0,25-0,44); <0,001
60 лет и более	32 (19,9%)	30 (44,1%)	2 (2,1%)	0,42 (0,30-0,54); <0,001

Примечание: РД – разность долей; ДИ – доверительный интервал; р- достоверность различий между мужчинами и женщинами; нд – различия недостоверны.

Средний возраст начала курения в общем по группе составил 18,8±5,2 лет, прием мужчины начинали курить гораздо раньше женщин (17,8±4,4 года у мужчин и 22,6±6,8 лет у женщин, $p < 0,001$). Распространенность курения в зависимости от пола и возраста представлена в табл. 2. Как из следует, наибольшая распространенность курения отмечалась в

возрастной группе 30-39 лет (30,8% респондентов). В дальнейшем частота курения прогрессивно снижалась, составляя в возрасте 50-59 лет 17,5% ($p < 0,001$). Данная тенденция отмечалась как среди мужчин, так и женщин (табл. 2), однако следует отметить, что если пик распространенности курения у женщин приходился на 4-ю декаду жизни, то у мужчин - на возрастную период с 40 до 49 лет. Примечательно, что высокая частота курения (40% и выше) регистрируется среди мужчин даже старших возрастных групп (в возрасте 50-59 лет – 40%, в возрасте 60 лет и старше – 44,1%).

Нами не было выявлено четкой зависимости частоты курения в зависимости от семейного положения. Так, распространенность курения среди женатых составляла 25,3% и была сопоставима с величиной аналогичного показателя среди неженатых/незамужних респондентов (22,3%, $p > 0,05$). Однако данное утверждение было справедливо для мужчин, но не для женщин. Так, частота курения среди незамужних составила 11,0% и была почти вдвое выше, чем у замужних (6,3%, РД-0,05; 95%ДИ 0,01-0,09; $p = 0,031$). В то же время частота курения среди женатых и неженатых мужчин была сопоставима (47,6% и 45,0% соответственно, $p > 0,05$).

Уровень образования, напротив, оказывал большее влияние на частоту курения у мужчин. Так, распространенность курения среди мужчин с высшим образованием составляла 35,5% и была существенно ниже в сравнении с мужчинами со средним образованием (55,6%, РД-0,20; 95%ДИ 0,11-0,29; $p < 0,001$). У женщин данной закономерности не отмечалось (10,2% и 7,2% у лиц с высшим и средним образованием соответственно, $p > 0,05$).

Кроме того, в нашем исследовании была выявлена высокая частота пассивного курения, которая почти в 3 раза превышала частоту активного курения. В частности, факт пассивного курения отмечали 61,2% опрошенных (77% мужчин и 56,9% женщин). Причем, если мужчины подвергались воздействию табачного дыма преимущественно на работе (60,5% против 22,3% у женщин, РД-0,37; 95%ДИ 0,32-0,42; $p < 0,001$), то женщины преимущественно в домашних условиях (40,4% против 14,8% у мужчин; РД – 0,28; 95%ДИ 0,23-0,32; $p < 0,001$).

Анализ данных по частоте приема алкогольных напитков показал следующее. Не употребляли алкоголь 36,4% респондентов (33,7% мужчин и 38,4% женщин, $p > 0,05$). Ежедневное употребление алкоголя отмечали 1,9% анкетированных (4,2% мужчин и 0,1% женщин, РД-0,04; 95%ДИ 0,03-0,05; $p < 0,001$), употребление алкогольных напитков 1-2 раза в неделю – 9,4% (16,8% мужчин и 3,9% женщин, РД-0,13; 95%ДИ 0,1-0,16; $p < 0,001$), 1-2 раза в месяц – 26,5% (28,0% мужчин и 25,3% женщин, различия достоверны), несколько раз в год – 25,5% респондентов (17,3% мужчин и 32,3% женщин, РД-0,15; 95%ДИ 0,10-0,20; $p < 0,001$).

Употребление алкоголя 1-2 раза в неделю и чаще нами было расценено как частое, 1-2 раза в месяц – как умеренное и несколько раз в год – как редкое. Частота приема алкоголя в зависимости от возраста

представлена в табл. 3. Как из неё следует, в возрасте до 30 лет не употребляют алкоголь 40,4%. Наименьшее количество лиц, не употребляющих алкоголь, приходится на возраст 30-39 лет (26,5%). В дальнейшем наблюдается прогрессивное увеличение числа респондентов, не потребляющих алкогольные напитки, доля которых в возрасте более 60 лет составляет 42,2% (табл. 3). Наибольшее число лиц, часто употребляющих спиртные напитки, приходится на возраст 30-39 лет (19,4%). Но уже в возрасте 40-49 лет число людей, часто потребляющих алкоголь, уменьшается практически втрое и сохраняется в 3-х последующих декадах жизни. Доля умеренно пьющих респондентов также максимальна в возрасте 30-39 лет (30,5%), а затем прогрессивно уменьшается с увеличением возраста. Доля редко пьющих людей колеблется от 22,4% до 29,8%, существенно не изменяясь в различных возрастных периодах (табл. 3).

Таблица 3

Возрастная распространенность частоты употребления алкоголя среди обследованного населения

Возраст	Не употребляют	часто	умеренно	редко
До 30 лет (1)	112 (40,4%)	33 (11,9%)	70 (25,3%)	62 (22,4%)
30-39 лет (2)	74 (26,5%)	54 (19,4%)	85 (30,5%)	66 (23,7%)
40-49 лет (3)	115 (35,1%)	25 (7,6%)	92 (28,0%)	96 (29,3%)
50-59 лет (4)	115 (40,4%)	22 (7,7%)	76 (26,7%)	72 (25,3%)
60 лет и более (5)	68 (42,2%)	16 (9,9%)	29 (18,0%)	48 (29,8%)
РД; 95%ДИ; p	p2-5: 0,16 (0,07-0,25); <0,001	p2-3: 0,12 (0,06-0,17); <0,001	нд	нд

Примечание: РД – разность долей; ДИ – доверительный интервал; p- достоверность различий между мужчинами и женщинами; нд – различия недостоверны.

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что семейное положение респондентов не оказывает существенного влияния на частоту потребления ими алкоголя. Так, не употребляли алкоголь 36,6% женатых/замужних лиц и 36,0% неженатых/незамужних ($p > 0,05$), частое употребление отмечалось в 11,8% и 10,2% соответственно ($p > 0,05$), умеренное – в 26,7% и 26,1% случаев соответственно ($p > 0,05$) и редкое – в 25,0% и 27,7% случаев соответственно ($p > 0,05$).

В то же время нами была выявлена зависимость частоты потребления алкогольных напитков от уровня образования респондентов. Так, лица с высшим образованием достоверно реже не потребляли алкоголь (32,8% против 38,5% для лиц со средним образованием, РД-0,06; 95%ДИ 0,01-0,11; $p = 0,042$). В то же время среди первых существенно выше была доля

лиц, употребляющих алкоголь более 1 раза в неделю (15,2% против 9,0% для лиц со средним образованием, $R^2=0,06$; 95%ДИ 0,03-0,10; $p<0,01$). Доля умеренно и редко пьющих людей среди респондентов с высшим и средним образованием существенно не различалась (для умеренно пьющих: 27,3% и 26,0% соответственно, $p>0,05$; для редко пьющих: 24,7% и 26,6% соответственно, $p>0,05$).

Однако, в настоящее время считается общепринятым, что не частота приема алкоголя, а максимальное его потребление за день служит критерием для оценки наличия такого фактора риска как избыточное потребление алкоголя. Как свидетельствуют результаты проведенного нами исследования, избыточно потребляли алкоголь 405 респондентов (30,5%), мужчины существенно чаще женщин (41,6% и 22,1% соответственно, $R^2=0,20$; 95%ДИ 0,15-0,25; $p<0,001$). Избыточно употребляли пиво 219 обследованных (16,5%), вино – 127 человек (9,5%) и крепкие спиртные напитки – 239 респондентов (18,0%). При этом мужчины наиболее часто злоупотребляли крепкими спиртными напитками (29,5%) и пивом (22,2%). Чрезмерное употребление вина выявлено только у 10,1% мужчин. Несколько иная ситуация отмечалась у женщин: у последних наиболее часто встречался пивной алкоголизм (12,2%). Избыточное потребление вина и крепких спиртных напитков регистрировалось у женщин в 9,2% и 9,3% случаев соответственно.

Заключение. Согласно результатам нашего исследования, частота курения среди жителей нашей республики составила в среднем 24,6%, причем мужчины курили существенно чаще, чем женщины. Средний возраст начала курения у мужчин приходился на 17 лет, у женщин - на 22 года. Пик распространенности курения у женщин приходился на 4-ю декаду жизни, у мужчин на возраст 40-49 лет. В дальнейшем с увеличением возраста частота курения снижалась.

Выявлена зависимость распространенности курения от образования респондентов-мужчин: у мужчин с высшим образованием данный показатель был существенно ниже в сравнении с мужчинами со средним образованием. У женщин данной закономерности не отмечалось. В то же время не было выявлено четкой зависимости частоты курения от семейного положения. Кроме того, в нашем исследовании была выявлена высокая частота пассивного курения, которая почти в 3 раза превышала частоту активного курения. В частности, факт пассивного курения отмечали 61,2% опрошенных. Причем, если мужчины подвергались воздействию табачного дыма преимущественно на работе, то женщины преимущественно в домашних условиях.

Частое употребление алкоголя регистрировалось у 11,3% респондентов, существенно чаще у мужчин, чем у женщин. Наибольшее число лиц, часто употребляющих спиртные напитки, приходится на возраст 30-39 лет (19,4%). Но уже в возрасте 40-49 лет число людей, часто потребляющих алкоголь, уменьшается практически втрое и сохраняется в 3-х

последующих декадах жизни. Доля умеренно пьющих респондентов также максимальна в возрасте 30-39 лет (30,5%), а затем прогрессивно уменьшается с увеличением возраста. Доля редко пьющих людей колеблется от 22,4% до 29,8%, существенно не изменяясь в различных возрастных периодах. Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что семейное положение респондентов не оказывает существенного влияния на частоту потребления ими алкоголя. В то же время нами была выявлена зависимость частоты потребления алкогольных напитков от уровня образования респондентов: среди людей с высшим образованием была существенно выше доля лиц употребляющих алкоголь более 1 раза в неделю.

Литература

1. Williams B. The changing face of hypertension treatment: treatment strategies from the 2007 ESH/ESC hypertension Guidelines. // J. Hypertens. – 2009. – Vol. 27. - Suppl 3. – P.S19-26.
2. Lazzini A., Lazzini S. Cardiovascular disease: an economical perspective. // Curr. Pharm. Des. – 2009. – Vol. 15. – N.10. – P. 1142-1156.
3. Кыргызстан в цифрах. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. – Бишкек, 2008. – 335 с.
4. Kannel W.B. Risk factor analysis. // Progr. Cardiovasc. Dis. – 1984. – Vol. 26. – N. 4. – P. 309 - 332.
5. Stamler J. The prevention and control of epidemic coronary heart disease: scientific foundations and strategic approaches // Int. J. Cardiol. – 1983. – Vol. 4. – P. 207 - 215.
6. Мейманалиев Т.С., Айтбаев К.А., Шлейфер Е.А. и др. Распространенность ИБС и факторов риска ее возникновения у мужчин 20-54 лет г.Фрунзе. // Здоровоохранение Киргизии. – 1987. - №4. – С. 7-11.
7. Мейманалиев Т.С., Шлейфер Е.А., Мадаминов Я.К. и др. // Актуальные вопросы кардиальной патологии в Кыргызской ССР. – Фрунзе, 1984. – С.123-128.

FREQUENCY OF SOME CARDIOVASCULAR RISK FACTORS (SMOKING AND ALCOHOL CONSUMPTION) AMONG THE RESIDENTS OF KYRGYZ REPUBLIC

Makhmudov M.T.

National Center of Cardiology and Therapy,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Data on the frequency of smoking and alcohol consumption among the people of our country are presented in this article. It was studied the association between the data of distribution of risk factors for cardiovascular disease with gender, age, educational level and marital status.

Key words: cardiovascular disease, risk factors, alcohol, smoking.

УДК: 616.1-08(575.2)

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

*Махмудов М.Т., Мамасаидов Ж.А., Ческидова Н.Б.,
Халматов А.Н., Романова Т.А., Полупанов А.Г.*

**Национальный центр кардиологии и терапии
имени академика М. Миррахимова при МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В работе изучена частота встречаемости артериальной гипертензии с учетом пола, возраста, семейного положения и общеобразовательного уровня населения.

Ключевые слова: факторы риска, сердечно-сосудистые заболевания, артериальная гипертензия.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
ЖАШООЧУЛАРЫНЫН АРАСЫНДА
АРТЕРИАЛДЫК (кызыл кан тамыр)
ГИПЕРТОНИЯСЫНЫН ТАРАЛЫШЫ.**

**Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо
министрлигинин алдындагы академик
М.Миррахимов атындагы терапия жана
кардиология улуттук борбору.
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Бул иште калктын жалпы билим деңгээлин жана үй-бүлөлүк абалын, жашын, жынысын эске алуу менен артериалдык (кызыл кан-тамыр) гипертониясынын кездешүүчү аймагы изилденди.

Негизги сөздөр: коркунуч факторлору, жүрөк кан-тамыр оорусу, артериалдык (кызыл кан-тамыр) гипертониясы.

Сравнительные данные исследования INTERHEART [1], проведенного в 52 странах по изучению распространенности факторов риска КБС, EUROASPIRE [2], Гарвардской школы общественного здоровья США [3] показали, что наиболее важными из них во многих странах мира являются артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение и психосоциальные факторы.

Артериальная гипертензия (АГ) – важнейший фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), во многом определяющий высокую смертность в нашей стране. Величина АД рассматривается как один из элементов стратификации общего (суммарного) сердечно-сосудистого риска, является определяющей, в силу своей высокой прогностической значимости и наиболее регулируемой переменной.

Многочисленные эпидемиологические исследования во всём мире [4-8] убедительно показали, что АГ многократно увеличивает частоту инфаркта миокарда (ИМ), мозгового инсульта (МИ), поражений сосудов, глаз, почек. При этом АГ

приводит к развитию МИ в 62% случаев (по данным ВФС - в 50% случаев), ИМ - в 49%. Вследствие АГ ежегодно в мире умирают около 7,1 миллиона человек [9]. По данным ВОЗ АГ имеют от 15 до 37% взрослого населения в мире, а у лиц старше 60 лет АГ встречается у каждого второго [9].

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности артериальной гипертензии среди трудоспособного населения нашей республики.

Материал и методы исследования. Данное исследование было проведено в рамках международного проекта «ИНТЕРЭПИД», в котором помимо Кыргызстана приняли участие Российская Федерация, Казахстан и Индия. Тип исследования: одномоментное эпидемиологическое сплошное. На основании избирательных списков жителей г. Кант и пгт. Орловка случайным методом была сформирована когорта, состоящая из 1672 человек, которая являлась репрезентативной по половозрастному составу населения и включающая не менее 10% жителей, проживающих в указанных населенных пунктах в возрасте 18-65 лет. Выборка формировалась методом случайных чисел специалистами по клинической эпидемиологии Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины (Москва, Россия). Из 1672 человек, включенных в когорту, нами было обследовано 1330 человек, что составило 79,5% от общей численности выборки, что считается достаточным для получения достоверных данных при проведении подобного рода исследований. У всех больных было получено согласие на проведение исследования.

Половозрастная структура обследованного населения представлена в табл. 1.

Таблица 1

Половозрастная структура обследованного населения

Возраст	Всего (n=1330)	Мужчины (n=567)	Женщины (n=763)
До 30 лет	277 (20,8%)	148 (26,1%)	129 (16,9%)
30-39 лет	279 (21,0%)	139 (24,5%)	140 (18,4%)
40-49 лет	328 (24,7%)	112 (19,8%)	216 (28,3%)
50-59 лет	285 (21,4%)	100 (17,6%)	185 (24,2%)
Старше 60 лет	161 (12,1%)	68 (12,0%)	93 (12,2%)

Большинство обследованных нами лиц были кыргызами – 744 человека (55,9%), русских – 463 человека (34,8%). На долю остальных национальностей (казахи, немцы, корейцы, дунгане, татары, узбеки, уйгуры, украинцы, грузины, армяне, азербайджанцы, белорусы) приходилось 9,3%.

Большинство обследованных лиц были женаты/замужем (68,3%), не женатых – 16,1%, разведенных – 7,6%, вдовствующих – 8,0%. Высшее образование имели 494 человека

(37,1%), остальные 836 обследованных (62,9%) – среднее или начальное образование. Работавших показателей: уровня сахара, креатинина крови и липидного спектра (уровни общего

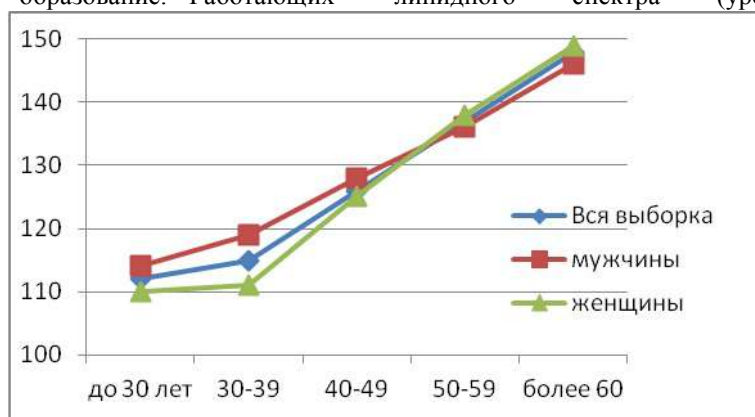


Рисунок 1. Уровни систолического АД в зависимости от возраста

среди обследованных лиц было 780 человек (58,6%), никогда не работали 148 человек (11,1%), временно безработными являлись 246 человек (18,5%), пенсионеры составляли 134 человека (10,1%) и не работали по инвалидности 22 пациента (1,7%). Всего

холестерина, ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов).

АД измерялось на обеих руках по методу Короткова с помощью анероидного сфигмоманометра в положении испытуемого сидя, придерживаясь общепринятых правил

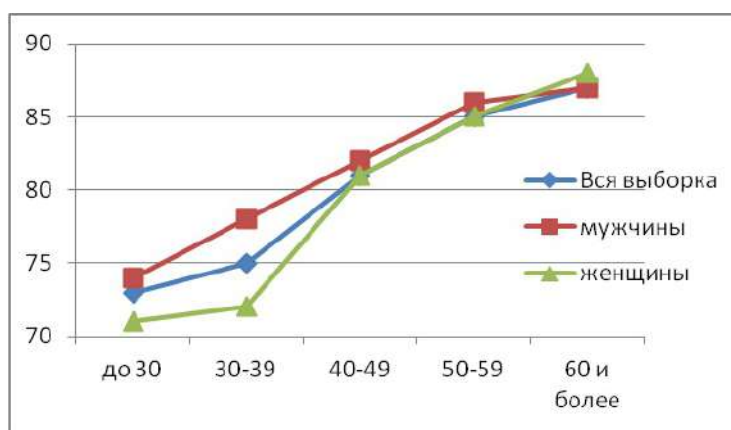


Рисунок 2. Уровни диастолического АД в зависимости от возраста

на инвалидности находилось 29 обследованных. Из них 1-ю группу имели 2 пациента (0,15%), вторую – 24 пациента (1,8%) и 3-ю группу - 3 больных (0,23%).

Все обследованные с помощью интервьюера (врач НЦКТ) заполняли специальную анкету «Карта профилактического обследования», разработанную Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины (Москва, Россия). «Карта профилактического обследования» состояла из 9 блоков информации и включала паспортную часть, вопросы по семейному и личному анамнезу, наличию факторов риска, включая структуру питания, данные по обращаемости за медицинской помощью и нетрудоспособности, объективные данные, а также вопросники: Роузе, на наличие симптомов сердечной недостаточности, вопросник на уровень стресса (Reeder L., 1973), вопросник по качеству жизни, а также госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS. Помимо заполнения анкеты нами были проведены следующие обследования: измерение роста, веса и объема талии, измерение АД и ЧСС, снятие ЭКГ, а также определение ряда биохимических

измерения давления (ВОЗ, 1986). Для анализа рассчитывался средний показатель из двух последовательных измерений. Критериями АГ служили: систолическое АД (САД) 140 мм рт.ст. и выше и/или диастолическое АД (ДАД) – 90 мм рт.ст. и выше, а также факт приема антигипертензивных средств. При выявлении повышенного АД пациент осматривался повторно через 2-3 дня.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программ STATISTICA 6.0 и BIOSTAT с использованием пакета стандартных статистических программ. Достоверность различий между группами определяли с помощью непараметрического критерия Z, критерия Манна-Уитни, а также параметрического t-критерия Стьюдента. Взаимосвязь между показателями оценивалась с помощью корреляционного анализа по Спирмену. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Среднее систолическое АД (САД) в обследованной популяции составило 126,2±22,1 мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) – 79,8±12,3 мм рт.ст., значимо не различаясь у мужчин и женщин (126,1±19,9/80,3±11,6 мм рт.ст. и 126,3±24,2/79,5±12,8 мм рт.ст. соответственно, p>0,05).

Как показано на рис. 1 и 2, уровни как систолического, так и диастолического АД прогрессивно увеличивались с возрастом. Так, в возрасте до 30 лет уровни АД составляли 112,5±11,0/72,7±8,0 мм рт.ст., в возрасте 30-39 лет – 115,2±13,6/75,5±10,4 мм рт.ст., 40-49 лет – 126,3±19,8/80,9±12,0 мм рт.ст., 50-59 лет – 137,7±23,8/85,4±12,3 мм рт.ст. и в возрасте старше 60 лет – 148,3±24,7/87,4±12,6 мм рт.ст. При этом отметим, что до 40-летнего возраста уровни САД и ДАД у мужчин превышали аналогичные показатели у женщин. Так, у мужчин до 30 лет уровень АД составил 114,4±8,3/73,8±8,3 мм рт.ст. превышал таковой у женщин (110,4±11,1/71,4±7,5 мм рт.ст., p<0,01). В возрастной группе 30-39 лет отмечалась аналогичная ситуация (119,3±11,7/78,4±10,0 мм рт.ст. у мужчин и 111,1±14,2/72,7±10,1 мм рт.ст. у женщин, p<0,001). После 40 лет существенных гендерных различий по уровням САД и ДАД нами выявлено не было (p>0,05).

Повышенный уровень АД регистрировался у 453 респондентов (34,1%), причем частота встречаемости АГ была выше среди женщин, чем среди мужчин (36,7% против 30,5% соответственно, РД-0,06; 95%ДИ 0,01-0,11; p=0,021). 1-ю степень повышения АД имели 20,8% обследованных (20,1% мужчин и 21,2% женщин), 2-ю степень – 7,8% (5,5% мужчин и 9,9% женщин) и 3-ю степень повышения АД – 5,5% респондентов (4,9% мужчин и 5,9% женщин).

Распространенность АГ в зависимости от пола и возраста представлена в табл. 2

Таблица 2

Поло-возрастная распространенность курения среди обследованного населения

Возраст	Все (n=1330)	Мужчины (n=567)	Женщины (n=763)	РД, 95%ДИ, p
До 30 лет	16 (5,8%)	9 (6,1%)	7 (5,4%)	нд
30-39 лет	39 (14,0%)	24 (17,3%)	15 (10,7%)	нд
40-49 лет	110 (33,5%)	36 (32,1%)	74 (34,3%)	нд
50-59 лет	167 (58,6%)	55 (55%)	112 (60,5%)	нд
60 лет и более	121 (75,2%)	49 (72,1%)	72 (77,4%)	нд

Примечание: РД – разность долей; ДИ – доверительный интервал; p – достоверность различий между мужчинами и женщинами; нд – различия недостоверны.

Как следует из данных, представленных в табл. 2, в нашем исследовании отмечался закономерный рост распространенности АГ с возрастом, достигая в возрастной группе 60 лет и старше 75,2%. Существенных гендерных различий в частоте АГ в различных возрастных группах нами выявлено не было (p>0,05). Однако при этом выявляется следующая закономерность: в возрасте до 40 лет распространенность АГ несколько выше у мужчин, а после 50 лет частота встречаемости повышенного АД превалирует у женщин (табл. 2).

Нами была выявлена зависимость частоты АГ от семейного положения. Так, женатые мужчины достоверно чаще страдали АГ, чем неженатые (36,6% против 13,4% соответственно, РД-0,23; 95%ДИ 0,15-0,32; p<0,001). Однако возраст женатых мужчин составил 52,3±9,8 лет и существенно превышал возраст неженатых мужчин – 39,5±15,4 лет (p<0,001), что возможно и явилось причиной выявленных различий в распространности АГ. У женщин не было выявлено существенных различий в частоте АГ в зависимости от семейного положения (36,3% у замужних и 37,4% у незамужних, p>0,05).

При изучении взаимосвязи распространенности АГ с уровнем образования установлено, что у лиц с высшим образованием средний уровень АД и частота встречаемости данной патологии оказались ниже по сравнению с респондентами со средним образованием (31,3% и 37,9% соответственно, РД-0,07; 95%ДИ 0,01-0,12; p=0,027). Данная тенденция отмечалась как у мужчин (28,1% и 35,3% соответственно), так и у женщин (34,9% и 39,4% соответственно). Средний уровень АД у лиц с высшим образованием составил 123,3±19,9/78,6±11,4 мм рт.ст., у лиц со средним образованием – 128,0±23,8/80,5±12,8 мм рт.ст. (p<0,001-0,01).

Обсуждение. Результаты реализации проекта WHO MONICA, осуществлявшегося с 1980 по 1990 годы в 21 Европейской стране среди популяций в возрасте от 35 до 64 лет, показали, что наиболее низкая распространенность АГ (менее 4%) имела место во Франции, Испании, Бельгии, а наиболее высокая (более 20%) – в Германии и Финляндии [6,7].

Исследования, проведенные Wolf-Maier и соавт. (2003) [10] в 6-ти Европейских странах (Германия, Финляндия, Швеция, Англия, Испания, Италия), Канаде и США показали, что среднее АД среди мужчин и женщин в возрасте 35-74 в Европейских странах составляет 136/83 мм рт.ст., в Канаде и США – 122/77 мм рт.ст. Наиболее низкие цифры АД зарегистрированы в США, а наиболее высокие – в Германии.

Данные исследования NHANES (2005–2006) показали, что 29% населения США (одинаково как мужчин, так и женщин) старше 18 лет имели АГ [5]. По результатам BRFSS/CDC (2008) процент распространения АГ варьировал от 19,7 % в штате Ютах до 33,8% в Теннесси, в среднем – 27,8%. По данным Fields L.E. и его коллег (2004) [11] АГ имеет каждый третий взрослый житель США. АГ в 2-3 раза чаще встречается у женщин, принимающих контрацептивы, особенно с возрастом и имеющих ожирение [5]. По мнению Patricia Kearney и его коллег (Школа общественного здоровья и тропической медицины

Университета Tulane, Нью-Орлеан, Луизиана, 2000) проблема гипертонии актуальна как для развитых, так и для развивающихся стран. Ожидается, что к 2025 г. в развитых странах распространенность АГ возрастет на 24%, в развивающихся - на 80%.

В ходе первых эпидемиологических исследований, проведенных в нашей стране, было показано, что распространенность АГ среди жителей низкогогорья составляла 15,2%, среди горцев - 3,44% [12]. Исследование, проведенное с начала восьмидесятых годов прошлого века в рамках кооперативного исследования по многофакторной профилактике КБС под руководством ВКНЦ АМН СССР (в 6 городах СССР), показало довольно высокую распространенность КБС и факторов риска ее возникновения в г. Фрунзе [13]. В частности авторами было показано, что частота АГ составила 25%. В другом исследовании, проведенном уже в 1985-87 годах [14] (на базе 3-х городских поликлиник), показано, что распространенность АГ среди городской мужской популяции 40-59 лет составила 28,1%. С возрастом частота АГ нарастала.

Сотрудниками отделения артериальных гипертензий НИЦКТ в 1995-97 годах была обследована популяция мужчин и женщин в возрасте 15-64 лет, проживающая на территории поликлиники № 6 г. Бишкек [15]. Всего было охвачено 2012 человек (67% от общей популяции) с целью оценки распространенности АГ и факторов риска ССЗ. В соответствии с полученными результатами распространенность АГ среди мужчин составила 21,5% (в возрасте 40-59 лет - 33,5%), среди женщин - 19,3%.

В более поздних работах продемонстрирована существенно более высокая распространенность АГ среди населения нашей республики. Так, в исследовании Турсалиевой Д.К. (2005) [16] изучена распространенность артериальной гипертензии среди городского и сельского населения республики. Было показано, что распространенность АГ среди городской популяции составила 41,0% (42,1% - у мужчин (в возрасте 40-59 лет - 53,6%), 40,9% - у женщин), среди сельского населения - 38,4% (42,1% - у мужчин, 36,1% - у женщин). В исследовании Романовой Т.А. (2007) [17] получены сходные результаты. Оказалось, что частота АГ среди сельских жителей Кыргызстана достигала 38,4%, прогрессивно увеличиваясь с возрастом. Установлено, что до наступления менопаузы гипертензия одинаково часто встречалась среди мужчин и женщин, а после 60 лет отмечалась четкая тенденция к увеличению распространенности АГ у женщин.

По результатам нашего исследования повышенный уровень АД регистрировался у 34,1% респондентов, причем частота встречаемости АГ была выше среди женщин, чем среди мужчин. С возрастом отмечался закономерный рост распространенности АГ, достигая в возрастной группе 60 лет и старше 75,2%. Существенных гендерных различий в частоте АГ в различных возрастных группах нами выявлено не было ($p > 0,05$), однако при этом выявляется следующая закономерность: в возрасте до 40 лет распространенность АГ несколько выше у мужчин, а

после 50 лет частота встречаемости повышенного АД превалирует у женщин.

Нами была выявлена зависимость частоты АГ от семейного положения. Так, женатые мужчины достоверно чаще страдали АГ, чем неженатые. Однако возраст женатых мужчин существенно превышал возраст неженатых мужчин, что возможно и явилось причиной выявленных различий в распространенности АГ. У женщин не было выявлено существенных различий в частоте АГ в зависимости от семейного положения. При изучении взаимосвязи распространенности АГ с уровнем образования установлено, что у лиц с высшим образованием средний уровень АД и частота встречаемости АГ оказались ниже по сравнению с респондентами со средним образованием, что было характерно как для мужчин, так и для женщин.

Итак, в Кыргызстане распространенность АГ среди трудоспособного населения за последние годы возросла на 30-50%, составив 34,1% от всего взрослого населения, и была выше у женщин, чем у мужчин (36,7% и 30,5%). При этом в возрасте до 40 лет распространенность АГ несколько выше у мужчин, а после 50 лет частота встречаемости повышенного АД превалирует у женщин.

Литература

1. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. // *Lancet*. - 2004. - Vol. 364. - P.937-952.
2. Danaei G., Ding E.L., Mozaffarian D. et al. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. // *PLoS. Med.* - 2009. - Vol. 6. - N. 4. - P. e1000058.
3. Cooney M.T., Storey S., Taylor L. et al. EUROASPIRE (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events) III-a comparison of Irish and European results. // *Ir. Med J.* - 2009. - Vol. 102. - N 4. - P. 113 - 116.
4. Boersma E., Keil U., De Bacquer D. et al. EUROASPIRE I and II Study Groups. Blood pressure is insufficiently controlled in European patients with established coronary heart disease. // *J. Hypertens.* - 2003. - Vol. 21. - P. 1831-1840.
5. Donald Lloyd-Jones, Robert Adams, Mercedes Carnethon, Giovanni De Simone, T. et al. Heart Disease and Stroke Statistics 2009 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. // *Circulation.* - 2009. - Vol. 119. - P. e21-e181.
6. Scholte op Reinmer W., Gitt S., Boersma E., Simoons M. Cardiovascular diseases in Europe. Euro Heart Survey and National registries of cardiovascular diseases and patient management. European Society of cardiology. France, 2004.
7. Scholte op Reinmer W., Gitt S., Boersma E., Simoons M. Cardiovascular diseases in Europe. Euro Heart Survey. European Society of cardiology. France, 2006.
8. Williams B. The changing face of hypertension treatment: treatment strategies from the 2007 ESH/ESC hypertension Guidelines. // *J. Hypertens.* - 2009. - Vol. 27. - Suppl 3. - P.S19-26.
9. World Health Organization. Report. Preventing Risks, Promoting Healthy Life, 2002.
10. Wolf-Maier. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. // *JAMA.* - 2003. - Vol.289. - P. 2363-2369.

11. Fields L.E., Burt V.L., Cutler J.A. et al. The burden of adult hypertension in the United States 1999–2000: a rising tide. // Hypertension. – 2004. – Vol. 44. – P. 398-404.
12. Мейманалиев Т.С., Айтбаев К.А. Эпидемиология ишемической болезни сердца и частота основных факторов риска популяции горцев. //Болезни сердца и сердечная недостаточность в условиях горного климата. – Фрунзе, 1981. – С.61-62.
13. Миррахимов М.М., Мейманалиев Т.С. Заключительный отчет НИР «Разработать научно-обоснованные принципы профилактики ишемической болезни сердца с целью снижения смертности и инвалидности от этой болезни среди населения Киргизской ССР». – Фрунзе, 1983. – 38 с.
14. Миррахимов М.М., Мейманалиев Т.С. Заключительный отчет НИР «Разработать и внедрить в практику научно-обоснованные принципы профилактики ишемической болезни сердца с целью снижения смертности и инвалидности от этой болезни среди населения Киргизской ССР». – Фрунзе, 1987. – 54 с.
15. Миррахимов М.М., Джумагулова А.С. Заключительный отчет НИР «Изучить распространенность, апробировать методы первичной и вторичной профилактики артериальной гипертензии в семьях с высоким риском развития заболевания с целью снижения заболеваемости и смертности от этой патологии в Кыргызской Республике». – Бишкек, 1997. – 30 с.
16. Турсалиева Д.К. Распространенность артериальной гипертензии и ее факторов риска у городского и сельского населения Кыргызстана с оценкой эффективности дифференцированных обучающих программ для вторичной профилактики: – Дисс. ... канд.мед.наук: 14.00.06. – Бишкек, 2005. – 115 с.
17. Романова Т.А., Нышанова С.Т., Полупанов А.Г., Халматов А.Н. Распространенность артериальной гипертензии и других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в популяции сельских жителей Кыргызстана // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2007;3:14-17.

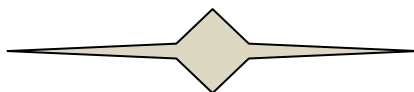
**PREVALENCE OF HYPERTENSION
AMONG RESIDENTS OF KYRGYZ
REPUBLIC**

**Makhmudov M.T., Mamasaidov ZH.A.,
Cheskidova N.B, Khalmatov A.N., Romanova
T.A., Polupanov A.G.**

**National Center of Cardiology and Therapy
Bishkek, Kyrgyz Republic**

Summary: in this study we investigated the incidence of hypertension by sex, age, marital status and educational level.

Keywords: risk factors, cardiovascular disease, hypertension.



АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК: 616. 43: 618: 616-053.2

**НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У
ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВ (обзор).**

Джоошбаева Ж.О., Токтомадова А.Н.

В работе представлены данные основных патогенетических механизмах нейро-эндокринных нарушениях у девочек-подростков, включающих синдром гиперандрогении, синдром поликистозных яичников ювенильные маточные кровотечения, альгоменорею.

Ключевые слова: *девочки-подростки, репродуктивная система, гиперандрогения, синдром поликистозных яичников, ювенильные маточные кровотечения, альгоменорея, гормоны.*

Среди факторов, влияющих на становление и функционирование репродуктивной системы, формирование, реализацию репродуктивного потенциала и в конечном счете на состояние репродуктивного потенциала женщин, наиболее

значимым являются различные нейро-эндокринные нарушения в подростковом периоде у девочек (синдром гиперандрогении, синдром поликистозных яичников, ювенильные маточные кровотечения, альгоменорея, гиперпролактинемия). Изучение заболеваний, протекающих с избытком андрогенов, является одной из самых актуальных проблем эндокринологии и гинекологии. Основные методы и критерии диагностики данного заболевания разработаны для репродуктивного возраста, однако его манифестация происходит в большинстве случаев в период полового созревания [21]. Разнообразие симптомов гиперандрогении, их персистенция и эволюция на протяжении разных возрастов приводит к снижению самооценки, тревожным расстройствам и ухудшению качества жизни [19]. Основной проблемой является отсутствие понимания патогенеза состояний, протекающих с избытком андрогенов, а это в первую очередь является задачей эндокринологии.

Как правило, под гиперандрогенией подразумевается синдром поликистозных яичников (СПКЯ), определенный как сочетание двух признаков из трех: олигоовуляция, лабораторного избытка андрогенов и эхографической картины поликистоза яичников. В действительности проблема функциональной гиперандрогении намного шире. У части пациентов имеет место повышение стероидов, синтез которых происходит преимущественно в ткани надпочечников [23]. У других пациентов с СПКЯ повышение дигидроандростерон-сульфата (ДГА-С) [26]. По данным М. Mortensen и соавт. [28], 69 % пациенток с СПКЯ имеют гиперергический ответ 17-оксипрогестерона на стимуляцию гонадотропин-рилизинг-гормоном. Аналогичные данные получены J. Hirshfeld-Cytron [25].

Распространенность СПКЯ среди женщин репродуктивного возраста составляет от 6 до 10 %, а среди девочек от 2,2 до 7,5 % [14,15,20,30]. С практической точки зрения большое значение имеет понимание точных определений всех симптомов-патологического гирсутизма (более 8 баллов по шкале Ферримана-Голлвея), олигоменореи и эхографических признаков поликистоза яичников [17].

В целом СПКЯ можно характеризовать как мультифакторную патологию, с развитием хронической ановуляции, гиперандрогенией, кистозным изменением яичников и бесплодием. Формирование синдрома у девочек чаще сопряжено с периодом полового созревания и является «растянутым» во времени процессом. В этой связи в практике детского гинеколога наиболее целесообразно использовать термин-формирующийся СПКЯ.

L. Speroff и соавт. [31] считают, что поликистозные яичники-это результат «порочного круга» который может начинаться в любой из множества исходных точек: гипоталамо-гипофизарная область, яичники, надпочечники, щитовидная железа, метаболические нарушения (ожирение, инсулинорезистентность). Центральным звеном в патогенезе СПКЯ является нарушение стероидогенеза в яичниках. Это может быть связано с внутренним дефектом в самом яичнике, влиянием внеяичниковых факторов (гиперсекрецией ЛГ, инсулина) [32].

Согласно «центральной теории» патогенеза, СПКЯ обусловлен нарушением цирхорального ритма секреции люлиберина, выбросы которого характеризуются высокой амплитудой и хаотичностью, что ведёт к гиперсекреции лютеинизирующего гормона (ЛГ) при относительно низком фолликуло-стимулирующего гормона (ФСГ), за счет блокирующего влияния ингибина, что сопровождается увеличением продукции андрогенов. Высокий уровень андрогенов ведёт к повышению внегонадного синтеза эстрогенов в жировой ткани, что способствует пролиферации адипоцитов и ожирению, что может способствовать ановуляции и развитию гиперпластических процессов [27]. Существенную роль в развитии СПКЯ играет инсулинорезистентность и гиперинсулинемия [18], нарушение углеводного и жирового обмена по диабетическому типу. Генетические исследования установили вовлечение при СПКЯ двух ключевых

генов: 1-ген стероидного синтеза CYP 11 a; 2-инсулин VNTR (variable number of repeats)-минисателит, который связан с геном инсулина на хромосоме 11 p 15,5. Оба гена могут влиять независимо или во взаимодействии, детерминируя аномалии функции яичников и метаболизм [16].

Синдром гиперандрогении у девочек-подростков проявляется в двух временных промежутках, потенциально связанных с патогенетическими механизмами развития гиперандрогении: аденархе, во время которого происходит активация синтеза андрогенов сетчатой зоной коры надпочечников и менархе-период начала менструаций, когда в яичниках запускаются процессы фолликулогенеза и овуляции [29].

При изучении патогенеза гиперандрогении были предприняты попытки выделения овариальной и надпочечниковой форм. В работе E. В. Панфиловой [6] проводились тесты с аналогами ЛГ-РГ и АКТГ у девочек-подростков. Было показано, что соотношение форм распределяется следующим образом: функциональная овариальная-40,6%, сочетанная овариально-адренальная-6,2%, функциональная надпочечниковая-53,2%.

Немаловажным аспектом является то, что в возрасте полового созревания значительно меньшую значимость имеет определение соотношения уровня гонадотропинов. У девочек-подростков с неустановившимся менструальным циклом соотношение ЛГ/ФСГ повышен в 60-70% случаев без каких-либо клинических симптомов [8]. Основной дилеммой диагностики гиперандрогении у подростков является то, что в пубертате умеренная андрогензависимая дерматопия, себорея, нерегулярность менструаций и эхографическая картина мультифолликулярных яичников является вариантами нормы. Первым по актуальности и сложности является вопрос о степени выраженности нарушений менструального цикла. Период становления менструальной функции соответствует отработке циклической импульсной секреции гонадотропинов. Длительность этого периода ранее оценивалась максимально до 3-5 лет, но некоторые авторы [22] склоняются к сокращению этого срока до 1 года или не более 2 лет. В работе R. Hamburg [24] приводятся данные наличия выраженных гормональных нарушений у подростков с олигоменореей через 2 года после менархе. Критерии олигоменореи могут применяться у девочек не ранее чем через 1 год после менархе. В течение 1-го года после менархе только 40% циклов заканчивается созреванием яйцеклетки.

Одной из распространенных патологий периода пубертата у девочек являются ювенильные маточные кровотечения (ЮМК), в основе, которой лежит нарушение функции гипоталамо-

гипофизарной системы. Незрелость гипофизотропных структур гипоталамуса в пубертатном возрасте выражающаяся в отсутствии еще не сформировавшегося цирхорального ритма выделения РГ-ЛГ, приводит к нарушению циклического образования и выделения гонадотропинов, что в свою очередь нарушает процессы фолликулогенеза в яичниках и приводит к ановуляции. Нарушения менструального цикла можно рассматривать как следствие расстройств нейросекреторной функции гипоталамуса, регулирующего циклическую секрецию гипофизарных и яичниковых гормонов [3]. Функциональная неполноценность центров гипоталамуса заключается в сохранности в них высокой чувствительности к тормозному влиянию простогландинов. В связи с этим отмечается низкое выделение гонадотропинов, вследствие недостаточной стимуляции гипофиза [5].

По сведениям некоторых авторов [2], активность гонадотропинингибирующих факторов во время кровотечения значительно превышает возрастную норму до 15 лет, а в 16-18 лет находится в пределах нормы. Некоторые авторы [4] считают, что ЮМК могут быть обусловлены избыточным содержанием гонадотропных и половых гормонов, присущих нормальному менструальному циклу. В начале пубертатного периода чувствительность гипофиза к отрицательному воздействию эстрогенов снижена, что способствует повышению уровня ФСГ и эстрогенов. Продолжительная продукция эстрогенов приводит к пролиферации эндометрия, и это является основной причиной ЮМК. В середине и на поздних стадиях пубертата формируется положительный эстрогенный механизм обратной связи и быстрое повышение эстрогенов в середине цикла, что способствует повышению концентрации ЛГ и в меньшей степени ФСГ. Все эти изменения приводят к овуляции, выработке прогестерона, индукции циклической секреторной фазы в эндометрии и менструации.

Литературные данные о содержании половых и гонадотропных гормонов у больных с ЮМК разноречивы. В одних исследованиях [1] отмечалась низкая экскреция ЛГ и ФСГ в младшем возрасте и высокую у больных старше 16 лет. В других источниках [10] отмечалось, что при ЮМК независимо от возраста происходит снижение экскреции гонадотропинов во время кровотечения и значительное повышение активности гонадотропинингибирующих факторов. Нарушение нормальной гонадотропной функции гипофиза влечет за собой нарушение стероидогенеза в яичниках, возникновение стойкой ановуляции, гиперплазией эндометрия. Возможно нарушение не только циклической, но и тонической секреции гонадолиберинов, и тогда функциональная недостаточность яичников имеет вторичный характер, так как чувствительность в них к гонадотропным стимулам сохранена, а возникновение ЮМК является следствием первичного нарушения функции гипофиза [7].

В патогенезе кровотечений определенную роль играет нарушение метаболизма эстрогенных гормонов. Преимущественное преобладание активных фракций связывают с нарушением метаболизма эстрогенных гормонов на этапах превращения активных фракций в

неактивные. При нормальной функции яичников метаболизм эстрогенов регулируется прогестероном, который при ановуляторном цикле отсутствует [11].

Развитие альгоменореи у девочек-подростков также требует обсуждения. Существует первичная и вторичная альгодисменорея. Первичная альгоменорея чаще появляется у подростков и носит преимущественно функциональный характер [13]. Вторичная альгоменорея клинически проявляется в более старшей возрастной группе и является симптомом ряда заболеваний (эндометриоз, кисты яичников, синдром Алена-Мастерса, варикозное расширение вен малого таза, врожденные пороки Мюллера протока, патология позвоночника и др.) [12].

До сих пор нет однозначных представлений об этиологии первичной альгоменореи. В настоящее время наиболее распространена простогландиновая теория. Повышение концентрации простогландинов в эндометрии коррелирует с тяжестью симптомов. Секреция простогландинов F2a и E2 находится под контролем фермента циклооксигеназы, активный синтез которой происходит преимущественно в лютеиновую фазу менструального цикла при участии определенного уровня как прогестерона, так и эстрогенов. Считают, что снижение уровня прогестерона в конце менструального цикла вызывает высвобождение фосфолипазы A2 из клеток эндометрия. Этот фермент, действуя на липиды клеточной мембраны, приводит к образованию арахидоновой кислоты и при участии простогландин-синтазы к образованию простогландинов. К моменту менструации в эндометрии отмечается большая концентрация простогландинов, которые вследствие лизиса клеток эндометрия высвобождаются наружу и воздействуют на миометрий, что приводит к усилению сократительной активности матки, спазму сосудов и локальной ишемии и как следствие накоплению продуктов анаэробного метаболизма, которые в свою очередь стимулируют С-тип болевых нейронов. Помимо воздействия на матку под влиянием увеличенной концентрации простогландинов в крови может возникнуть ишемия других органов и тканей, что приводит к экстрагенитальным нарушениям в виде рвоты, диареи, головной боли и др. Возникновение дисменореи объясняется также изменением гормонального статуса, где важнейшее значение имеет повышение концентрации эстрадиола на фоне сниженной секреции прогестерона. При недостатке в организме прогестерона усиливается действие простогландинов, которые повышают сократительную деятельность гладкой мускулатуры матки и других органов малого таза [9,12].

Из выше изложенного вытекает, что становление репродуктивной функции девочек-подростков имеет сложный патогенетический механизм, зависящий от многих факторов.

Поэтому важным научным направлением является выявление и коррекция факторов риска в нарушении репродуктивного здоровья. Важна индивидуализация вовлечения в патологический процесс различных звеньев гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и сопряженных с ней систем, а также необходимости создания программы профилактических мероприятий для сохранения здоровья девочек-подростков.

Литература:

1. Авакян Г.С. Экскреция лютенизирующего гормона у больных ювенильными маточными кровотечениями, леченных ректальной гипотермией /Г.С.Авакян, А.Н.Аветисян //Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков. -Ереван. -1982.-С.107-109.
2. Акунц К.Б. Лечение дисфункциональных маточных кровотечений в период полового созревания методом локальной гипотермии /К.Б.Акунц, Г.С.Авакян, А.Н.Аветисян, Р.Г.Саркисян //Вопросы охраны материнства и детства. -1985.-Т.30.-№11.-69с.
3. Джервецкая И.А. Эндокринная система растущего организма /И.А.Джервецкая //Учебное пособие для студентов.-М.,1987.-207с.
4. Корнилова А.М. Диагностика и методы терапии начальных форм гиперандрогении у девочек и подростков /А.М.Корнилова, В.А.Динник, М.А.Лесовая //Мет. Рек-ции. -Харьков, 1985.-С.18-25.
5. Крупно-Большова Ю.А. Гинекологическая эндокринология девочек и девушек /Ю.А. Крупно-Большова. -Киев, 1986.-С.6-40.
6. Панфилова Е.В. Гормональные, метаболические и молекулярно-генетические аспекты синдрома гиперандрогении у девочек /Е.В.Панфилова.-М.,2006.-385с.
7. Петербургская В.Ф. Влияние гормонального и негормонального лечения на состояние системы гипофиз-яичники при ювенильных маточных кровотечениях: Автореф.дисс....канд.мед.наук /В.Ф.Петербургская. Киев, 1991.-С.12-16.
8. Петеркова В.А. Диагностика и лечение синдрома гиперандрогении у девочек-подростков /В.А.Петеркова, Т.В.Семичева.-М.,2005.-С.76-86.
9. Прилепская В.Н. Гормональная внутриматочная релизинг система «Мирена» /В.Н.Прилепская, Е.А.Межеветинова, А.В.Тагиева //Гинекология.-1999.-Т.1.-№1.-С.26-29.
10. Ромаева В.П. Гонадотропная функция гипофиза и активность гонадотропинингибирующих факторов при ювенильных маточных кровотечениях /В.П.Ромаева //Охрана здоровья детей и подростков.-Киев,1980.-В.11.-С.58-60.
11. Саидова Р.А. Нарушение менструального цикла в период полового созревания /Р.А.Саидова //Рус. мед. журнал.-1999.-№18.-С.80-86.
12. Сметник В.П. Неоперативная гинекология /В.П.Сметник, Л.Г.Тумилович. МИА.-М., III изд.-2003.-558с.
13. Akerlund M. Primary dysmenorrhea /M.Akerlund //Estrogens and Progesterons in clinical practice.-1998.-V.94.-P.125-138.
14. Azziz R. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population /R.Azziz, K.S.Woods, R.Reyns //J.Clin.Endocrinol.Metab.-2004.-V.84.-№6.-P.2743-2749.
15. Azziz R. The androgen excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete taskforce report /R.Azziz, E.Carmina, D.Dewally et. al. //Fertil. Steril.-2009.-V.91.-№2.-P.456-488.
16. Bennet S.T. Susceptibility to human typel diabetesat IDDM isdeten minedbytan demrepeat variation at the insulin genemini satellitelocus /S.T.Bennet, A.M.Lucacassen, S.C.L.Gough et.al. //Nature Genet.-1995.-№9.-P.284-292.
17. Bolen A. Ultrasonal assessment of polycystic ovary intemational consensus definitions /A.Bolen, J.S.Laven, S.L.Tan //Tan.Hum.Reprod.Update.-2003.-V.9.-№6.-P.505-514.
18. Burghen G.A. Correlation of hiperandrogenism with hiperinsulinism in polycystic ovary disease /G.A.Burghen, J.R.Givens, A.E.Kitabchi //J.Clin. Endocrinol. Metab.-1980.-V.50.-P.113-116.
19. Ching H.I. Quality of life and psychological morbidity in women with polycystic ovary syndrome : body mass index, age and the provision of patient information are signicant modifiers /H.I.Ching, V.Burke, B.G.Suckey //Clin.Endocrinol.-2007.-V.66.-№3.-P.2854-2860.
20. ESHRE/ASRM. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health riskrelated to polycystic ovary syndrome //Fertil. Steril.-2004.-V.81.-P.19-25.
21. Fauser B. Predicting pregnancy in women with polycystic ovary syndrome /B.Fauser //J. Clin. Endocrinol. Metab.-2009.-V.94.-№9.-P.3183-3184.
22. Fleischrman A. Adolescent menstrual abnormalities /A.Fleischrman, C.Gordon //Pediatric Endocrinology Edition. Informa Healthcare-New-York (USA).-2007.-№2.-P.349-360.
23. Gilling-Smith C. Hypersecretion of androstenedione by isolated the cal cells from polycystic ovaries /C.Gilling-Smith, D.S.Wills //J.Clin.Endocrinol. Metab.-1994.-V.79.-№4.-P.1158-1163.
24. Hamburg R. Polycystic ovary syndrome in adolescence-atherageutic conundrum /R.Hamburg, C.B.Lambalk //Hum.reprod.-2004.-V.19.-№5.-P.1039-1042.
25. Hirshfeld -Cytron J.Characterization of functionally typical and atypical types of polycystic ovary syndrome /J.Hirshfeld-Cytron, R.B.Barnes, D.A.Ehrmann et. al. //J.Clin. Endocrinol. Metab.-2009.-V.94.-№5.-P.1587-1594.
26. Kumar A. Prevalence of adrenal androgen excess in patiens with PCOS /A.Kumar, R.Azziz, A.A.Bartolucci, K.S.Woods //Clin.Endocrinol.Oxford.-2005.-V.62.-№6.-P.644-649.
27. Legro R.S. Prevalence and predictors for type 2 diabetes mellitus in polycystic ovary syndrome: a prospective controlled study in 254 affected women /R.S.Legro, W.S.Dobson, A.Dunaif, A.Kinselmann //J. Clin. Endocrinol. Metab.-1999.-V.84.-P.165-169.
28. Mortensen M. Asymptomatic volunteers with a polycystic ovary are a functionally distinct but heterogeneous population /M.Mortensen, D.Ehrmann, E.Littlejohn, R.L.Rosenfield //J. Clin. Endocrinol. Metab.-2009.-V.94.-№5.-P.1579-1586.
29. Paris F. Premature pubarche in Mediterranean girls:high prevalence of heterozygous CYP 21 mutation carriers /F.Paris, A.Chalancon, V.Tardy et. al. //Gynecol. Endocrinol.-2010.-V.26.-№5.-P.319-324.
30. Trakakis E. An update to 21-hydroxylase deficient congenital adrenal hyperplasia /E.Trakakis, G.Bassios, P.Trompoukis et. al. //Gynecol. Endocrinol.-2010.-V.21.-№1.-P.63-71.
31. Speroff L. Clinical Gynecological Endocrinology Intertility /L.Speroff, R.H. Glass, N.G.Kase.-USA.-1999.-6-Edition.-P.1170.
32. Yen S.S.C. The Hyman menstrual cycle: neuroendocrin regulation /S.S.C.Yen, R.L.Barbieri, R.B.Jaffe //Reproductive endocrinology.-Philodelphia.-USA.-1999.-P.191-197.

NEUROENDOCRINE DISORDES OF ADOLESCENT GIRLS (review).

Dzhooshbaeva Zh.O., Toktomatova A.N.

The project represents the data of main pathogenic mechanisms of neuroendocrine disorders of adolescent girls, including hyperandrogenism syndrome, polycystic ovarian syndrome, juvenile uterine bleeding, algomenorrhea.

Key words: adolescent girls, reproductive system, hyperandrogenism, polycystic ovarian syndrome, juvenil uterine bleeding, algomenorrhea, hormones.

УДК: 618.14-002:618.14-08

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ТЕЧЕНИЕМ
ПУЭРПЕРИЯ, ОСЛОЖНЕННЫМ
ЭНДОМЕТРИТОМ**

Исмаилова И.У., Рыбалкина Л.Д.

**Кафедра акушерства и гинекологии № 2
Кыргызской государственной медицинской
академии им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика**

В статье изложены результаты клинико-эпидемиологического анализа характеристик женщин с течением пуэрперия, осложненным эндометритом, у 495 пациенток, родоразрешенных в роддомах г. Бишкек в 2006-2009 г.г.

Ключевые слова: пуэрперий, эндометрит, кесарево сечение, физиологические роды.

**ЭНДОМЕТРИТИ КАБЫЛДАП КЕТКЕН
АЯЛДАРДЫН ПУЭРПЕРИЯ УБАГЫНДАГЫ
КЛИНИКАЛЫК-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК
МУНӨЗДӨМӨСҮ**

**№ 2 акушерчилик жана гинекология кафедрасы,
И.К. Ахунбаев атындагы
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы**

Макалада Бишкек шаарындагы төрөт үйлөрүндө 2006-жылдан 2009-жылга чейинки аралыкта төрөп, эндометрити кабылдап кеткен 495 аялдын пуэрперия убагындагы абалынын клиникалык-эпидемиологиялык анализинин жыйынтыктары берилди.

Негизги сөздөр: пуэрперия, эндометрит, кесарев кесүү, физиологиялык төрөттөр.

Актуальность. Пуэрперальная инфекция продолжает оставаться одной из актуальных проблем современного акушерства во многих странах. Послеродовой эндометрит (ПЭ) является наиболее распространенной формой послеродовой инфекции и вместе с тем одной из основных причин развития генерализованных форм инфекции, обуславливающих материнскую смертность. Частота эндометрита после самопроизвольных физиологических родов составляет 1-5%, после патологических – 15-20%, после кесарева сечения (КС) – свыше 20% [1, 2, 3, 4].

В современных условиях гнойно-воспалительные процессы у родильниц характеризуются рядом особенностей: изменением этиологической структуры с увеличением значимости условно-патогенной флоры и ее ассоциаций, ростом антибиотикорезистентности микроорганизмов, трансформацией клинической симптоматики в сторону стертых форм и атипичного течения, приводящей к поздней диагностике и запоздалому началу лечения. Кроме того, изменился контингент беременных и родильниц – преобладают

пациентки с экстрагенитальными заболеваниями, с различными формами бесплодия, после гормональной и/или хирургической коррекции невынашивания беременности, со смешанной вирусно-бактериальной инфекцией, относящиеся к группе высокого риска инфекционных осложнений. Вследствие этого вопросы, связанные с диагностикой, профилактикой и лечением осложнений пуэрперия имеют большое медицинское и социальное значение [5, 6, 7].

Цель исследования – анализ клинико-эпидемиологических характеристик женщин с течением пуэрперия, осложненным эндометритом.

Материал и методы исследования. Клинико-эпидемиологическое исследование проведено в дизайне ретроспективного многоцентрового обсервационного исследования [8, 9]. Анализу подвергнута первичная медицинская документация 495 женщин с осложненным течением пуэрперия, разделенных в соответствии с рекомендациями КП по наблюдению женщин с ПЭ, утвержденных МЗ КР в 2008г. [10], на две группы: 351 – после самостоятельных родов (I группа) и 144 – после операции КС (II группа). Все женщины с ПЭ были родоразрешены в роддомах г. Бишкека в 2006-2009 г.г., и находились на лечении по поводу ПЭ, в том числе – 149 женщин (30,1%) в акушерских, 117 (23,6%) – в гинекологических, 38 (7,6%) – в отделениях патологии и реанимации и 191 (38,6%) – в отделении септической гинекологии Национального Хирургического Центра (НХЦ).

Во всех учреждениях при верификации диагноза ПЭ пользовались критериями, названными в указанном КП, а именно, на основании оценки данных анамнеза, степени выраженности местной воспалительной реакции (боли, субинволюция матки или отсутствие её сокращений, местная гипертермия, появление гнойных выделений из половых путей, болезненность при пальпации вдоль ребер матки), вздутие кишечника.

Помимо того оценивался так называемый синдром системного воспалительного ответа, характеризующийся двумя и более признаками: повышение температуры тела > 38°C или < 36°C; ЧСС более 90 уд. / мин.; лейкоциты более 12 х 10⁹/л.

Медицинские карты, отвечающие требованиям «включения/исключения», были выкопированы в специально разработанную индивидуальную регистрационную карту, в которой фиксировались демографические данные пациентки, акушерский анамнез, наличие экстрагенитальных заболеваний, метод родоразрешения, особенности клинико-лабораторного обследования и течения эндометрита, данные об использовании медикаментозных средств для лечения ПЭ.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных по заболеваемости ПЭ по г. Бишкек за период с 01.01.2006 г. по 31.12.2009 г. показал, что число женщин с осложненным пуэрперием с каждым годом возрастало: с 95 пациенток в 2006 году до 173 – в 2008 г, что составляло по отношению к числу родоразрешенных женщин за названный период 0,7% и 0,92% (рост в 1,3 раза).

Анализ продолжительности госпитализации пациенток с ПЭ в зависимости от вида родоразрешения показал, что сроки госпитализации пациенток с ПЭ после КС были достоверно больше (рис. 1).

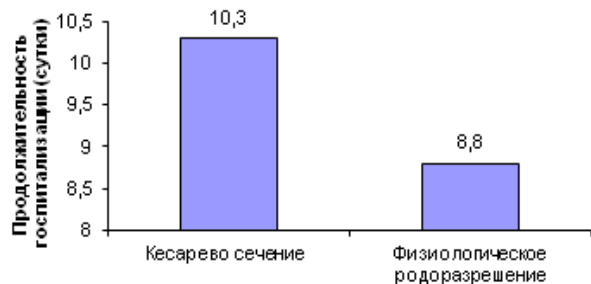


Рис. 1. Продолжительность госпитализации пациенток с ПЭ

Так, у пациенток с ПЭ после оперативного родоразрешения средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $10,3 \pm 0,25$ суток, пациентки с ПЭ после самостоятельных родов находились на стационарном лечении в течение $8,8 \pm 0,16$ суток ($p < 0,001$).

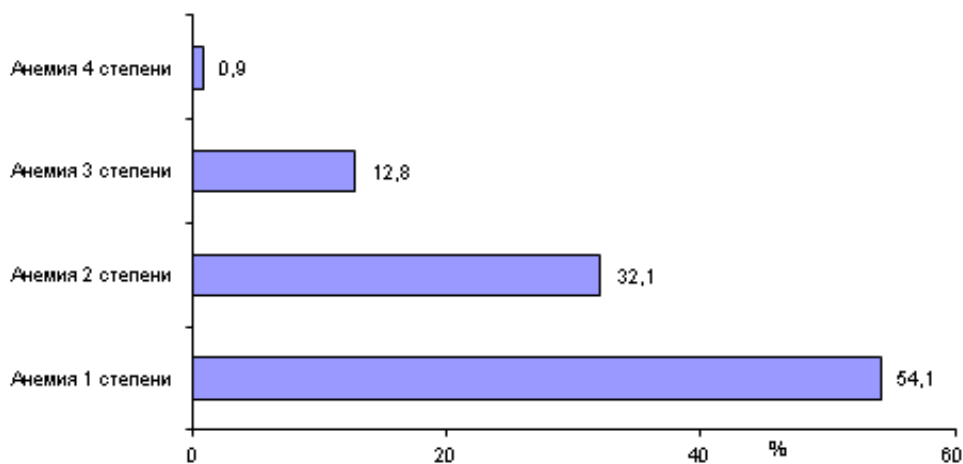


Рис. 2. Структура анемии по степени тяжести у пациенток с ПЭ с оперативным родоразрешением

Кроме того, установлено, что госпитализации в гинекологические отделения, как правило, была повторной, в основном после ранней выписки родильниц из роддома. Причем, в большей степени это также относилось к женщинам после оперативного родоразрешения, у которых клинические признаки ПЭ проявлялись в более поздние сроки.

Анализ данных о среднем возрасте женщин с ПЭ в зависимости от метода родоразрешения показал отсутствие достоверных различий по этому показателю. У женщин с ПЭ паритет беременности в среднем составлял $2,2 \pm 0,07$, паритет родов $1,8 \pm 0,04$.

В группе женщин, рожавших самостоятельно, паритет беременности и родов был достоверно более высоким ($2,3 \pm 0,08$ и $1,9 \pm 0,06$ соответственно) в сравнении с женщинами, родоразрешенными путем КС ($2,0 \pm 0,09$ и $1,6 \pm 0,06$, $p < 0,001$ и $< 0,1$ соответственно). Из числа последних $68,1 \pm 3,89\%$ были первородящими, и в то время как в группе самостоятельно родивших женщин процент первородящих составил $53,8 \pm 2,7\%$, $p < 0,001$.

При проведении сравнения групп женщин по среднему количеству перенесенных абортос установлено достоверно большее число их у женщин с самопроизвольными родами, в сравнении с родоразрешенными путем КС ($1,7 \pm 0,11$ и $1,3 \pm 0,08$ соответственно, $p < 0,01$).

Число перенесенных в анамнезе самопроизвольных абортос в среднем приходящихся на одну женщину в обеих группах составило $1,3 \pm 0,04$, однако у родоразрешенных путем КС оно было достоверно большим и составило $12,5 \pm 2,8\%$, в то время как у женщин с самостоятельными родами оно равнялась лишь $5,4 \pm 1,2\%$ ($p < 0,01$).

Таким образом, из вышеизложенного следует, что абдоминальному родоразрешению чаще подвергались первородящие с достоверно более низким паритетом беременностей и родов, а также с отягощенным акушерским анамнезом высокой частотой самопроизвольного прерывания беременности в ранних сроках.

Анализ частоты соматической патологии, сопутствующей беременности, показал, что она встречалась достоверно чаще в группе женщин с ПЭ, родоразрешенных путем КС. Так, в группе женщин с ПЭ, родоразрешенных путем КС, этот показатель составил $79,2\%$, в то время как в группе женщин, родивших самостоятельно – $56,9\%$ ($p < 0,001$). Анализ данных по наиболее часто встречающимся нозологическим формам соматической патологии у женщин с ПЭ выявил отсутствие разницы в частоте наблюдения соматической патологии всех

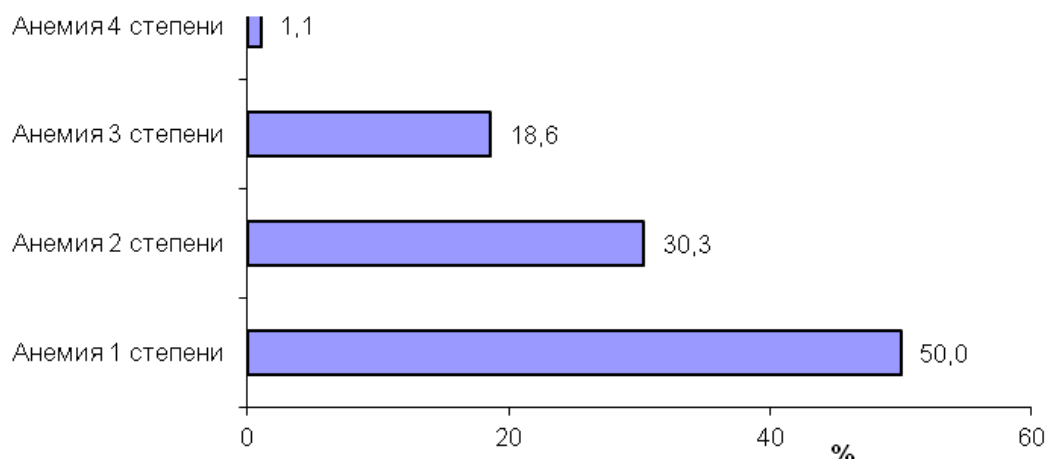


Рис. 3. Структура анемии по степени тяжести у пациенток с ПЭ при физиологическом родоразрешении

нозологических форм у женщин обеих групп, за исключением анемии тяжелой (III и IV) степени, которая достоверно чаще выявлялась у женщин с ПЭ, родоразрешенных через естественные родовые пути (рис. 2, 3).

Следует отметить, что у женщин, родоразрешенных оперативным путем, имели место нарушения жирового обмена различной степени выраженности, миопия, сахарный диабет и диссеминированный туберкулез легких, которых не отмечалось в группе женщин с самопроизвольными родами.

Проведенный анализ данных о клиническом проявлении ПЭ позволил установить, что у всех родильниц с ПЭ независимо от метода родоразрешения была выражена местная воспалительная реакция, проявляющаяся в виде патологических выделений из половых путей (ПП), не отличающихся ни по характеру, ни по количеству, субинволюции матки, отсутствия послеродовых сокращений матки, чаще наблюдаемых у женщин с ПЭ после КС. Субинволюция матки и болезненность ее при пальпации имели место у всех женщин, однако степень и выраженность их была большей у женщин с оперативным родоразрешением.

Оценка синдрома системного воспалительного ответа имела следующий характер. У всех женщин была выражена температурная реакция чаще всего на вторые, третьи и четвертые сутки после родоразрешения (соответственно у 20,8%; 35,2% и 20,6% пациенток); у родильниц после оперативного родоразрешения температура повышалась на вторые сутки в два раза реже, чем у женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути (у 11,8% и у 24,5% женщин соответственно), что можно объяснить воздействием антибиотиков, введенных женщинам во время оперативного родоразрешения с целью периперационной профилактики.

Достоверно чаще, в сравнении с женщинами с самостоятельными родами, первый подъем температуры тела у женщин, родоразрешенных оперативным путем, появлялся лишь на 5-7 день послеродового периода ($25,0 \pm 3,6\%$ и $14,9\% \pm 1,9\%$ соответственно, $P < 0,05$). Следует особо отметить, что в условиях ранней выписки

из роддома после родоразрешения, именно этот факт может быть одной из причин запоздалой диагностики эндометрита.

Уровень температуры тела на момент начала терапии у всех женщин с ПЭ колебался от $37,5^{\circ}\text{C}$ до $40,0^{\circ}\text{C}$ в среднем составляя $38,6^{\circ}\text{C} \pm 0,02$. При этом температурная реакция у женщин I и II группы практически не отличалась.

Частота пульса у женщин обеих групп, в основном, соответствовала уровню температуры тела, и в среднем составляла $103 \pm 1,2$ уд./мин.

Количество лейкоцитов в периферической крови у всех женщин с началом развития ПЭ превышало $12 \times 10^9/\text{л}$, в лейкоцитарной формуле наблюдался сдвиг влево за счет палочкоядерных лейкоцитов, % которых колебался от 7 до 22-х.

Выводы

1. Заболеваемость ПЭ по г. Бишкек за период с 01.01.2006 г. по 31.12.2009 г. выросла по отношению к числу родоразрешенных женщин за названный период в 1,3 раза (с 0,7% до 0,92%).
2. Лишь 36,8% родильниц с ПЭ лечились в отделении септической гинекологии, остальные 63,2% - в отделениях родильных домов, что может способствовать сокрытию уровня истинной заболеваемости ПЭ и нарушению санэпидрежима в роддомах.
3. После абдоминального родоразрешения послеродовой период осложняется ПЭ достоверно чаще у первородящих с отягощенным акушерским анамнезом самопроизвольным прерыванием беременности в ранних сроках и наличием сопутствующей соматической патологии.
4. Клинические проявления ПЭ у каждой четвертой женщины после оперативного родоразрешения в виде температурной реакции появляются лишь на 4-5 день пуэрперия, что связано с интраоперационным введением антибиотиков. В условиях ранней выписки их из стационара этим можно объяснить более позднюю диагностику заболевания.

5. У пациенток с ПЭ после оперативного родоразрешения средняя продолжительность пребывания в стационаре была достоверно большей, чем у пациенток с ПЭ после самостоятельных родов.

6. Осложнению пuerперия ПЭ у женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути, способствует высокая частота гестационной анемии, особенно тяжелых её степеней, и в целом соматической патологии.

Литература

1. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Анкирская А.С., Антонов А.Г. Актуальные проблемы антимикробной терапии и профилактики инфекций в акушерстве, гинекологии и неонатологии // Акушерство и гинекология. - 2004. - №1. - С. 3-6.
2. Орджоникидзе Н.В., Федорова Т.А., Данелян С.Ж. Эндометрит и раневая инфекция у родильниц. Проблемы и пути их решения // Акушерство и гинекология. - 2004. - №5. - С. 3-5.
3. Чернуха Е.А. Нормальный и патологический послеродовой период: Руководство / Чернуха Е.А. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 272с.
4. Серов В.Н. Пути снижения акушерской патологии // Акушерство и гинекология. - 2007. - №5. - С. 8-12.
5. Ефимов Б.А., Кафарская Л.И., Коршунов В.М. Современные методы оценки качественных и количественных показателей микрофлоры кишечника и влагалища // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 2004. - № 4. - С. 72-78.
6. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойно-септические осложнения в акушерстве и гинекологии: патогенез, диагностика и лечебная тактика // Рос. вестник акушер-гинеколога. - 2007. - №5. - С. 76-81.
7. Горин В.С., Серов В.Н., Бирюкова Л.А., Степанов В.В. Оптимизация диагностики и лечения послеродового эндометрита // Рос. вестник акушера-гинеколога. - 2009. - №1. - С. 21-29.
8. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. - Пер. с англ. - М.: МедиаСфера, 1998. - С. 103-104.

9. Зуева Л.П., Яфаев Р.Х., Еремин С.Р. Эпидемиологическая диагностика. (Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова 2003). - Санкт-Петербург, 2003. - 242 с.
10. Клинические протоколы по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения, сборник №3. - Бишкек, 2010. - С.117-119.

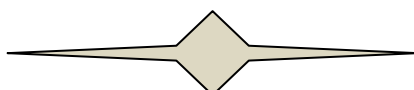
CLINIC-EPIDEMIOLOGIC CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH PUERPERIUM COMPLICATED BY ENDOMETRITIS

Ismailova I.U., Ribalkina L.D.

Obstetrics and gynecology department N2,
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical
Academy,
Bishkek, Kyrgyz Republic.

In the article the results of clinic-epidemiologic characteristics analyses of 495 women with puerperium complicated by endometritis, delivering in Bishkek maternity hospitals in 2006-2009 are described.

Key words: puerperium, endometritis, Caesarian operation, physiological labor.



УДК 618.5:616.36-002.1:578.891]-06

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В.

Шоонаева Н. Д.

Кыргызский Государственный Медицинский
Институт
Переподготовки и Повышения Квалификации,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Изучали характер течения родов у 98 женщины с ОВГВ. Осложнениями в родах явились несвоевременное излитие околоплодных вод, внутриутробная гипоксия плода, гипертензивные нарушения в родах, дискоординация родовой деятельности, которые встречались в 2,1; 2,2; 2,0 и 1,2 раза соответственно чаще, чем в контроле. У родильниц с ОВГВ оперативное родоразрешение было проведено в 2,2 раза чаще, чем в контроле.

Ключевые слова: острый вирусный гепатит В, роды, течение, осложнения.

КУРЧ ВИРУСТУК В ГЕПАТИТИ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН АЯЛДАРДА ТӨРӨТТҮН ӨТҮШҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ.

Бишкек шаарынын Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу медициналык институт.

Курч вирустук В гепатити менен жабыркаган 98 аялда төрөттүн өтүшүнүн мүнөзү изилдедик. Төрөт учурундагы татаалдыктар болуп түйүлдүктүн тегерегиндеги суунун өз убагында эмес агып кетиши, түйүлдүктүн курсак ичиндеги гипоксиясы, төрөттөгү гипотензивдик бузулуулар, төрөт ишинин дискоординациясы саналган; алар көзмөлгө караганда 2,1; 2,2; 2,0 жана 1,2 эсеге туура келип көп кездешкен. КВВГ менен жабыркаган төрөй турган аялдарга оперативдүү төрөөгө уруксат көзмөлгө караганда 2,2 эсеге көп жүргүзүлгөн.

Негизги сөздөр: курч вирустук В гепатити, төрөт, өтүүнүн татаалдыктары.

Введение. Несмотря на усилия мирового сообщества по проведению иммунопрофилактики, гепатит В является одной из распространенных инфекций во всем мире, причем, в эпидемический процесс преимущественно вовлечены молодые лица от 15 до 30 лет. В связи с интенсивным вовлечением в эпидемический процесс лиц репродуктивного возраста сохраняется высокий риск перинатального и постнатального инфицирования детей. Все это свидетельствует о том, что заболеваемость ГВ представляет собой реальную угрозу здоровью нации [2,5].

До настоящего времени недостаточно изучены факторы, влияющие на перинатальную передачу гепатит В, а также роль гепатита В в патологии беременности и родов. Нуждаются в дальнейшем изучении структура клинических вариантов гепатита В у беременных, частота и особенности течения инфекции [1,4].

Изложенное выше свидетельствует о необходимости проведения исследований в этом направлении, результаты которых могут иметь большое значение в практической деятельности, как врачей инфекционистов, так и акушеров-гинекологов.

срочными (в контрольной группе – у 53 (89,8%), в I группе - у 65 (66,3%) (рис. 1).

Наибольшее число случаев преждевременных родов наблюдалось в группе с острым гепатитом В – 33,7% (у 33 пациенток), что в 6,6 раза превышало показатель группы контроля. Запоздалые роды имели место в группе контроля, но не выявлены в группе пациенток с ОВГВ (рис. 1).

У большинства беременных с ОВГВ преждевременные роды наблюдались при сроках беременности 30-32 и 32-34 недели.

Роды через естественные родовые пути произошли у беременных с острым гепатитом В в 81,6% случаев, что на 9,9% меньше, чем у здоровых женщин (54 (91,5%)). Оперативное родоразрешение путём операции кесарева сечения было проведено в группе с острым гепатитом В у 18 (18,4%) пациенток, то есть в 2,2 раза чаще, чем в группе контроля (у 5 (8,5%) женщин).

Операция кесарева сечения была выполнена в плановом порядке в группе с острым

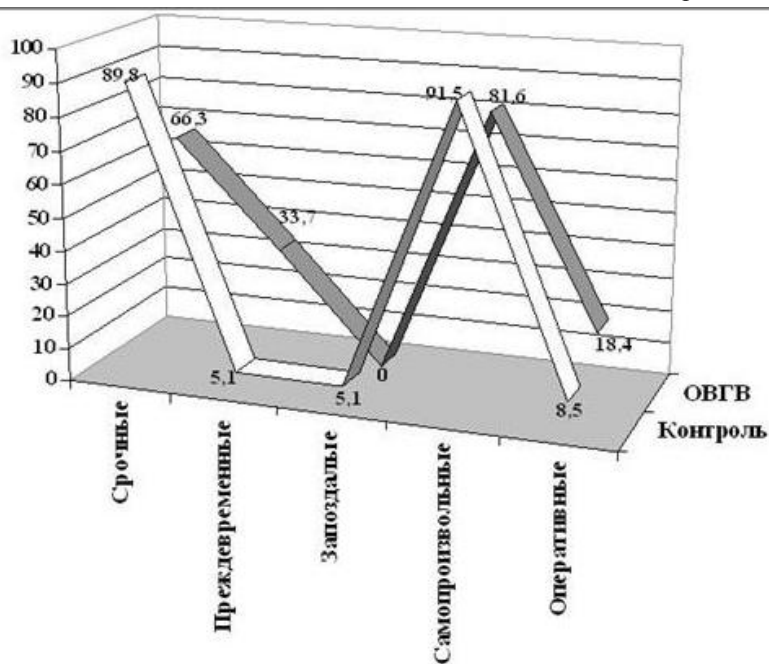


Рис. 1. Характеристика родов (% от числа наблюдений)

Целью данного исследования явилось изучение характера течения родов у женщин с острой формой гепатита В.

Материал и методы. На базе родильных домов г. Бишкек изучали характер течения родов у 98 женщин, у которых был установлен острый вирусный гепатит В (ОВГВ) - основная группа. Группой контроля явились 59 здоровых рожениц. Средний возраст обследованных составил соответственно 22,3±1,6 и 22,5±1,3 года в основной и контрольной группах.

Проводился анализ данных, полученных при интервьюировании, клиническом обследовании, из амбулаторных карт и историй родов.

Результаты исследования и их обсуждение. У подавляющего большинства пациенток роды были

гепатитом В в 4,1% случаев (у 4 пациенток) в связи с отягощенным акушерским анамнезом (ОАА) – у 2-х (2,0%) и в связи с наличием миопии и сочетанных показаний – по 1 случаю (1,0%) (табл. 1).

В экстренном порядке выполнена в 14,3% случаев (у 14 пациенток), в связи с преждевременным излитием околоплодных вод при незрелых родовых путях и отсутствием эффекта от родовозбуждения – у 6 (6,1%), в связи с острой гипоксией плода в родах – у 3 (3,1%), по сочетанным показаниям – у 3 (3,1%) и в 1 случае (1,1%) в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (табл. 1).

Таблица 1

Операции кесарева сечения

Показания	Контроль (n=59)		ОВГВ (n=98)	
	Абс	%	Абс	%
Оперативные	5	8,5	18	18,4
Плановые	3	5,1	4	4,1
Газовое предлежание	1	1,7	-	-
ОАА	2	3,4	2	2,0
Миопия	1	1,7	1	1,0
Сочетанные	-	-	1	1,0
Экстренные	2	3,4	14	14,3
Преждевременное излитие вод	-	-	6	6,1
Гипоксия плода	1	1,7	4	4,1
Отслойка плаценты	-	-	1	1,0
Сочетанные	-	-	3	3,3

Средняя кровопотеря при операции кесарева сечения в группе с острым гепатитом В не отличалась от группы контроля и в среднем составила 710±11,1 мл (700±10,2 мл в контроле).

Сравнительный анализ частоты осложнений в родах в группе контроля показал, что на первом месте было несвоевременное излитие околоплодных вод - в 11 случаях или 18,6% от числа обследованных (табл. 2), внутриутробная гипоксия плода выявлена в 5 случаях (8,5%), кровотечения в раннем послеродовом периоде определялись в 4 случаях (6,8%), гипертензивные нарушения в родах и ручное обследование полости матки и отделение плаценты составили по 3 случая (5,1%).

У рожениц из группы с острым гепатитом В такое осложнение, как несвоевременное излитие околоплодных вод составило 38,8%; кровотечения в раннем послеродовом периоде составили 9,2% и превышали показатель контроля на 2,4%; ручные обследования полости матки и отделение плаценты составил 7,1% и только на 2,0% превышали значение контроля; внутриутробная гипоксия плода составила 18,4%, гипертензивные нарушения в родах в группе

Таблица 2

Показатели частоты осложнений в родах

Осложнения	Контроль (n=59)		ОВГВ (n=98)	
	Абс	%	Абс	%
Несвоевременное излитие околоплодных вод	11	18,6	38	38,8
Внутриутробная гипоксия плода	5	8,5	18	18,4
Гипертензивные нарушения в родах	3	5,1	10	10,2
Кровотечения в раннем послеродовом периоде	4	6,8	9	9,2
Ручные обследования полости матки и отделение плаценты	3	5,1	7	7,1

с ОВГВ составили 10,2% случаев (табл. 2).

Среди аномалий родовой деятельности патологический прелиминарный период в группе контроля - 13,6%, в группе с острым гепатитом В - 12,2% (рис. 2). Первичная слабость родовой деятельности в группе с ОВГВ составила 13,3% случаев, в группе контроля - 11,9%. Вторичная слабость в группе с ОВГВ составила 5,1%, практически не отличаясь от значения контроля (рис. 2). Слабость потуг при остром гепатите В так же не отличалась от значения группы контроля (3,1% и 3,4% соответственно). Дискоординация родовой деятельности в группе с ОВГВ встречалась в 1,2 раза чаще, чем в контроле.

Изучение продолжительности родового процесса в обеих сравниваемых группах показало, что средние значения продолжительности периодов родов у первородящих были примерно одинаковыми. Так, первый период родов у рожениц с вирусным гепатитом В составил 13,3 часа против 13,2 часа в контрольной группе. Продолжительность второго периода родов была у них же 22,52±5,05 мин, а у рожениц контрольной группы - 22,45±4,82 минут.

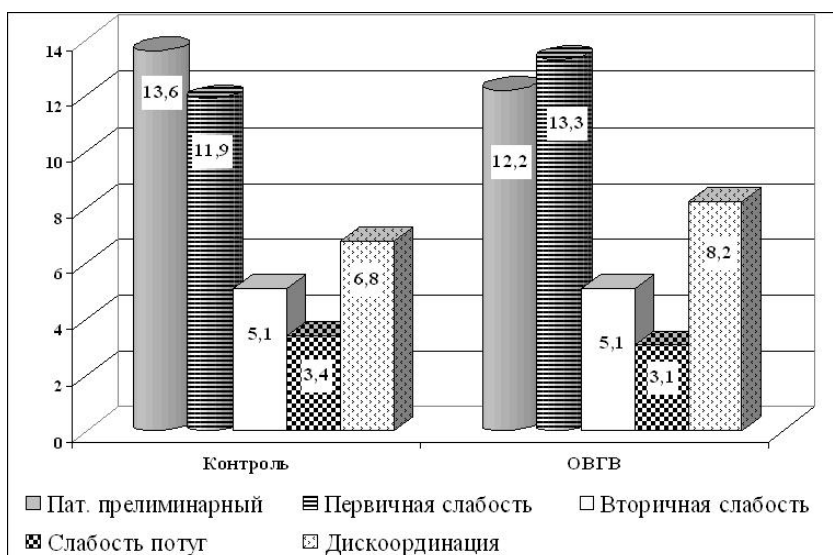


Рис. 2. Аномалии родовой деятельности

Третий период родов составил $9,01 \pm 2,02$ мин и $8,95 \pm 2,17$ мин соответственно. А общая продолжительность родов у рожениц с вирусным гепатитом В составила $831,17 \pm 20,1$ минуты против $829,54 \pm 19,2$ у женщин контрольной группы.

У повторнородящих женщин в обеих сравниваемых группах продолжительность всех трех периодов родов значимо не отличалась от показателей группы контроля. Общая продолжительность родов у рожениц с вирусным гепатитом В составила $502,09 \pm 13,2$ минут против $500,23 \pm 11,3$ в группе контроля.

Кровопотеря в родах была физиологическая (до 0,5% от массы тела) и составила в среднем $220,6 \pm 35,7$ мл.

Полученные данные об особенностях течения родов у женщин с вирусным гепатитом В являются основанием к разработке целенаправленной тактики диагностики и профилактики осложнений беременности и родов. Течение вирусных гепатитов у беременных требует особого внимания. Возникновение острого вирусного гепатита на фоне беременности во всех случаях требует госпитализации пациентки в инфекционный стационар.

Литература

1. Кузьмин В.Н. Варианты клинического течения и новые аспекты лечения вирусного гепатита В у беременных. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. - Т. 7, № 2. - С. 86-91.
2. Мальшев Н. А., Блохина П. П., Нурмухаметова Е. А. Гепатит В у беременных женщин // Гепатология. – 2007. - №3. – С. 27-31.

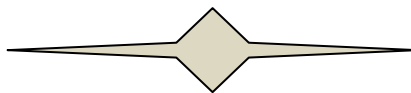
3. Aggarwal R., Ranjan P. Preventing and treating hepatitis B infection. // BMJ. -2004; 329: 1080-6.
4. Gambarin-Gelwan M. Hepatitis B in pregnancy. // Clin. Liver. Dis. – 2007. – V. 1, № 4. - P. 945–63.
5. Kao J.H., Chen D.S. Global control of hepatitis B virus infection. // Lancet Infect Dis. - 2002; 2(7): 395–403.

PECULIARITIES OF DELIVERY COURSE OF WOMEN WITH ACUTE VIRAL HEPATITIS B Shoonaeva N.D.

Kyrgyz State Medical Institute of retraining and advanced training,
Bishkek city, Kyrgyzstan.

Resume: pattern of delivery course of 98 patients with acute viral hepatitis B was studied. Complications of delivery were: early discharge of amniotic fluid, intrauterine hypoxia of fetus, hypertensive disorders in delivery which appeared in 2,1; 2,2; 2,0 and in 1,2 times respectively oftener than in the control group. Maternity patients with acute viral hepatitis B underwent operative delivery in 2,2 times larger than in control group.

Key words: acute viral hepatitis B, delivery, course, complications.



УДК 618.5:616.36-002.1:578.891]-06

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С.

Шоонаева Н. Д.

Кыргызский Государственный Медицинский Институт
Переподготовки и Повышения Квалификации,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Изучали характер течения родов у 55 женщин с ОВГС. Кесарево сечение в группе с ОВГС проведено в 1,8 раза чаще, чем в контроле. Осложнениями в родах явились несвоевременное излитие околоплодных вод, внутриутробная гипоксия плода, гипертензивные нарушения в родах, которые встречались в 2,0; 2,1 и 2,8 раза соответственно чаще, чем в контроле.

Ключевые слова: острый вирусный гепатит С, роды, течение, осложнения.

КУРЧ ВИРУСТУК С ГЕПАТИТИ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН АЯЛДАРДА ТӨРӨТТҮН ӨТҮШҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ.

Бишкек шаарынын Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу медициналык институту

Курч вирустук С гепатити менен жабыркаган 55 аялда төрөттүн өтүшүнүн мүнөзү изилдедик. КВСГ тобундагы аялдарга баланы ичтен союп алуу көзөмөлгө карганда 1,8% эсеге көп болгон. Төрөт учурундагы татаалдыктар болуп түйүлдүктүн тегерегиндеги суунун өз убагында эмес агып кетиши, түйүлдүктүн курсак ичиндеги гипоксиясы, төрөттөгү гипотензивдик бузулуулар саналган, алар 2,0; 2,1 жана 2,8 эсеге туура келип көзөмөлгө караганда көп кездешет.

Негизги сөздөр: курч вирустук С гепатити, төрөт, өтүүнүн татаалдыктары.

Введение. Парентеральные гепатиты - одна из самых актуальных проблем здравоохранения во всем мире в связи с непрерывным ростом заболеваемости. Число инфицированных вирусом гепатита С превышает 200 млн. человек, что составляет около 3% населения земного шара. По прогнозам ВОЗ, в последующие 10-20 лет гепатит С станет основной проблемой национальных органов здравоохранения, так как ожидается, что в результате его распространения может увеличиться в 2 раза смертность от заболевания печени [6,1,4].

Актуальность проблемы гепатитов обусловлена совокупностью социальных, экономических и эпидемиологических показателей. В связи с этим, особое значение приобретают вопросы клиники, эпидемиологии диагностики у беременных, оценки течения родов, выборов методов рациональной акушерской тактики и возможности коррекции неблагоприятных влияний инфекции на мать и плод [3,2,5].

Целью нашего исследования явилось изучение характера течения родов у женщин с острым гепатитом С.

Материал и методы. На базе родильных домов г. Бишкек изучали характер течения родов у 55 женщин с острым вирусным гепатитом С (ОВГС) - основная группа. Группой контроля явились 59 здоровых рожениц. Группы были сопоставимы по возрасту и паритету родов.

Проводился анализ данных, полученных при интервьюировании, клиническом обследовании, из амбулаторных карт и историй родов.

Результаты исследования и их обсуждение. Всего обследовано 114 рожениц в возрасте от 20 до 37 лет. У подавляющего большинства пациенток роды были срочными (в контрольной группе – у 53 (89,8%), в 3 группе – у 40 (72,7%) (табл. 1). Наибольшее число случаев преждевременных родов наблюдалось в группе с острым гепатитом С – 25,5% (у 14 пациенток), что в 5 раз превышало показатель группы контроля. В обеих группах имели место запоздалые роды.

Таблица 1.

Характеристика родов

Роды	Контроль (n=59)		ОВГС (n=55)	
	Абс	%	Абс	%
Срочные	53	89,8	40	72,7
Преждевременные	3	5,1	14	25,5
Запоздалые	3	5,1	1	1,8
Самопроизвольные	54	91,5	46	83,6
Оперативные	5	8,5	9	16,4

У большинства рожениц с ОВГС преждевременные роды наблюдались при сроках беременности 32-34 и 34-35 недель. У 2-х беременных, страдающих ОВГС (3,6%) наблюдались пороки развития плода с интранатальной его гибелью, обнаруженные при проведении ультразвуковой диагностики, что послужило основанием для

прерывания беременности методом кесаревого сечения в сроки 28-30 недель. В 2 случаях у женщин этой группы произошла антенатальная гибель плода в III триместре беременности.

Роды через естественные родовые пути произошли у беременных с острым гепатитом С в 83,6% случаев, что на 7,9% меньше, чем у здоровых женщин (54 (91,5%)). Кесарево сечение в группе с ОВГС проведено 9 (16,4%) пациенткам – в 1,8 раза чаще, чем в контроле (табл. 2). Операция кесарева сечения была выполнена в плановом порядке в группе с ОВГС в 3 (5,5%) случаях в связи с сочетанными показаниями у 2 (3,6%) пациенток и отягощенным акушерским анамнезом - 1 случай (1,8%). В экстренном порядке оперированы 6 (10,9%) пациенток. Показаниями явились преждевременное излитие вод – у 4 (7,3%) и гипоксия плода – у 2 (3,6%).

Таблица 2

Операции кесарева сечения

Показания	Контроль (n=59)		ОВГС (n=55)	
	Абс	%	Абс	%
Оперативные	5	8,5	9	16,4
Плановые	3	5,1	3	5,5
Тазовое предлежание	1	1,7	-	-
ОАА	2	3,4	1	1,8
Миопия	1	1,7	-	-
Сочетанные	-	-	2	3,6
Экстренные	2	3,4	6	10,9
Преждевременное излитие вод	-	-	4	7,3
Гипоксия плода	1	1,7	2	3,6

Средняя кровопотеря при операции кесарева сечения в группе с ОВГС не отличалась от группы контроля и в среднем составила 707±9,1 мл против 700±10,2 мл в контроле.

Сравнительный анализ частоты осложнений в родах в группе контроля показал, что на первом месте было несвоевременное излитие околоплодных вод - в 11 случаях или 18,6% от числа обследованных (табл. 3), внутриутробная гипоксия плода выявлена в 5 случаях (8,5%), кровотечения в раннем послеродовом периоде определялись в 4 случаях (6,8%), гипертензивные нарушения в родах и ручное обследование полости матки и отделение плаценты составили по 3 случая (5,1%).

У родильниц из группы с острым гепатитом С такое осложнение, как несвоевременное излитие околоплодных вод составило 36,4% (в 2,0 раза больше, чем в контроле); кровотечения в раннем послеродовом периоде составили 9,1% случаев и превышали показатель контроля на 2,3%; ручные обследования полости матки и отделение плаценты у родильниц с ОВГС составили 7,3% и только на 2,2% превышали значение контроля. Внутриутробная гипоксия

плода в группе с ОВГС составила 18,2% случаев, гипертензивные нарушения в родах - 14,5% случаев, что в 2,1 и 2,8 раза соответственно превышало показатель контроля (табл. 3).

Таблица 3

Показатели частоты осложнений в родах

Осложнения	Контроль (n=59)		3-я группа (n=55)	
	Абс	%	Абс	%
Несвоевременное излитие околоплодных вод	11	18,6	20	36,4
Внутриутробная гипоксия плода	5	8,5	10	18,2
Гипертензивные нарушения в родах	3	5,1	8	14,5
Кровотечения в раннем послеродовом периоде	4	6,8	5	9,1
Ручные обследования полости матки и отделение плаценты	3	5,1	4	7,3

Среди аномалий родовой деятельности патологический прелиминарный период регистрировался в группе контроля в 13,6%, а в группе с острым гепатитом С в 12,7% случаев (табл. 4). Первичная слабость родовой деятельности определялась в группе контроля в 11,9%, в группе с ОВГС - 12,7% случаев. Вторичная слабость в группе контроля составила 5,1%, а в группе с ОВГС 5,5%. При остром гепатите С слабость потуг регистрировалась в 3,6% случаях, практически не отличаясь от значения группы контроля (3,4%). Дискоординация родовой деятельности в группе с ОВГС определялась в 1,2 раза реже, чем в контроле (5,5% против 6,8%).

Изучение продолжительности родового процесса в обеих сравниваемых группах показало, что средние значения продолжительности периодов родов как у первородящих, так и повторнородящих, были примерно одинаковыми.

Таблица 4

Аномалии родовой деятельности

Осложнения	Контроль (n=59)		3-я группа (n=55)	
	Абс	%	Абс	%
Патологический прелиминарный период	8	13,6	7	12,7
Первичная слабость	7	11,9	7	12,7
Вторичная слабость	3	5,1	3	5,5
Слабость потуг	2	3,4	2	3,6
Дискоординация родовой деятельности	4	6,8	3	5,5

При этом кровопотеря в родах была физиологическая (до 0,5% от массы тела) и в среднем составила 220,6±35,7 мл.

Вышеизложенные данные дают нам все основания отнести женщин с вирусным гепатитом С к группе высокого риска по возможности неблагоприятного исхода беременности и родов для матери и плода. Течение вирусных гепатитов у беременных требует особого внимания. Возникновение острого вирусного

гепатита на фоне беременности во всех случаях требует госпитализации пациентки в инфекционный стационар.

Литература

1. Блюм Х. Е. Гепатит С: современное состояние проблемы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2009. – № 1. – С. 29-33.
2. Шехтман М.М. Клинико-иммунологические варианты острых вирусных гепатитов и беременность // Гинекология. - 2004; 6(1).
3. Юшук Н.Л., Кузьмин В.Н. Вирусный гепатит С: диагностика и тактика ведения беременных // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2000. - № 1. – С. 44-47.
4. Bernard P.H. Hepatitis B and C virological tests: interpretation and practical results in women // Gynecol Obstet Fertil. - 2005; 33 (6): 423-428.
5. Boyer N., Marcellin P. Patogenesis, diagnosis and management of hepatitis C // J. Hepatol. – 2000 - Vol. 32, Suppl N.2. - P.98-112.
6. World Health Organization. Hepatitis C - global prevalence // Wkly Epidemiol. Rcc. - 2002. - Vol. 77. -P. 41-48.

Peculiarities of delivery course of women with acute viral hepatitis C.

Shoonaeva N.D.

**Kyrgyz State Medical Institute of retraining and advanced training,
Bishkek city, Kyrgyzstan.**

Pattern of delivery course of 55 women with acute viral hepatitis C was studied. Caesarian operation in the group with acute viral hepatitis C was performed in 1,8% more than in the control group. Complications of delivery were: early discharge of amniotic fluid, intrauterine hypoxia of fetus, hypertensive disorders in delivery which appeared in 2,0; 2,1 and 2,8 times respectively oftener than in the control group.

Key words: acute viral hepatitis C, delivery, course, complications.

ХИРУРГИЯ

УДК 617.557:616-007.43

**АЛЛОПЛАСТИКА ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРИ
ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ***Жаманкулова М.К.***Кыргызская Государственная медицинская
академия им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

Пролечено 50 больных с паховыми грыжами в возрасте от 17 до 85 лет, среди них 46 мужчин и 4 женщины. 18 из них была произведена герниопластика по классическому методу Лихтенштейна, остальным 32 – модифицированным методом.

Ключевые слова: полипропиленовая сетка, грыжи, паховые, лечение, осложнения, аллопластика, сетчатые эндопротезы.

**ЧУРАЙ ЧУРКУСУН ХИРУРГИЯЛЫК
ДАРЫЛООДО АЛЛОПЛАСТИКАНЫН
КОЛДОНУЛУУСУ****И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик
Медицина Академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы**

Корутунду: 17 жаштан 85 жашка чейинки чурай чуркусу менен жабыркаган 50 оорулуу дарыланды, анын ичинен 46-эркек, 4-аял. Алардын он сегизине Лихтенштейн пластикасынын классикалык ыкмасы колдонулса, отуз экигине Лихтенштейн пластикасынын биздин ооруканада жаныланган ыкмасы колдонулган.

Негизги сөздөр: полипропилендик торчо, чурай чурку, дарылоо, кабылдоо, аллопластика, торчо эндопротездер.

Одной из часто встречающихся хирургических патологий на сегодняшний день остаются брюшные грыжи. От всех грыженосителей 75-80% составляют паховые грыжи [3], что обусловлено особенностями строения пахового канала и множеством факторов, приводящих к значительному повышению внутрибрюшного давления.

Традиционные методы пластики паховых грыж на сегодняшний день устарели, имеют свои недостатки и не устраняют причин грыжеобразования. Возникновение осложнений в раннем послеоперационном периоде является одной из ведущих причин рецидива грыжи, который достигает 10-30% [4]. Несмотря на то, что проводилось много исследований в этой области, частота развития послеоперационных осложнений и высокий процент рецидива болезни доказывают, что

эти методы недостаточно эффективны при лечении паховых грыж.

Поиском более совершенного метода лечения паховых грыж занимались многие исследователи, один из них - герниолог Ирвин Лихтенштейн, который в 1968 году [6] предложил пластику грыжевых ворот с использованием сетчатого эндопротеза, основным принципом которой является укрепление задней стенки пахового канала. Неоспоримым преимуществом данной методики является надежное укрытие пахового канала. Применение таких эксплантатов позволяет ушить ткани пахового канала без натяжения и укрепить несостоятельные ткани дополнительным прочным материалом.

Случаи рецидивов при использовании данного метода единичны [1,2,5].

Цель работы. Улучшить результаты лечения больных с паховыми грыжами.

Материалы и методы. Начиная с 2011 года, в хирургическом отделении ГКБ №1 было пролечено 50 больных с паховыми грыжами по методу Лихтенштейна с использованием полипропиленовой сетки. Среди них было 46 мужчин и 4 женщины в возрасте от 17 до 85 лет. У 3 пациентов была отмечена двусторонняя локализация паховых грыж. Двоим из них произведена аллопластика одновременно с двух сторон, одному – односторонняя, в связи с тяжелым сопутствующим заболеванием. У 3 пациентов имело место повторное рецидивирование, и у одного грыжа рецидивировала ранее трижды. При исследовании у 31 больного выявлена косая и у 19 прямая паховые грыжи.

Всем больным выполняли оперативное лечение в плановом порядке по поводу неосложненных паховых грыж, с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений за 30 минут до операции вводили 1 грамм цефазолина внутривенно.

У 18 больных произведена герниопластика по классическому методу Лихтенштейна с непрерывной фиксацией полипропиленовой сетки по всему периметру проленовой нитью. Непрерывный обвивной шов опасен тем, что при послаблении начального или конечного узла происходит и послабление швов по всему периметру, при этом сетчатый эндопротез скручивается и дислоцируется, что является основной причиной развития рецидива болезни. Также при непрерывной фиксации сетки расходуется больше фиксирующего материала, который в большей степени соприкасается с тканями, травмируя и инфицируя их, и может

послужить причиной ранних послеоперационных раневых осложнений.

В связи с этим в нашей клинике разработан модифицированный метод фиксации эндопротеза, который был использован при герниопластике у 32 больных. Он заключается в следующем: после всех этапов грыжесечения, после обработки грыжевого мешка переходим к фиксации полипропиленовой сетки. В сетчатом эндопротезе предварительно выкраивается отверстие для семенного канатика, учитывая его размеры. Сетка свободно укладывается на заднюю стенку пахового канала так, чтобы образовались волнообразные складки, так как в позднем послеоперационном периоде сетка уменьшается в размерах и возникает натяжение, что, в свою очередь, приводит к появлению хронической боли на месте стояния эндопротеза. Далее фиксируем сетку медиально 1 узловым швом к лонному бугру, сверху – 3 узловыми швами к внутренней косой мышце, внизу – к паховой связке непрерывным обвивным швом в 3 обвития, латерально – позади семенного канатика 2 узловыми швами. Операция заканчивается сшиванием апоневроза наружной косой мышцы без создания дубликатуры и наложением швов на подкожно жировую клетчатку, не дренируя ее, и кожу.

Результаты и их обсуждение. Все больные, кроме одного, оперированы под внутривенным наркозом, один - под местной анестезией в связи с тяжелым сопутствующим заболеванием. В период операции осложнений не наблюдали. После операции течение заболевания проходило без нарушения мочеиспускания и не возникали такие осложнения как орхит и орхоэпидидимит. Со стороны раны лишь у двоих отмечен воспалительный инфильтрат, у одного из которых герниопластика производилась под местной анестезией, а у других осложнений не выявлено.

Что касается болевого синдрома в послеоперационном периоде, то лишь в первые сутки назначали кетонал 2,0 внутримышечно, а в следующие сроки больные в обезболивающих средствах не нуждались. Температура тела оставалась в пределах нормы, повышение температуры тела до 37,5°C отмечено лишь у 2 больных.

Мы придавали большое значение ранней активизации больных, особенно у лиц пожилого возраста: через 2-3 часа после выхода из наркоза разрешали ходьбу, через 6-8 часов – дыхательную гимнастику, повороты туловища.

Пребывание больных в стационаре составило 3,2±0,36 койко-дней. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

На контрольное обследование явились 38 больных в сроки от 6 месяцев до 1 года. Из них у 10 было выполнено грыжесечение по классическому методу Лихтенштейна, а остальным - по усовершенствованной нами методике. Из 10 больных у 2 отмечено периодическое появление болей в области послеоперационного рубца и дискомфорт при ходьбе, а остальные оперированные по нашей методике больные жалоб не предъявляли. При

обследовании рецидива болезни не обнаружено. Больные в возрасте 65 лет и старше в послеоперационном периоде в посторонней помощи не нуждались, а пациенты до 65-летнего возраста выполняли прежнюю работу, т.е. трудоспособность больных возвращалась на раннем этапе послеоперационного периода.

В итоге, наши немногочисленные исследования показали целесообразность применения грыжесечения по методу Лихтенштейна и по усовершенствованной нами методике.

Полученные отдаленные результаты (от 6 месяцев до 1 года) показали эффективность этого метода лечения, но для конечного суждения необходимо продолжить наблюдение за больными в более поздние сроки.

Литература

1. Гогия Б.Ш. Использование проленовой системы для пластики паховых грыж [Текст] / Б.Ш. Гогия, А.А. Адамян // Хирургия. - 2002. - № 4. - С. 65-68.
2. Современная тактика хирургического лечения паховых грыж [Текст] / [А.В. Юрасов, Д.А. Федоров, А.Л. Шестаков и др.] // Анналы хирургии. - 2002. - № 2. - С. 54-59.
3. Тоскин К.Д. Грыжи живота [Текст] / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский - М.: Медицина, 1983. - С. 77-172.
4. Gilbert A.I. Pitfalls and complications of inguinal hernia repair [Text] / A.I. Gilbert; Arregui M.E., Nagan R.F., eds. // Inguinal Hernia: Advances or Controversies? - Oxford, England: Radcliffe Medical Press Ltd., 1994.
5. Hildebrandt J. Tension-free methods of surgery of primary inguinal hernias. Comparisons of endoscopic, total extraperitoneal hernioplasty with the Lichtenstein operation [Text] / J. Hildebrandt, O. Levantin // Chirurg. - 2003. - Vol. 74, № 10. - P. 915-921.
6. Lichtenstein I.L. Herniorrhaphy. A personal experience with 6321 cases / I.L. Lichtenstein // Amer. J. Surg. - 1987. - Vol. 153. - P. 553-559.

ALLOPLASTY OF HERNIAL HILUS IN PATIENTS WITH INGUINAL HERNIA

Zhamankulova M. K.

I.K.Akhunbaev Kyrghyz State Medical Academy, Bishkek city, Kyrghyz Republic

Summary: 50 patients with inguinal hernias at the age of 17-83 years were repaired. There were 46 males and 4 women among them. Hernioplasty in 18 patients was executed according to Lichtenstein method, and in 32 patients it was executed according to the modified method.

Key words: polypropylene net, hernia, inguinal hernia, treatment, complications, alloplasty, reticular endoprosthesis

УДК 616.34 -007.44-617-089

**ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ ВЫЗЫВАВШИЙ
ИНВАГИНАЦИЮ КИШЕЧНИКА***Жантеев М.Е., Алмабаев С.Б., Калыбеков Д.Д.,
Малибеков Ж.Ж., Кадырбаев Т.К.***Хирургическое отделение клиники
МКТУ им. Х.А. Ясави,
Республика Казахстан.**

В хирургическое отделение клиники Международного Казахско турецкого университета им. Х.А. Ясави поступил подросток с клиникой остро кишечной непроходимости. По ходу операции была известна что причиной кишечной непроходимости является инвагинация дивертикула Меккеля.

Ключевые слова: дивертикул Меккеля, инвагинация, странгуляция, обтурация.

**ШЕК ИНВАГИНАЦИЯСЫН ТУДЫРҒАН
МЕККЕЛЬ ДИВЕРТИКУЛЫ***Қ.А. Яссауи атындағы ХҚТУ клиникасы, хирургия
бөлімшесі*

Бұл мақалада 14 жасар жасөспірімде Меккель дивертикулының ащы ішек инвагинациясына себеп болғандығы туралы баяндалған. Жалты емізу жасындағы бір жасқа толмаған балаларда кездесетін сырқаудың жасөспірімдерде болуы өте сирек кездесетін жағдай. ХҚТУ клиникасына аталған аурумен түсіп, дер кезінде ота жасалған жасөспірім жағдайы тез оңалып, дұрыс боп кетті.

Негизгі сөздер: Меккель дивертикулы, инвагинация, странгуляция, обтурация

Инвагинация кишечника - форма кишечной непроходимости, которая выделена как отдельная нозологическая, при которой одна кишечная петля внедряется в другую. Кишечная непроходимость обусловленная инвагинацией встречается преимущественно у детей грудного возраста (85-90%), особенно часто в период с 4 до 9 мес. У детей старше 1 года и у взрослых инвагинация наблюдается редко и обусловлена в большинстве случаев органическими причинами, к которым относятся: новообразования, гиперплазия лимфоидной ткани, рубцовые сужения, дивертикул Меккеля, глистная инвазия и пр. Дивертикул Меккеля может быть причиной инвагинации кишечника в основном у детей старшего возраста и у взрослых в отличие от обычной инвагинации.

В зависимости от локализации различают, тонко-тонкокишечную, тонко-толстокишечную, тонко-слепокишечную (илеоцекальная), толсто-толстокишечную и тонко-толсто-слепокишечную виды кишечной инвагинации.

Чаще всего наблюдается внедрение тонкой кишки в толстую в области илеоцекального угла (более 95%), реже - тонкой в тонкую и толстой в толстую. Инвагинацию относят к смешанной форме кишечной непроходимости, в которой сочетаются как обтурационный, так и странгуляционный факторы. Исходно происходит закупорка кишечника изнутри (обтурация), и лишь затем, как правило, через 6—12 часов, может присоединиться нарушение питания из-за сдавления брыжейки (странгуляция).

Заболевание обычно начинается внезапно и протекает бурно, сопровождаясь с интервалом, в несколько минут. В литературе описаны случаи, когда инвагинат пройдя по толстой кишке, выпадает из заднего прохода, и его принимают за выпавшую прямую кишку.

Аналогичный случай, развитие кишечной непроходимости, обусловленной инвагинацией кишечника у подростка 14 лет встретился в хирургическом отделении клиники МКТУ им. Х.А. Ясави. Больной поступил каретой скорой помощи с жалобами на сильные, схваткообразные боли в животе. Приступы болей чередовались с кратковременными промежутками, в течение которых больной особо не испытывал боли. Была 2-х кратная рвота во время приступа. Внешне у больного особых изменений нет. Пальпаторно во время приступа определяется умеренное напряжение брюшной стенки, вздутие кишечника на довольно значительном протяжении. Вне приступа когда напряжении живота нет, в околопупочной области и ниже справа пальпируется образование продолговатой, колбасовидной формы (инвагинат), подвижное, болезненное. При пальцевом ректальном исследовании определяется небольшое количество слизи. Задержка кала и газов.

Дополнительные методы диагностики; УЗИ органов брюшной полости, наличие эхоплотного образования, уплотненной инфильтрации. На рентгенограмме органов брюшной полости - множественные чаши Клойбера. ЭКГ - Синусовый ритм 60 уд в мин. Вертикальное положение ЭОС. ОАК - гемоглобин: 146 г/л, Эр: $4,5 \times 10^{12}$ г/л, Л: $16,0 \times 10^9$ г/л, СОЭ: 4 мм/ч.; ОАМ - цв: с/ж, рН-1016, белок - 0,066 Л-4-4 в п зр.

Биохимический анализ крови: билирубин- 12,0 мкмоль/л, АСТ -0,3, АЛТ -0,1, альфа амилаза-6,7 мг\сл, мочевины-6,0 ммоль/л, креатинин- 90 мкмоль/л, глюкоза- 4,5 ммоль/л. общий белок -72 г/л.

Фиброколоноскопия - Катаральный колит. Единичные дивертикулы толстого кишечника 0,5x0,5 см. Продолжающееся кровотечение из верхних отделов кишечника.

Флюорография: здорова.

На основании вышеизложенных данных больной выставляется клинический диагноз: Острая спаечная кишечная непроходимость. Инвагинация кишечника?

Решено: оперативное вмешательство.

Произведена операция - Нижнесреднесрединная лапаротомия. Резекция тонкого кишечника, энтеро-энтеро анастомоз «бок в бок». Дренирование ЖКТ зондом Шалькова. Санация, дренирования брюшной полости под ЭТН.

При вскрытии брюшной полости обнаружен незначительный серозный выпот. При дальнейшей ревизии брюшной полости в околопупочной области справа визуально определяется измененные петли кишечника, (инвагинат), богрово красного местами синюшного цвета отечные, имеются очаговые некротические изменения. Пальпаторно плотно-эластической консистенции. Измененные участки кишечника покрыты белесовато серым налетом с незначительными сукровичными выделениями.

Провести дезинвагинацию вручную, расправлением инвагината, методом осторожного «выдавливания» не удалось. Выраженный отек и участки некроза пораженного участка кишки не давало осуществить дезинвагинацию. Произошли массовые десерозации, местами измененные стенки кишечника просто рвалась при натягивании. Учитывая неэффективность ручного расправления инвагината и нежизнеспособности пораженного отдела кишечника, наличии некротических участков, было решено производить резекцию в пределах здоровых тканей с наложением анастомоза.

Произведена резекция тонкого кишечника в пределах здоровой ткани с наложением энтеро-энтеро анастомоза «бок в бок». Дренирование ЖКТ зондом Шалькова. Санация, дренирования брюшной полости. послонные швы на рану, асептическая повязка.

Макропрепарат: При ревизии макропрепарата выявлено что причиной инвагинации стало дивертикул подвздошного кишечника. В толще инвагината обнаружен измененный дивертикул кишечника длиной 6-7 см, отечный, темно-синюшного цвета, с очаговыми некротическими изменениями.

Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление раны с первичным натяжением, швы сняты на 8-9 сутки. По внутренним органам без патологии, физиологические отправления в норме. Выписывается на амбулаторное долечивание на 10 сутки в удовлетворительном состоянии.

Литература

1. Исаков Ю. Ф. Хирургические болезни у детей. — М.: "Медицина".— 1998.—С.192—197.
2. Чернов В.Н., Белик Б.М. Острая непроходимость кишечника (патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение): Чернов В.Н., Белик Б.М. — Санкт-Петербург, 2008 г.- 512 с.
3. Алиев М.А., Шальков Ю.Л. - Хирургия острой кишечной непроходимости. Алма-Аты, 1996.
4. Шабанов А.Н., Кушхабиев В.А., Вели-заде Б.К. «Оперативная хирургия. Атлас» / Москва, 1977.- с 155-162.
5. Петров В.П. Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. Москва, Медицина, 1989, с.286.

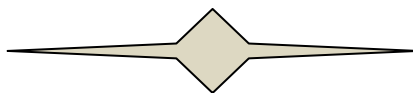
MEKKEL'S DIVERTICULUM CAUSING INVAGINATION OF INTESTINES

Zhanteev M., Almabaev S., Kalybekov D., Malybekov J., Kadyrbaev T.

Clinic of International Kazakh-Turkish University.

This article refers to a 14 year old teenager who was divertikul'u fine Meckel intussusception. This disease is rare in adolescents than in breastfeed the kind that age year. At the clinic of International Kazakh-Turkish University it was teenager in a disease and, at the time of making the operation quickly went on the mend.

Key words: Meckel's diverticulum, invagination, strangulation, obturation.



СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616.314 (075)

**РОЛЬ ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**
(лекция).*Кыдыкбаева Н.Ж.***Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии КГМИ ПИПК,
г. Бишкек, Кыргызская Республика**

В данной статье освещены вопросы питания в профилактике кариеса зубов у детей. Данный цикл лекций предназначен для педиатров, с целью повышения квалификации по вопросам детской кариеологии.

Ключевые слова: питание и кариес зубов, первичная профилактика кариеса, детская стоматология

**ТИШ ООРУЛАРЫН АЛДЫН АЛУУГА
ТАМАКТАНУУНУН РОЛУ****КММКДжАЖИнин стоматология жана бет-жаак
хирургия кафедрасы,
Бишкек ш. Кыргыз республикасы.**

Ушул макалада балдардын тиштеринин кариесин алдын алууга тамактануунун маселелери жазып тушундурулгон. Берилген лекциялар циклы педиатрлар учун багышталган, балдар кариеология маселелери боюнча адистикти жогорулатуу максатында

Негизги создор: тамактануу жана тиш кариеси, кариести алдын ала байкоо, балдардын тиш дарылоосу.

Мы продолжаем цикл лекций для врачей первичного звена, а в частности для педиатров по вопросам первичной профилактики кариеса зубов.

Роль питания как составной части здорового образа жизни в профилактике основных стоматологических заболеваний проявляется в нескольких аспектах:

- а) питание как фактор формирования резистентных органов и тканей полости рта к действию неблагоприятных факторов;
- б) рационализация питания как путь снижения кариеогенного действия легкоусвояемых углеводов;
- в) питание как фактор повышения самоочищения полости рта.

Первый аспект связан с важнейшим направлением профилактики кариеса зубов — антенатальной профилактикой. В основе ее лежит создание оптимальных условий закладки и развития органов и тканей полости рта для формирования их

резистентности. Одним из главных условий этого является полноценное по качественному и количественному составу питание при хорошем уровне усвоения компонентов организмом беременной [3,4,5].

В первую очередь, говоря об антенатальной профилактике кариеса зубов, нужно отчетливо представлять, что закладка необходимых одонтогенных элементов (Са, Р, F и др.) в формирующуюся эмаль в основном идет в этом периоде, раз и на всю жизнь. В дальнейшем, даже при активном воздействии на эмаль профилактическими средствами, мы можем влиять лишь незначительно на качественный и количественный ее состав в суперповерхностных частях.

При необходимости, в процессе наблюдения за беременными, по согласованию с акушерами, нужно своевременно вносить коррективы в пищевой рацион [5]. Показаниями к коррекции питания служат — высокий прирост кариеса зубов, активное его течение, клинические признаки гиповитаминозов в полости рта, остеопороза альвеолярной кости. При ряде состояний — повторной беременности через короткие промежутки, наличии серьезных сопутствующих заболеваний, трудном течении предыдущих беременностей, плохом состоянии временных зубов у других детей — коррективы в пищевой рацион, а также дополнительное назначение витаминов и минеральных компонентов надо вводить заблаговременно, до наступления клинических признаков вышеперечисленных нарушений. Во втором триместре беременности следует снизить количество легкоусвояемых углеводов, так как они, наряду с предрасположенностью к кариесу, способствуют аллергизации организма и нарушению обменных процессов.

Потребности беременных составляют: Наилучшая доставка этих необходимых для формирования зубных тканей веществ осуществляется с молоком — источником легкоусвояемых солей кальция и фосфора, белков. Беременные должны потреблять не менее 200 г молока в сутки. На 18—22 и 28—32 неделях беременности, которые являются критическими периодами гисто-морфогенеза, дополнительно назначаются по 0,5 г глицерофосфата Са утром и вечером ежедневно. В местностях с пониженным содержанием фтора в воде необходимо беременным давать фтор в виде 1% раствора по 10 капель ежедневно в эти же сроки. При токсикозах, сопровождающихся рвотой — дозу фтора нужно увеличить до 15 капель. Лучше для этих целей использовать препарат «Витафтор», который наряду с фторидами содержит комплекс витаминов.

Основой формирования резистентных тканей и органов полости рта является сбалансированное полноценное питание, которое зачастую резко нарушается при беременности. Поэтому стоматолог при диспансерном наблюдении обязан отметить эти нарушения и совместно с акушером откорректировать пищевой рацион.

Не меньшее значение в формировании зубных тканей имеет первый год жизни ребенка и питание его в этот период. После рождения ребенка продолжается закладка, формирование и минерализация большинства постоянных зубов, тогда как во внутриутробном периоде закладываются и минерализуются в основном временные зубы. Идеальным питательным продуктом, обеспечивающим новорожденного всем необходимым, является молоко матери. При искусственном вскармливании или недостатке материнского молока необходимо максимально компенсировать его недостатки. Контроль над этой стороной питания осуществляет педиатр, но стоматолог должен информировать матерей о недостатках искусственного вскармливания и необходимости дополнительного введения в рацион фруктовых, овощных соков, пюре и т.д. Однако полноценной замены молоку матери нет, в связи с чем дети, бывшие на искусственном вскармливании, болеют чаще, в том числе и кариесом зубов.

В период лактации у женщин наблюдается повышенная поражаемость зубов кариесом. Поэтому специалистам первичного звена и стоматологу необходимо предусмотреть и рекомендовать кормящим матерям дополнительное введение в организм с пищей Са и Р, фтора и витаминов в виде молочных продуктов, овощей и фруктов.

Таким образом, в диетэтике кариеса как фактора формирования резистентных зубных тканей особая роль отводится снабжению организма матери и ребенка кальцием, фосфором, фтором и витаминами. Именно они могут быть дефицитными при различных нарушениях. Выраженных особенностей в питании относительно белков, жиров и углеводов с точки зрения формирующегося зубочелюстного аппарата не выявлено.

Второй аспект — рационализация питания как путь снижения кариесогенного действия легкоусвояемых углеводов. Исследованиями установлено, что за последние десятилетия резко возросло употребление населением углеводов. Так, с 1950 года потребление сахара во многих странах увеличилось в 3 раза. Кроме того, имеются достоверные доказательства наличия прямой связи между потреблением сахара и ростом кариеса [3,4]. Нравы и привычки человека способствуют приему сладкой пищи часто беспорядочно, как последнее блюдо, в виде липких и вязких веществ, позволяющих им долго задерживаться в полости рта. При этих условиях за счет полного набора ферментов микробного происхождения, постоянной температуры (37°), влажности осуществляется в полости рта полное расщепление углеводов, которое завершается образованием органических кислот (молочной,

пириновинной), повышение концентрации которых небезразлично для зубов. При недостаточной резистентности эмали она быстро разрушается. Таким образом, прием легкоусвояемых углеводов является пусковым моментом деминерализации эмали под микробным налетом. Поэтому в диетэтике кариеса углеводным компонентам пищи придается наибольшее значение [2,6].

Имеется несколько перспективных путей снижения кариесогенной роли углеводов. Уменьшение потребления углеводов, на первый взгляд, самое простое решение проблемы — на практике оказалось трудно выполнимым. Простые углеводы наиболее доступны и дешевы, обладают высокой энергетической ценностью для организма. Преодоление стереотипа питания может быть решено на протяжении длительного периода времени. Поэтому указанное направление диетэтики кариеса зубов пока не оправдало себя. Лишь в период прорезывания и созревания зубов, при активном течении кариеса можно на определенное время запретить потребление сахара.

Снижение частоты потребления углеводов патогенетически оправдано, т.к. каждый прием сахара вызывает в полости рта «метаболический взрыв» [6]. Снижение частоты таких «взрывов» снижает кариесогенное влияние углеводов пищи и может быть рекомендовано в практику [3,6]. Замена метаболизируемых в полости рта углеводов на неметаболизируемые предполагает замену сахара, глюкозы, фруктозы на многоатомные спирты пищевого назначения: ксилит, сорбит, манит [6], которые обладают сладким вкусом, безвредны и не расщепляются в полости. Однако промышленность пока не может выпускать эквивалентного сахару количества таких заменителей — это вопрос времени. По своим питательным и вкусовым качествам они уступают сахару. И, наконец, нет гарантии, что путем мутации не появятся штаммы микробов, способные их расщеплять.

Уменьшение времени пребывания углеводов в полости рта основано на сокращении контакта углеводов с зубными тканями, в результате чего снижается их кариесогенное влияние. Доказано, что в течение 20—40 минут после приема углеводов происходит активная утилизация их остатков микрофлорой. Это самый критический период для эмали. Чтобы избежать этого, профессором В.К.Леонтьевым предложен термин «культура потребления углеводов» в виде 4 правил:

- а) не есть сладкое на ночь;
- б) не употреблять сладкое как последнее блюдо при приеме пищи;
- в) не есть сладкого между приемами пищи;
- г) если нарушено какое-либо из трех правил, необходимо почистить зубы или прополоскать полость рта.

Эти правила легки, понятны для усвоения, легче других приемов могут перейти в убеждения и навыки людей, поэтому данный подход перспективен и может рекомендоваться в широкую практику.

Устранение свободных углеводов из полости рта путем их ускоренного выведения предполагает закрепить в привычку населения полосканием полости рта после каждого приема пищи, особенно углеводной. При этом за счет эвакуации углеводов исчезает субстрат для метаболизма микрофлоры и естественно падает кариесогенное воздействие [7]. Этот способ не требует специальных затрат, прост в исполнении, может проводиться в любом помещении, в связи с чем может быть рекомендован к внедрению. Устранение свободных углеводов из полости рта путем специального ферментативного расщепления. Этот метод предполагает применение ферментов, предназначенных для неацетиленового метаболизма углеводов в полости рта. С этой целью за рубежом были использованы ферменты инвертазы и лактаздегидрогеназы. Предложенная методика научно обоснована и проходит стадию глубоких экспериментальных и клинических испытаний. Производство и технология изготовления как ферментов, так и препаратов на их основе является очень сложным делом и требует больших затрат и усилий.

Третий аспект — регуляция питания, как фактор повышения самоочищения полости рта и тренировки органов и тканей преследует цель максимального очищения поверхности зубов и мягких тканей путем применения твердых фруктов и овощей и стимуляции слюноотделения твердой и сухой пищей [1,4,5,7].

Самоочищение полости рта — это естественный процесс освобождения ее от остатков пищи и детрита. У современного человека самоочищение затруднено. Это обусловлено характером пищи, значительная часть которой очень мягка, липка, вязка и легко скапливается в ретенционных пунктах полости рта: межзубных промежутках, ретромолярном треугольнике, десневой бороздке, в пришеечной области зубов, кариозных полостях. Анкетирование показало, что значительная часть населения предпочитает не продукты, имеющие твердую консистенцию и нуждающиеся в длительном пережевывании, а мякиш, перемолотое мясо и т.д. Показательно, что среди лиц со множественным кариесом они составляют 65,2%, в группе с незначительным кариесом — 36,3%, в группе резистентных к кариесу — только 26,1% [2,3].

Одним из путей коррекции (улучшения) самоочищения полости рта являются рекомендации к применению пищевых продуктов, обладающих повышенной очищающей способностью. Это, прежде всего, фрукты и овощи — яблоки, морковь, репа, редька, огурец. Твердая и сухая пища обеспечивает хорошую тренировку жевательного аппарата, повышение слюноотделения. Для этих целей рекомендуется горбушка хлеба, сухари, мясо куском, сухая колбаса и рыба [1,4,5].

Состав и свойства пищи являются мощным фактором регуляции деятельности слюнных желез и состава слюны. Грубая волокнистая пища, особенно острая, кислая, кисло-сладкая стимулирует слюноотделение. На этот важный физиологический аспект влияют такие качества пищевых продуктов, как вязкость, жесткость, сухость, кислотность, соленость, едкость, острота.

Таким образом, пищевой фактор является мощным рычагом профилактического воздействия на органы и ткани полости рта путем влияния на функцию слюнных желез, тренировку жевательного аппарата и повышение очищения зубов и мягких тканей.

Литература:

1. Сунцов В.Г., Леонтьев В.К., Дистель В.А., Вагнер В.Д. Стоматологическая профилактика у детей. - Москва: Мед.книга, 2001. - 344 с.
2. Э.М.Кузьмина Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. Издательство - «Тонга-Принт», 2001, 216 с.
3. Стоматология детского возраста (Руководство для врачей)/ Т.Ф. Виноградова, О.П. Максимова, В.В. Рогинский и др.; Под ред. Т.Ф. Виноградовой.— М: Медицина, 1987. 528 с.: ил.
4. Профилактика стоматологических заболеваний: Учебн. пособие для студентов стоматологического факультета, врачей-интернов/ В.И. Куцевляк, В.В. Никонов, А.В. Самсонов и др.; под ред. В.И. Куцевляка.— Харьков: ХГМУ, 2004.— 217 с.— Рус. яз.
5. Дорошина В.Ю. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных как основа стоматологического здоровья детей раннего возраста. — Дисс. канд. мед. наук, М., 1997.
6. Леонтьев В.К., Круглова Л.Н. Механизм задержки сахарозы на зубах. //Стоматология. — 1985. — № 4. — С. 20—23.
7. Леонтьев В.К., Сунцов В.Г., Дистель В.А. Система организации гигиенического воспитания населения при проведении первичной профилактики кариеса зубов у детей //Стоматология. — 1986. — № 1. — С. 67—71.

THE ROLE OF NUTRITION IN THE PREVENTION OF DENTAL DISEASES

Kydykbaeva N.J.

Department of Dentistry and Maxillofacial Surgery KSMI for CE, Bishkek, Kyrgyz Republic.

This article highlights the issues of nutrition in the prevention of dental caries in children. This lecture series is designed for pediatricians to enhance their expertise in child kariesology.

Keywords: nutrition and dental caries, primary prevention of tooth decay, children's dentistry

УДК 616.3 (075)

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СВЕТООТРАЖАЕМОГО
ГЕРМЕТИКА ФИССУЛАЙТ.**

Кыдыкбаева Н.Ж., Султанбаева С.У.

кафедра стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии КГМИПнПК,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

В статье дана методика герметизации и клиническая оценка светоотверждаемого герметика Фиссулайт у 32 детей 6-8 летнего возраста.

Ключевые слова: герметизация фиссур, первичная профилактика кариеса.

**ФИССУЛАЙТ ГЕРМЕТИКТИН СВЕТ МЕНЕН
КАТЫРУУЧУ ЫКМАНЫН КОЛДОНУЛУШУ.**

**КММКДжаЖИнин стоматология жана бет-жаак
хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз республикасы.**

Корутунду: макалада 6-8 жаштагы 32 баланын тиштерин Фиссулайт герметиктин свет менен катыруунун методикасы жана клиникалык баалоосу корсотулгон.

Негизги создор: фиссуралардын герметизациясы, кариести алдын ала байкоо.

За последние десятилетия практически во всех европейских странах произошло явное снижение заболеваемости кариесом. Основную роль в этом, как полагают, сыграла растущая доступность местных фторсодержащих препаратов – зубных паст [2,3].

Однако редукция кариеса распределена не равномерно: больше на контактных и гладких поверхностях и меньше - в области фиссур и ямок [1,4,6]. Поэтому примерно 85% случаев кариеса, выявляемых, сегодня у детей, локализованы в фиссурах и ямках [1,3]. Для этих зон нужны специальные профилактические мероприятия, в частности - герметизация фиссур, которая в данный период является одним из реальных, доступных и экономически выгодных методов первичной профилактики кариеса зубов.

Метод герметизации заключается в obturation фиссур и других анатомических углублений здоровых зубов адгезивными материалами с целью создания барьера для внешних кариесогенных факторов [2,4,5,8]. Функции герметизации фиссур:

- Создает барьер для кариесогенных бактерий;
- Оказывает реминерализующее действие на эмаль, если в состав герметика входят активные ионы.

Цель исследования: клиническая апробация светоотверждаемого герметика «Фиссулайт».

Материал и методы. Методику герметизации «Фиссулайтом» мы проводили у 32 школьников в течении одного года, из них 18 девочек и 14 мальчиков, возраст – 6-8 лет. Количество

загерметизированных премоляров и моляров составило – 126 (табл.№1).

Таблица №1

Возраст	Девочки	Мальчики	Кол-во герметика в преолярах	Кол-во герметика в молярах
6-7 лет	7	6	8	56
7-8 лет	11	8	14	48
итого	18	14	22	104

Герметик «Фиссулайт» представляет собой светоотверждаемый однокомпонентный композиционный материал низкой вязкости, устойчивый к истиранию, содержащий фторирующие компоненты, которые обеспечивают кариеспротективный эффект.

Герметик светового отверждения «Фиссулайт» выпускается в виде белой (опаковой) и прозрачной пасты. Использование прозрачной пасты является предпочтительным в случаях ранних кариозных фиссур и позволяет контролировать состояние эмали под прозрачным слоем герметика. Опаковый герметик удобно наносить и визуально контролировать во время запечатывания и при последующих проверках. Светоотверждаемый герметик позволяет экономить время. Шприцы с насадками для прямого применения дают врачу возможность легко точно наносить герметик на фиссуру и ямки.

В комплекте имеется гель для травления на органической основе содержит бактерицидное вещество (хлорид бензалкония), который позволяет устранить возможную чувствительность, связанную с бактериальным загрязнением поверхности обрабатываемого зуба. Хлорид бензалкония оказывает микростатическое и микробицидное действие на грамположительные и грамотрицательные бактерии и кандиды.

Способ применения и этапы.

Методика неинвазивной герметизации фиссур светоотверждаемым герметиком Фиссулайт:

1. перед нанесением герметика мы тщательно очистили поверхность зуба профессиональной очищающей пастой без примеси фтора и масла, расчистили фиссуры преоляров и моляров зондом, в некоторых случаях производили расшлифовку фиссурным бором закрытых фиссур;

2. изолировали зуб от слюны (предпочтительно использование коффердама);

3. протравили эмаль на жевательной поверхности гелем, содержащим 37% фосфорную кислоту, в течение 30-ти секунд;

4. промыли зуб водой в течение 30-ти секунд и высушили

5. герметик внесли на высушенную эмаль и распределили тонким слоем по всей

поверхности фиссуры без пустот, повторяя контуры фиссуры с помощью зонда или кисточки.

6. произвели полимеризацию герметика в течение 10 секунд

7. после отверждения нужно стереть поверхностный ингибированный слой с помощью ватного шарика, а затем проверить окклюзионные контакты с использованием копировальной бумаги и при наличии суперконтактов споллировать их, используя шаровидные карбидные или алмазные боры.

8. даны рекомендации детям и их родителям с целью ежемесячного визуального контроля, при обнаружении дефектов герметика провести коррекцию или повторную герметизацию фиссур.

При идеальном внесении герметик заполняет практически всю фиссуру и на окклюзионной поверхности находится вне пределов окклюзионных контактов.

В ходе герметизации мы обозначили факторы для обеспечения успешного применения герметика.

1. Адекватная кислотная обработка эмали.

2. Тщательное последующее смывание кислоты.

3. Сохранение подготовленной эмали до нанесения герметика сухой и несмоченной слюной.

4. Адекватная интенсивность и проникновение света для полной полимеризации.

Результаты исследований. По результатам клинической апробации светоотверждаемого герметика «Фиссулайт» мы получили хорошие показатели. Так, в обеих группах мальчиков и девочек при повторных осмотрах в течении 3 и 6 месяцев визуального контроля не было обнаружено сколов или полного выпадения герметика. Только у 2 детей по истечении 9 и 12 месяцев обнаружены сколы герметика в дистальной части фиссур моляров. Таким образом, по результатам нашего исследования, мы можем констатировать тот факт, что правильно проведенная процедура на 90-100% эффективна в защите поверхностей зуба от кариеса, поскольку служит физическим барьером возможного разрушения.

Можно отметить, что эффективность действия процедуры приостанавливается или прекращается, когда разрушаются склеивающие вещества между пленкой и зубом, или теряется их часть. Однако зубы, которые запечатывались, в дальнейшем значительно меньше подвержены образованию кариеса, чем те, что никогда не обрабатывались.

Высокая эффективность (профилактический эффект герметизации фиссур оценивается разными авторами от 55% до 99,1% [2,5,6,8] и небольшая стоимость метода герметизации фиссур в сочетании с общей комплексной профилактикой стоматологических заболеваний позволит значительно снизить прирост кариеса зубов в области фиссур и ямок.

А также мы хотели акцентировать ваше внимание на четких показаниях методики герметизации, так проводить герметизацию фиссур необходимо в первые месяцы после прорезывания на стадии незрелой эмали. Однако всегда есть опасение, что герметик в данном случае будет препятствовать проникновению в фиссуры слюны, что затрудняет процесс

естественного созревания твердых тканей зубов в этом участке.

В настоящее время большинство исследователей считают [1,3,5,6,7,8], частичное прерывание созревания эмали не влияет на минерализацию в целом.

Таким образом, герметики в качестве одной методов первичной профилактики не оказывают отрицательного влияния на нормальные процесс минерализации эмали. Минеральные элементы из ротовой жидкости могут свободно диффундировать по краю и частично через само вещество покрытия. Это позволяет обеспечить физиологический уровень обменных процессов в твердых тканях зуба под покрытием, одновременно препятствуя проникновению крупных белковых молекул.

Литература

1. Аврамова О.Г., Муравьева С.С. «Фиссурный кариес: проблемы и пути их решения». // Стоматологический Вестник, 2007, №11.
2. Кисельникова Л.П. Перспективы местного применения фторидов в клинической стоматологии. // Маэстро стоматологии, 2007.- №2 (26).- С.18-22.
3. Курякина Н.В. «Терапевтическая стоматология детского возраста» / Изд-во НГМА, 2001 г.
4. Маслак Е.Е., Рождественская Н.В. Хмызова Т.Г., Фурсик Д.И. Эффективность запечатывания фиссур временных моляров у детей раннего возраста // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2001. - № 1. – С. 28-30.
5. Маслак Е.Е., Хмызова Т.Г., Фурсик Д.И. и др. The Comparative Efficiency of Caries Preventive Methods on Primary Molar Occlusal Surfaces in Children // J. Caries Research. - 2005. - V. 39, № 4. – P. 296-297.
6. Рождественская Н.В. Эффективность профилактики и лечения кариеса зубов у детей раннего возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2000. – 20с.
7. Graham J., Mount A. M. Адгезия стеклоиономерных цементов // Новое в стоматологии. – 2003. - №4. – С. 52-55.
8. Marttaller T.M. Successes and Drawbacks in the Caries-Preventive Use of Fluorides – Lessons to be Learnt from History // Oral Health and Preventive Dentistry. – 2003. – V. 1, №2. – P. 129-140.

THE USE OF LIGHT-CURING SEALANT FISSULAYT

Kydykbaeva N.J., Sultanbaeva S.U.

Department of dentistry and maxillofacial surgery KSMI for CE
Bishkek, Kyrgyz Republic.

In the article the method of sealing and clinical evaluation of light-curing sealant Fissulayt in 32 children 6-8 years of age.

Keywords: fissure sealing, primary prevention of dental caries.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

УДК 005.6:61

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ

*Бокчубаев Э.Т., Саадакбаева Г.А.,
Абилов Б.А., Уметалиева Н.Э.*

**Министерство здравоохранения КР,
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации,
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

МЕДИЦИНАЛЫК УЮМДАРДА ЭЛ АРАЛЫК СТАНДАРТТАРДЫН НЕГИЗИНДЕГИ САПАТ МЕНЕДЖМЕНТИНИН СИСТЕМАСЫ

**Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги,
Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту,
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы**

Одним из главных показателей рейтинга государства в мировой экономике является уровень развития сектора здравоохранения, который сегодня стал наиболее подверженным всем текущим и экономическим кризисам. Одновременно, в связи с быстрым развитием медицинской науки, международным декларированием прав человека, ростом медицинской грамотности населения, здравоохранение воспринимается как одна из сфер общественных услуг и подвергается постоянному общественному контролю, индикатором которой является качество и эффективность ее работы [1].

В Стратегии устойчивого развития Кыргызстана до 2013-2017 гг., предложенной Президентом Кыргызской Республики А.Ш. Атамбаевым [2] отмечено, что «современное состояние здравоохранения свидетельствует не только о недостатках финансирования, но и глубоких кризисных явлениях внутри системы. На сегодняшний день по данным официальной статистики практически по всем показателям уровня здоровья наблюдается ухудшение положения, в последнее время признается, что даже эти неблагоприятные данные не отражают реальной картины».

«Учитывая экономическую ситуацию в стране деятельность в системе здравоохранения должна быть направлена на эффективное использование имеющихся ресурсов, развитие государственно-частного партнерства, увеличение присутствия частного сектора, формирование конкурентной среды и повышение

ответственности поставщиков медицинских услуг. При этом основные усилия государства должны быть направлены на разработки комплекса мер, направленных на повышение качества услуг здравоохранения, а именно разработки новых подходов к менеджменту качества медицинской помощи»...

Существующая в настоящее время в КР система менеджмента здравоохранением представлена в основном административными методами, что в целом предопределяет ее невысокую эффективность, как по отрасли в целом, так и на уровне отдельных медицинских организаций. Поэтому в настоящее время первоочередными являются мероприятия по реформированию системы менеджмента на всех уровнях, определенные в Национальной программе реформирования системы здравоохранения республики «Ден соолук» на 2012-2016 гг [3].

Проблема качества медицинской помощи в настоящее время является одной из наиболее важных в секторе здравоохранения. Это основная составляющая Национальной программы реформирования здравоохранения Кыргызской Республики. Качество оказания медицинской помощи определяется степенью соответствия медицинской помощи современному уровню медицинской науки, стандартам медицинских технологий, а также потребностям пациента.

Таким образом, качество - деятельность, направленная на создание таких условий медицинской помощи населению, которые позволяют выполнить заявленные гарантии в соответствии с установленными критериями качества с учетом удовлетворенности населения получением медицинской помощи.

Однако, письма и жалобы граждан свидетельствуют о неудовлетворенности многих из них качеством медицинского обслуживания, а введение в здравоохранение экономических отношений делает проблему качества особенно острой. Все более вырисовывается факт, что от качества оказываемых медицинских услуг зависит качество жизни, как отдельных людей, так и общества в целом.

По определению ВОЗ [4], основные требования к качеству медицинской услуги выражаются в следующем: «Каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который бы привел к оптимальным для здоровья этого пациента результатам; при этом, для достижения такого результата, должны быть привлечены минимальные средства, пациент должен получить максимальное удовлетворение от процесса оказываемой медицинской помощи».

Развитие системы здравоохранения в современных условиях будет осуществляться путем функционирования системы контроля

качества медицинских услуг и других критериев эффективности работы и предполагает подготовку и внедрение системы управления качеством медицинской помощи с учетом международных требований.

В течение последнего десятилетия средством достижения установленного уровня качества медицинских услуг за рубежом является разработанная, документально оформленная, внедренная и поддерживаемая в рабочем состоянии медицинской организацией система качества услуг, соответствующая требованиям международных стандартов ISO серии 9000 [5]. В последнее время в некоторых странах СНГ, в частности в Республике Казахстан и Российской Федерации (6) появилась тенденция к устойчивому внедрению современной системы СМК на базе вышеуказанных стандартов, описание сути которых стал целью нашей статьи.

Системы качества являются эффективным инструментом для достижения главной цели любой организации здравоохранения – удовлетворения требований потребителя.

Стандарты серии ISO 9000 – это пакет документов по обеспечению качества, подготовленный членами международной делегации, известной как «ISO/Технический Комитет 176» (ISO/TC 176). В настоящее время серия ISO 9000 включает комплекс документов. Например, «КМС ИСО основные положения и словарь» (Кыргызская Республика).

Система качества по определению международных стандартов представляет собой совокупность организационной структуры, ответственности, процедур, процессов и ресурсов, необходимых для общего руководства качеством услуг и является средством, обеспечивающим соответствие услуг установленным требованиям, т.е. она является частью менеджмента организацией (предприятием), базирующаяся на документированных процедурах управления, и выполнении процессов.

Стандарты ISO 9000 имеют своей целью оказать помощь в определении потенциальных поставщиков услуг (продукцию), обладающих эффективной системы менеджмента качества.

В данной статье мы считаем целесообразным представить основные (базовые) предполагаемые положительные результаты применения стандартов ISO 9000:

- наличие процедур, ранее не существовавших;
- разработка единого языка общения в организации;
- четкая последовательность в действиях;
- организация(предприятие) становится домом для хороших идей;
- универсальность системы менеджмента внутри организации;
- наличие формализованных методик для коррекции процессов;
- наличие показателей качества процессов для оперативного контроля;
- уменьшение браков и переделок в продукции и в оказании услуг;
- выявление недостатков и ошибок в процессах на ранней стадии;

- улучшение взаимопонимания между структурными подразделениями;
- повышение мотивации персонала и развитие его активности

Сертификация на соответствие ISO 9000 является оценкой третьей стороной системы качества организации. Это мощный инструмент маркетинга, позволяющий повысить имидж организации (предприятия) (а значит, и его продукции либо услуги). Сертификат соответствия ISO 9000 подтверждает, что организация является надежным, действительно способно оказать обещаемую услугу и сохранять ее качество стабильным.

Построение системы менеджмента качества на основе международных стандартов (далее – СМК) не является одномоментным действием, а представляет собой процесс, зависящий от степени развития системы управления. Система качества создается работниками организации, на каждом этапе формирования которой критерием правильности служит положительный результат. В настоящее время назрела необходимость проведения пропаганды идей международных стандартов ISO по менеджменту и обеспечение широкомасштабности, системности и планомерности этой работы в сфере деятельности организаций (предприятий), в том числе и медицинских.

До настоящего времени внедрение таких систем сдерживается отсутствием необходимого целевого финансирования, низкой информированностью населения (потребителей), отсутствием реальной конкурентной борьбы на рынке предоставления медицинских услуг, отсутствием нормативной документации на системы качества медицинских услуг, правил (порядков) оценки систем менеджмента качеством, специалистов по системам качества в здравоохранении, недооценкой практической отдачи от внедрения СМК, а также практическим отсутствием опыта внедрения СМК в медицинских организациях.

На сегодняшний день, мировое признание для оценки и построения СМК получили новые стандарты ISO серии 9000 версии 2009 года, в которых изложены понятие и требования к системе менеджмента качества, представляющей одну из систем управления предприятием (система безопасности, финансовая система, экологическая система и др.) и отличающаяся от других систем объектом управления. Принципы всеобщего управления качеством (TQM), изложенные в последней редакции стандартов серии ИСО 9000 (ГОСТ ИСО 9000:2009, 9001:2009, 9004:2009), универсальны и могут, и должны применяться во сферах здравоохранения.

Система менеджмента качества, соответствующая ISO 9001:2009, приносит пользу и выгоды всем заинтересованным

сторонам (потребители, акционеры, руководство, персонал, общество, партнёры и др.) и служит для повышения удовлетворённости потребителей.

В целом, конкурентные преимущества и выгоды от создания современной системы менеджмента качества, соответствующей ISO 9001:2009 и получения сертификата можно разделить на 2 группы.

В первую входят выгоды и преимущества, проявляющиеся сразу после сертификации системы менеджмента качества:

- у руководителей всех уровней появляется инструмент оценки и анализа деятельности в разрезе процессов;
- идентификация участков улучшения;
- выгоды при участии в тендерах;
- повышение инвестиционной привлекательности;
- возможность заключения долгосрочных отношений с потребителями и поставщиками;
- повышение имиджа;
- возможность выхода на мировой рынок;
- появление прозрачности работы организации.

Ко второй группе относятся выгоды, проявляющиеся со временем при результативности системы менеджмента качества:

- снижение внутренних издержек - возможность снижения цены на услугу или увеличения прибыльности;
- снижение нерационально используемого времени, что приводит к повышению эффективности работы организации;
- повышение мотивации персонала за счёт прозрачности и четкости выполнения функциональных обязанностей;
- устранение кажущихся неразрешимыми проблем;
- повышение конкурентоспособности услуги за счёт получения фактических данных для анализа;
- возможность получения «Премии по качеству».

Системы качества в медицинских организациях являются эффективным инструментом для достижения главной цели – удовлетворения требований пациентов.

В настоящее время интерес к этой деятельности в системе здравоохранения СНГ [6] все больше возрастает в результате:

- повышения внимания общества к проблемам качества медицинских услуг;
- целенаправленной государственной политики по ориентации системы здравоохранения на радикальное решение проблем качества медицинского обслуживания населения;
- возрастания потребности общества в получении качественных медицинских услуг, а также в обеспечении высокого уровня профилактики и лечения заболеваний, соответствующих международным требованиям;
- понимания руководством страны наличие передовых медицинских организаций для решения проблем качества услуг путем внедрения системы менеджмента качества;

- стремлением медицинских организаций к снижению производственных издержек при организации профилактического, лечебно-диагностического и реабилитационного процесса, снижение себестоимости лечения одного пациента;
- желанием медицинских организаций уменьшить число жалоб со стороны населения.

При этом руководители медицинских организаций должны понимать реальные **выгоды от внедрения СМК:**

- достижение высокого уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг;
- обеспечение высокой конкурентоспособности медицинских организаций и доли рынка медицинских услуг;
- достижение более высоких экономических показателей деятельности медицинских организаций;
- вовлечение медицинского персонала в решение актуальных задач медицинской организации в результате более эффективной мотивации и повышения степени удовлетворенности медицинских работников результатами своего труда;
- повышение имиджа медицинской организации на рынке медицинских услуг;
- обеспечение высокого профессионального уровня специалистов;
- достижение согласованности и эффективности бизнес-процессов медицинских организаций (диагностического, лечебного, методического, информационного, научного и др.).

Успешное функционирование СМК в организации в соответствии с требованиями международных стандартов ISO серии 9000 базируется на 8 принципах менеджмента качества: ориентация на потребителя, лидерство руководства, взаимовыгодные отношения с поставщиками, процессный подход, системный подход, вовлеченность персонала, принятие решений, основанных на фактах, постоянное улучшение.

Рассмотрим один из принципов – управление на основе фактов (Management-By-Fact). Это – требование TQM, когда все принимаемые решения должны основываться только на фактах, а не на интуиции или личном опыте специалиста, принимающего решение. В здравоохранении данное положение реализуется путем применения принципов доказательной медицины (клинической эпидемиологии), под которой понимают клиническую практику, базирующуюся на критическом анализе результатов научных исследований. Методология доказательной медицины необходима и востребована при составлении программ управления качеством медицинской помощи, о чем свидетельствует

международный опыт – от 20 до 90% всех проектов улучшения продукта/услуги терпят провал только по причине ошибочного мнения о состоянии рынка, на базе которого принимается решение о стратегии бизнеса компании.

Принцип постоянного улучшения может быть основан на широко известной, из опыта японских предпринимателей по улучшению среды обитания, философии 5S, характеризующейся следующими действиями:

- discipline (дисциплина) structurize (организованность) – удалять ненужное;
- systematize (аккуратность) – находить любой документ за 30 секунд;
- sanitize (чистота) – персонально отвечать за соблюдение чистоты;
- standardise (стандартизация) – визуализировать, размечать, прослеживать;
- self – discipline (дисциплина) – делать все вышесказанное ежедневно.

В настоящее время необходимость постоянного улучшения признана важным средством достижения и сохранения медицинской организацией конкурентоспособности. Постоянное улучшение должно быть заложено в его структуру, и должно стать целью каждого подразделения в отдельности и организации в целом.

продукции и услуг (например, требуемых технических характеристик продукции).

С другой стороны, стандарты семейства ISO 9000 задают лишь методологию функционирования системы качества, которая должна обеспечивать высокое качество продукции и услуг, производимых предприятием и обеспечивать высокую степень удовлетворенности потребителей.

Система менеджмента качества организации является индивидуальной и специфичной только для нее. Специфика управления медицинской организации обусловлена тем, что здравоохранение – особая сфера деятельности, существенно отличающаяся от других видов и поэтому требующая модификации общих принципов управления или изменения акцентов. Результатом деятельности медицинской организации является услуга, что определяет специфический характер взаимодействия с потребителями – прямой контакт и вовлечение его в процесс оказания услуги. При этом пациент – основной элемент внешней среды для медицинской организации и каждое взаимодействие с клиентом можно рассматривать как прямой контакт с окружающей средой. Одновременно человек не является пассивным объектом, он реагирует на оказываемое на него

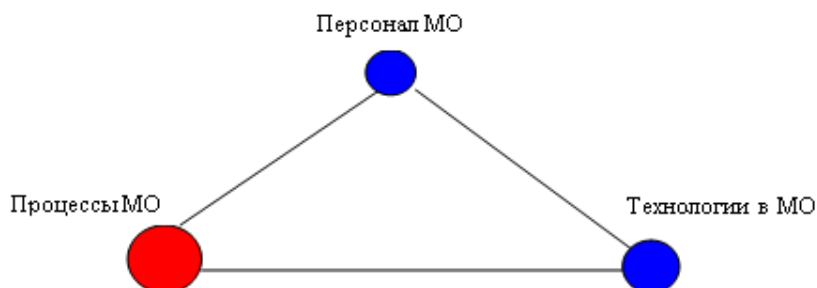


Рисунок 1 – Современное понимание СМК в медицине

На всех выше указанных принципах менеджмента качества для улучшения деятельности предприятий во всём мире применяются стандарты ISO серии 9000 версии 2009 года. В серию этих стандартов входят: ISO 9000:2009, ISO 9001:2009, ISO 9004:2009, ISO 19011, принятые более чем в 200 странах мира и гармонизированные с национальными стандартами. На их основе в России и Республики Казахстан были разработаны Стандарты ИСО серии 9009.

Новая версия стандартов 2009 года отражает современное понимание СМК, которое можно представить в виде треугольника «процесс – люди – технологии» (рисунок 1). При этом процесс объединяет все другие аспекты деятельности и включает и людей, и материалы, и методы.

Семейство стандартов ISO являются универсальными для применения в промышленности и сфере услуг. Универсальность заключается в том, что они не предлагают измеримых абсолютных критериев качества для каждого отдельного вида

воздействия (часто не вполне предсказуемое) и тем самым непосредственно влияет на весь процесс работы с ним и становится его соучастником. Поэтому особенность внедрения системы менеджмента качества в соответствии со стандартами ISO серии 9000 применительно к медицинской организации в большей мере определяется спецификой медицинской услуги:

а) Объектом медицинской услуги является человек (группа людей, население региона или страны), а предметом – их жизнь и здоровье, цена снижения качества, которых предельно высока.

б) Неосязаемость медицинской услуги. Задача медработников сделать ее осязаемой, т.е. для того, чтобы пациент приобрел эту услугу, нам необходимо подробно рассказать о ней, показать в схемах, на фотографиях и т.д.

в) Несохранимость. Услугу нельзя сделать впрок, положить на склад, хранить.

г) Неотделимость от источника. Услуга становится товаром тогда, когда появился первый пациент, клиент.

д) Непостоянство и непрогнозируемость. Результат и качество или ожидания непрогнозируемые клиентом, так как результат он получает после свершения процесса.

е) Прямой контакт с потребителем (окружающей средой) и вовлечение его в процесс оказания услуги, т.е. человек непосредственно влияет на весь процесс работы с ним и становится его соучастником.

ж) Многовариантность технологий, используемых в работе с клиентом, значимость этических ценностей и принципов, сложившихся в обществе, принципиально важная роль медицинских работников в процессе оказания услуг.

и) Характер угрозы или ущерба здоровью при оказании медицинской услуги, как правило, комплексный и зависит от участия нескольких лиц, оказывающих услугу, и от особенностей пациента (возраст, пол, сочетание заболеваний, социальные и индивидуальные обстоятельства). Отсюда вытекает сложность оценки качества, необходимости оказываемых медицинских услуг и результатов деятельности медицинских организаций в целом и труда их сотрудников.

к) Пациент не может в полной мере оценить квалификацию медицинского работника, удовлетворенность его зависит от уровня притязаний.

л) Отсутствие медицинских знаний у пациента требует полного доверия к врачу, но интересы пациента и врача не могут совпадать в принципе.

м) Пациент выступает как активный субъект процедуры медицинской помощи, поэтому особенно важна реализация деонтологических принципов при оказании помощи.

н) Медицинская услуга относится к социальной услуге, т.е. помимо непосредственного эффекта для потребителя медицинской услуги имеет общественный социальный эффект. Общество признает важность получения гражданами медицинских услуг и свою роль в их обеспечении медицинским обслуживанием (право граждан на охрану здоровья).

Суммируя все это можно утверждать, что стандарты ISO серии 9000 играют важную роль в мире. Они создают международный общепринятый «язык» в области качества для делового сообщества. Стандарты – это средство, которое позволяет потребителям по всему миру быстро выбирать нужного контрагента, не прибегая к самостоятельному тестированию их продукции и аудиту бизнес-процессов, связанных с управлением качеством. Это подтверждается исследованиями, проведенными «Deloitte & Touche».

По мнению генерального секретаря Международной организации по стандартизации А. Бридена: «...стандарты ИСО на системы управления помогают создать общую и понятную инфраструктуру для ведения бизнеса и таким образом вносят свой вклад в формирование оптимального и благоприятного мирового рынка с равными возможностями для всех его участников, ясность и доступность делает их важным инструментом интернационализации мирового опыта» [7].

Применение и сертификация системы качества рассматривается сегодня как необходимое условие успешной деятельности и развития организаций любых форм собственности, как наиболее надежная форма гарантии соответствия качества поставляемой продукции и услуг требованиям потребителей. Предприятиям, не сертифицировавшим свою систему качества, уже сегодня практически закрыт выход на Европейский рынок и рынки передовых экономически развитых стран Азии и Америки.

Таким образом, МС ISO серии 9000 на СМК являются адекватным отражением современной ситуации в области менеджмента качества:

- 1) Восемь принципов управления качеством, на которых базируется стандарт, тесно интегрированы с концепцией TQM.
- 2) Центральным элементом Всеобщего управления качеством является удовлетворение интересов всех заинтересованных сторон, что отражено в рекомендациях по улучшению деятельности стандарта ISO 9004:2000.
- 3) Стандарты на СМК универсальны для применения в любых секторах, включая услуги.

Таким образом, в Кыргызской Республике возрастает необходимость и интерес во внедрении СМК в медицинских организациях на основе международных стандартов, как это делается в других соседних странах. При этом системный подход к менеджменту позволяет определить пути повышения эффективности деятельности организаций здравоохранения, а практическая реализация их принципов и методов служит кыргызским брендом в процессе интеграции отечественного здравоохранения в мировое сообщество.

Литература:

1. Спиначчи С., Л.Куррат, П.Шетти, Кроуэлл В. и др. Трудный выбор. Инвестиции в здравоохранение для целей развития. Национальный опыт реализации последующих мер по рекомендациям комиссии по макроэкономике и здоровью. ВОЗ, 2010.
2. Стратегия устойчивого развития Кыргызстана до 2013-2017 гг. (Раздел 2.5).
3. Национальная программа реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012-2016 годы.
4. Щепин О.П., Стародубцев В.И., Линденбрaten А., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. – М.: Медицина, 2002. – С. 96.
5. Абдрахманов А.А. ИСО 9000: Менеджмент качества медицинских услуг//Мир качества. – №1. – 2010. – С. 2.
6. Эмануэль А.В. Внедрение международных стандартов системы ISO в России-проблемы и перспективы //Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011.- №3.- С. 55-58.
7. Масуд Р., Асков К., Рейне Д., Франко Л.М. и др. Современная парадигма улучшения качества в здравоохранении. - Москва, 2002, С.8.

УДК 614.2(476) (07)

**АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ
БОЛЬНИЦ НА ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
СИСТЕМНОГО ПОДХОДА.**

Майканаев Б.Б., Бокчубаев Э.Т., Абилов Б.А.

**Национальный хирургический центр,
Кыргызский государственный медицинский
институт переподготовки и повышения
квалификации,
Кыргызская государственная медицинская
академия имени И.К.Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

Как известно, с учетом известной «триады Донабедиана», обеспечение качества медицинской помощи требует проведения на всех уровнях системы здравоохранения взаимосвязанных мероприятий в области оптимизации использования ресурсов, внедрения современных технологий и оценки получаемых результатов на основе системного подхода [2, 3, 4]. В данной статье рассматривается возможность использования указанного подхода с целью анализа и оценки показателей деятельности территориальных больниц (ТБ) для принятия необходимых управленческих решений в последующем.

При изучении динамики основных показателей деятельности ТБ республики обращает на себя внимание значительным процент направляемых больных на госпитализацию в стационары ТБ со стороны организаций здравоохранения (ОЗ) первичного звена. Об этом свидетельствует рост таких показателей как работа и оборот койки, как в целом по Чуйской области, так и по изучавшимся ТБ [1].

В табл. 1 представлены показатели деятельности ТБ Чуйской области в динамике и в сравнении со среднереспубликанскими данными.

качество предоставляемой медицинской помощи является уровень случаев поздней госпитализации больных.

В таблице 2 представлены данные по уровням случаев поздней госпитализации больных с патологией органов брюшной полости в динамике.

Таблица 2.

Поздняя госпитализация больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, 2007 – 2010 г.г. (%)

№ пп	Наименование	Годы	КР	Чуйская область
1.	Острый аппендицит	2007	26,8	32,2
		2008	27,3	35,7
		2009	27,0	34,8
		2010	25,2	31,0
2.	Ущемленная грыжа	2007	13,4	10,8
		2008	13,1	8,6
		2009	15,2	12,3
		2010	12,9	11,5
3.	Острый холецистит	2007	47,1	45,6
		2008	51,3	47,2
		2009	50,5	48,0
		2010	50,6	47,3
4.	Острый панкреатит	2007	51,9	49,4
		2008	51,4	44,8
		2009	54,6	51,7
		2010	55,1	59,6

Как видно из представленной таблицы, показатели, отражающие уровень и динамику изменений по случаям поздней госпитализации больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости по Чуйской области, остаются разнонаправленными. В отношении такой нозологической формы как острый аппендицит следует отметить, что показатели по случаям поздней госпитализации в динамике остаются достоверно выше средних

Таблица 1.

Показатели деятельности ТБ Чуйской области, 2009 – 2010 г.г.

№ пп	Наименование ОЗ	Работа койки		Оборот койки		Среднее пребывание на койке		Летальность (%)	
		2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
1.	Жаңылская ТБ	355	379	48,7	50,7	7,3	7,5	0,8	0,8
2.	Токмокская ТБ	316	334	36,5	38,4	8,7	8,7	0,7	0,6
3.	Чуйская ТБ	434	383	59,9	55,1	7,2	6,9	0,7	0,8
4.	Чуйская область	336	338	41,5	41,6	8,1	8,1	0,7	0,8
5.	КР	325	331	31,9	32,9	10,2	10,1	0,7	0,6

Так в Токмокской ТБ ряд рассмотренных показателей (работа койки и оборот койки) оказался несколько ниже, что объясняется проведением ремонтных работ в указанный период времени. Другим важным показателем характеризующим

значений по республике. В то же время данный показатель по ущемленной грыже и острому холециститу является ниже, чем среднереспубликанские значения. По острому панкреатиту за исследуемый период времени

отмечалась тенденция к снижению данного показателя, но в 2010 году вновь зарегистрировано превышение среднереспубликанских значений (59,6 против 55,1). Данное положение является основанием для повышения настороженности руководителей хирургической службы и в целом организаций здравоохранения Чуйской области в отношении рассматриваемого показателя, который является одним из факторов риска для развития осложнений у таких пациентов и одновременно является индикатором снижения качества медицинской помощи.

В таблице 3 представлены данные послеоперационной летальности при острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в динамике.

Таблица 3.
Послеоперационная летальность при острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, 2008 – 2010 г.г.

№ пп	Наименование	Годы	КР	Чуйская область
1.	Острый аппендицит	2008	0,1	0,1
		2009	-	-
		2010	0,02	0,1
2.	Ущемленная грыжа	2008	0,5	0,6
		2009	0,8	0,6
		2010	0,6	0,1
3.	Острый холецистит	2008	0,1	0,2
		2009	0,3	0,4
		2010	0,2	0,2
4.	Острый панкреатит	2008	11,8	5,6
		2009	13,2	8,7
		2010	18,3	17,4

Данные представленные в таблице наглядно демонстрируют тот факт, что уровни послеоперационной летальности в стационарных учреждениях Чуйской области также являются разнонаправленными. Так по ряду хирургической патологии (острый аппендицит и острый холецистит) уровень послеоперационной летальности остается в пределах среднереспубликанских значений, а по ущемленной грыже и острому панкреатиту данный показатель является сравнительно низким, чем по республике в целом.

В отношении ущемленной грыжи следует отметить статистически достоверное снижение указанного показателя в динамике (с 0,6 в 2008 г. до 0,1 в 2010 г.), что свидетельствует об эффективности использования в деятельности практикующего врача новых методик хирургического лечения вентральных грыж. Еще более демонстрационным является сравнение послеоперационной летальности в группах больных в зависимости от случая госпитализации – своевременная и поздняя.

В табл. 4 представлены данные отражающие наличие зависимости послеоперационной летальности от случая госпитализации в виде коэффициента соотношения.

Таблица 4.

Коэффициент соотношения (КС) зависимости послеоперационной летальности от случая госпитализации

№ пп	Наименование	Случай госпитализации		
		своевременный	поздний	КС
1.	Острый аппендицит	0,01	0,04	3,0
2.	Ущемленная грыжа	0,5	1,1	2,2
3.	Острый холецистит	0,2	0,6	3,0
4.	Острый панкреатит	3,2	13,5	4,2

Коэффициент соотношения зависимости послеоперационной летальности от случая госпитализации выше 1,0 свидетельствует о наличии значительной разницы данного показателя в сравниваемых группах больных, варьируя от 2,2 при ущемленной грыже до 4,2 при остром панкреатите.

В табл. 5 представлены данные сводных показателей деятельности хирургических отделений изучавшихся ТБ Чуйской области, полученные в ходе проведения экспертизы деятельности в 2011 году.

Таблица 5.

Показатели деятельности хирургических отделений ТБ

№ пп	Показатели экспертной оценки	Жайылская ТБ	Токмокская ТБ	Чуйская ТБ
1.	Среднегодовая занятость койки (дней)	336	322	193,9
2.	Удельный вес пациентов, получивших лечение на амбулаторном уровне (%)	44,0	45,0	33,0
3.	Процент необоснованных госпитализаций (%)	12,2	14,2	16,0
4.	Процент несоответствия лечению (%)	10,4	11,2	7,0
5.	Удельный вес случаев превышения сроков пребывания на койке (%)	9,7	10,3	11,2
6.	Удельный вес случаев с неправильно выбранной медицинской технологией (%)	7,4	7,8	9,4
7.	Экспертная оценка качества медицинской помощи (в баллах)	0,85	0,84	0,75

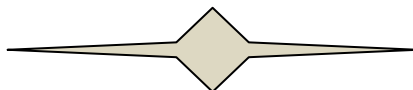
Как видно из представленной таблицы по целому ряду показателей, таким как: среднегодовая занятость койки, необоснованность госпитализаций, удельный вес случаев превышения сроков пребывания на койке, удельный вес случаев с неправильно выбранной медицинской технологией, лидирует Жайылская ТБ, что нашло свое отражение в заключительной экспертной

оценке качества медицинской помощи равной 0,85 баллам, что указывает на достаточно высокое соответствие (85,0%) стандартам.

В заключение данной статьи мы можем констатировать тот факт, что при изучении динамики основных показателей деятельности территориальных больниц республики, столь необходимой для анализа и оценки результатов деятельности медицинских учреждений в целом и принятия управленческих решений, весьма оправданным является использование подходов и механизмов, основанных на системном анализе.

Литература:

1. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2010 году / [РМИЦ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики]. - Бишкек, 2011. - 319 с.
2. Масуд Р., Короткова А., Майер Г. Научные основы обеспечения качества медицинской помощи // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2005. - №9 (51). - С. 48-61.
3. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? // Journal of the American Medical Association. –1988. – V. 260, N 12. – P. 1743-1748.
4. Walshe K., Wallace L., Freeman T. The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study // Int. Journ. Qual. Health Care. – 2006. - N13. - P. 367-374.



УДК 614.2

ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Саадабаева Г.А.

Министерство здравоохранения Кыргызской
Республики,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА МЕДИЦИНАЛЫК КЫЗМАТТАРДЫН ЖЕТКИЛИКТҮҮЛҮГҮ

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо
министрлиги
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Право граждан на получение медицинской помощи занимает важное место в системе прав человека и гражданина. В соответствии с Конституцией Кыргызской Республики, государство обязуется гарантировать гражданам реализацию этого права независимо от расы, пола, национальности, языка, социального происхождения, места жительства и иных критериев различия. Но, несмотря на вышеизложенное, достаточно часто, доступность медицинской помощи сводится либо к совокупности не отчетливо определяемых законом обязательств государства и иных субъектов законодательной и исполнительной власти, либо к упрощенному

пониманию и приравнению терминов "доступность" и "бесплатность" медицинской помощи, что не является синонимами при определении понятия доступности в медицине. К примеру, бесплатность не может подразумевать обязательного оказания медицинской помощи в момент обращения за ней, в то время как доступность именно это и подразумевает.

Для анализа системы здравоохранения и выявления общих подходов к ее развитию и определению доступности здравоохранения населению необходимо уточнить основные методологические вопросы, ответы на которые определяют цели и задачи здравоохранительной политики и выбор методов их достижения.

Во-первых, что понимается под *системой здравоохранения*, какие виды деятельности и институты она включает, а во - вторых, в основе построения каждой системы лежат определенные принципы, которые в конечном итоге определяют ее структуру, цели и задачи, позволяют оценить результат работы.

Различные понимания системы здравоохранения можно сгруппировать следующим образом:

- более широкие меры, направленные на поддержание здоровья, например здоровый образ жизни, охрана окружающей среды;
- меры, непосредственно направленные на обеспечение здоровья и лечение болезни, то есть система оказания медицинских услуг;

– все виды деятельности, главная цель которых состоит в продвижении, восстановлении и поддержании здоровья;

– некоторые виды деятельности и услуги, которые не имеют первоначальной целью обеспечение здоровья, но оказывают на него существенное косвенное влияние, например образование или жилье (Тульчинский Т., Е.А. Новое общественное здравоохранение. Иерусалим 2006).

Таким образом, понимание того, что представляет собой система здравоохранения может быть различным, но чаще всего речь идет о медицинской помощи, и это не случайно. Рассмотрение системы здравоохранения более узко или более широко не зависит от основной задачи и цели одновременно - оказание медицинской помощи.

Поэтому принципиальной задачей системы здравоохранения является обеспечение

– права на охрану здоровья;

– возможности гражданам получить достойную медицинскую помощь качественно и своевременно (Тульчинский Т., Е.А. Новое общественное здравоохранение. Иерусалим 2006).

Одним из основополагающих принципов в здравоохранении является такая категория как *доступ*.

Под доступом понимается возможность гражданином получить необходимый набор медицинских услуг в соответствии с потребностью. Доступ имеет различные аспекты, среди которых обычно выделяют территориальный, финансовый и культурный. При этом даже если в стране поставлена политическая задача обеспечить всеобщий доступ населения, ее практическое воплощение может столкнуться с серьезными трудностями: существуют барьеры, которые препятствуют ее реализации. Как отмечают, доступ подразумевает отсутствие финансовых барьеров в получении медицинской помощи, наличие адекватного предложения медицинских услуг, отсутствие дискриминации по социальным характеристикам. Важным фактором является и удовлетворенность пациентов полученной медицинской помощью. В качестве основных показателей доступа специалисты выделяют долю населения, охваченную системой здравоохранения, содержание набора предоставляемых услуг, наличие так называемого разделения расходов, географические, организационные барьеры и уровень использования доступных услуг.

Существуют следующие критерии доступа медицинской помощи, которая обеспечивается:

- наличием и уровнем квалификации медицинских кадров;
- достаточностью финансовых ресурсов;
- транспортной доступностью медицинских организаций и медицинских работников;
- возможностью свободного выбора медицинской организации и медицинского работника, имеющих право на осуществление соответствующих видов медицинской помощи, в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики;
- стандартизацией медицинской помощи.

Следует отметить, что зависимость между

состоянием здоровья населения и доступностью медицинской помощи является опосредованной. Традиционно, ВОЗ оценивает вклад медицинской помощи в поддержание здоровья населения в 20 процентов, отдавая решающую роль образу и условиям жизни, экологии, питанию и прочим внешним факторам. Однако в последнее время появились исследования, которые показывают, что роль медицинской помощи, ее возможности в связи с развитием новых технологий намного больше чем кажется. Своевременное и качественное обеспечение доступа к медицинской помощи является задачей, которая поддается управлению со стороны государства, в то время как другие включают сферу личной жизни человека, на которую влиять гораздо сложнее. Обеспечение доступа к медицинской помощи вместе с развитием систем здравоохранения стало задачей не только социальной, но и политической.

Существует такое понятие как всеобщий (universal) доступ населения к медицинским услугам. Это означает, что все граждане имеют доступ к системе здравоохранения и могут претендовать на получение медицинской помощи. Более того, такая возможность рассматривается как право (на охрану здоровья) и признается в числе основных прав человека. Однако каков критерий всеобщности, то есть когда принимается, что всеобщий доступ действительно обеспечен. В данном контексте ориентируются на категории потребность и спрос.

Потребность категория достаточно сложная, она подразумевает, что человеку реально необходима помощь по медицинским показаниям. Она может существовать у человека, но не быть выявленной и осознанной. Например, рост заболеваемости можно отнести за счет повышения качества и возможностей диагностических средств, раньше просто не было технических возможностей для диагностики. Таким образом, развитие медицинских технологий в этом контексте повышает нагрузку на систему здравоохранения.

При этом модель потребления и уровень удовлетворения социально значимых потребностей не всегда зависит только от уровня экономического развития. Потребности, осознанные социальной группой, выступают как ее интерес. При этом следует также учитывать, что потребности динамичны и изменчивы и на базе уже удовлетворенных возникают новые.

Спрос в строгом экономическом смысле подразумевает способность и готовность населения платить, в нашем случае за медицинскую помощь. Он корреспондируется с такой категорией как предложение. Однако при анализе систем здравоохранения понятие спрос

используется скорее как осознанная человеком потребность (не всегда необходимая) в получении медицинской услуги, которую он пытается реализовать практически. Повышение уровня жизни населения, прогресс в медицинских технологиях, старение населения и его растущие ожидания приводят к росту спроса на медицинскую помощь. Предложение в здравоохранении отличается от ряда других отраслей и является достаточно негибкое и ограниченное, оно не может автоматически следовать за спросом ни физически, ни финансово (имея ввиду высокую долю общественного финансирования здравоохранения). Поэтому задачу политики в области здравоохранения можно поставить как необходимость улучшения соотношения между спросом и предложением, чтобы если и не расширить доступ, то, во всяком случае его рационализировать. В этом контексте возникает «охранник, а именно медицинское учреждение первичной медицинской помощи (ГСВ, ЦСМ или семейный врач (врач общей практики)), которые определяют первично потребность пациента в том или ином виде помощи и направляют при необходимости в следующее учреждение в системе здравоохранения.

Равный или неравный доступ—еще одна проблема. Должны ли и могут ли отдельные категории населения иметь преимущества при получении медицинских услуг? Возникает проблема справедливости. В развитых странах принимается как аксиома, что ресурсы здравоохранения должны распределяться справедливо. При этом можно выделить два подхода к справедливости - справедливость возможности иметь доступ и использовать ресурсы здравоохранения и финансовая справедливость, оцениваемая как бремя финансовых взносов, получаемых системой здравоохранения от различных социально-экономических групп населения.

При обсуждении проблемы доступа, традиционно рассматриваются два параметра — своевременность и качество. Система здравоохранения обеспечивает доступ, если медицинская помощь надлежащего качества может быть получена гражданином вовремя. Поэтому существующая система медицинских учреждений, их территориальное распределение и организация работы должны быть оценены с этой точки зрения. Очевидно, что для оценки доступа относительные показатели развития здравоохранения более полезны, чем абсолютные показатели.

Но в свою очередь для понимания относительных показателей доступности здравоохранения населению важно определить ориентиры и уяснить необходимость количества врачей или коек для обеспечения доступа, насколько критично снижение количества врачей или коек может отразиться на доступе и увеличении нагрузки на врачей и снижении качества их работы. В этих условиях возникает проблема разработки адекватных нормативов оказания медицинской помощи и оптимизации системы здравоохранения.

Среди показателей доступности услуг часто

называют возможность выбора врача или медицинского учреждения. При этом принимается, что если у пациента есть выбор, это лучше для обеспечения доступа. Однако, представляется, что данный вопрос не может решаться однозначно. Ведь хорошего врача или больницу будут выбирать многие, а их возможности по оказанию медицинской помощи не безграничны. Соответственно, положительное влияние выбора на доступность медицинских услуг для большинства населения проявляется только при высоком среднем уровне работы врачей и медицинских учреждений и их адекватном территориальном распределении.

В настоящее время наши врачи достаточно негативно относятся, когда пациент приходит к нему с рекомендациями от другого врача, несмотря на то, что пациенту необходима объективность в поставленном диагнозе, при том, что во многих случаях на практике из-за неверно поставленного диагноза и назначенного курса лечения имеются случаи летального исхода. Безусловно, лечащий врач не имеет права отказать пациенту в консультации специалиста потому лишь, что имеет на этот счет иное мнение. Врач должен аргументированно обосновать свою точку зрения. Однако окончательное решение остается за пациентом. Однако подлинное "второе мнение", т.е. практика дополнительного медицинского заключения (*second opinion*), которое широко распространено за рубежом, возможно там, где есть культура независимой экспертизы и приоритетны объективность оценки и позитивный терапевтический результат. Поэтому столь важна для медицинских работников доброжелательность и коллегиальность.

При этом медицинская общественность должна отчетливо понимать, что внешнее консультирование не ставит под сомнение профессионализм лечащего врача, а направлено на достижение оптимального терапевтического результата. Поэтому чрезвычайно важно продолжать разработку этических норм и контроль за их соблюдением при проведении медицинских консультаций, что требует от врачей признания чужого опыта, уважение мнения лечащего врача, доброжелательности во взаимоотношениях, объединенности одной целью – оказать пациенту качественную медицинскую помощь. Важно также решение вопросов этического регулирования отношений врача и пациента, законных представителей пациента, а также вопросов профессиональной этики, регулирующей коллегиальные отношения. Немаловажная роль здесь отводится знанию персоналом современных норм медицинской этики и медицинского права.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

УДК-577.122.8+616.523:615.849.2]-092.9

БЕЛКОВЫЙ ОБМЕН У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ НА ФОНЕ РАДИОНУКЛИДНОЙ НАГРУЗКИ

Койбагарова А.А.

Кыргызско-Российский Славянский университет,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Установлено, что радионуклиды, особенно в сочетании с герпетической инфекцией, нарушают функцию печени и почек, проявляясь накоплением продуктов промежуточного обмена.

Ключевые слова: белковый обмен, герпетическая инфекция, радионуклидная нагрузка.

РАДИОНУКЛИДДИК ЖУКТӨМДҮН ФОНУНДАГЫ ГЕРПЕС ИНФЕКЦИЯСЫ БАР ЖАНЫБАРЛАРДЫН БЕЛОК АЛМАШУУСУ

Кыргыз-Россия Славян университети,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Радионуклиддер, өзгөчө герпетикалык инфекция менен коштолгондо орто аралык зат алмашуунун продуктулары аркылуу боордун жана бөйрөктүн функцияларын бузаары аныкталды.

Негизги сөздөр: белок алмашуу, герпетикалык инфекция, радионуклиддүү жүктөм.

Радиационная обстановка на территории республики обусловлена естественными природными (горы Тянь-Шаня) факторами и деятельностью предприятий по добыче и переработке сырья, содержащего естественные радионуклиды. После закрытия урановых рудников и горнометаллургических комбинатов на территории осталось большое количество хвостохранилищ и отвалов горных пород. В районах бывших горнометаллургических комбинатов и рудников по добыче и переработке радиоактивного сырья накоплены слабоактивные твердые отходы производства с общей массой более 34 млн. тонн и суммарной активностью более 88 тысяч кюри, которые складываются в хвостохранилищах. Размещены хвостохранилища, в основном, вблизи населенных пунктов (Кара-Балта, Орловка, Ак-Гюз, Мин-Куш, Майлуу-Суу, Каджи-Сай) и представляют угрозу перемещения при чрезвычайных ситуациях (землетрясения, сели, наводнения, оползни и др.). Часть из них находится в черте населенных пунктов (г. Майлуу-Суу, Шекафтар, Кызыл-Жар). Несколько отвалов расположены вдоль открытых водоемов, что также создает угрозу их размыва, особенно в процессе обильных атмосферных осадков и селей [1].

Другой проблемой является широкое распространение среди местного населения герпетической инфекции. К сожалению, вычленив из массы климатоэкологических и социальных факторов роль радионуклидов урана и латентной инфекции в здоровье местного населения затруднительно. Поэтому проведены модельные эксперименты по изучению роли солей урана и герпетической инфекции на состоянии белкового обмена у животных.

Материал и методы исследования. В эксперименте было использовано 40 животных (крысы), массой 180-200 гр., которые были разделены на следующие группы:

I группа (контрольная, n=8);

II группа (опытная, n= 10) – герпес вызывали в/б введением 0,1-0,2 мл жидкости из везикул, за 30 дней до исследования изучаемых показателей от больного с герпесом (диагноз простого герпеса у донора был подтвержден ИФА и ПЦР-методами.

Нами была выбрана методика для заражения герпесом А.Г. Коломиец и соавт. (1990) [2], которая отвечала по целям и задачам работы. Указанные авторы заражение осуществляли двумя способами: вирусосодержащую суспензию вводили внутривентриально (по 0,25 мл) и интравагинально (на скарифицированную слизистую). В этой работе были использованы два способа заражения животных, поскольку они обеспечивают моделирование таких форм герпетической инфекции (генерализованной и генитальной), которые, по данным ряда клинико-эпидемиологических исследований, играют ведущую роль в патологии беременности, плода и новорожденного.

Мы остановились на первой модели, внутривентриальном способе заражения.

III группа (опытная, n = 10) - животным per os вводили радионуклиды (соли урана) разведенные в физ. растворе из расчета 1 мг/кг веса в течение 30 дней по общепринятой методике [3];

IV группа (опытная, n= 12) - герпес + радионуклиды.

У животных определяли биохимические показатели крови на биохимическом анализаторе Screen master: мочевую кислоту (ммоль/л), остаточный азот (ммоль/л), креатинин (мкмоль/л), альбумин (%) в плазме крови.

Полученный материал подвергли компьютерной обработке с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel с расчетом критерия Стьюдента.

Со стороны белкового обмена отмечалось снижение содержания альбумина в плазме крови на 22,3% при введении радионуклидов урана, при дополнительном воздействии герпетической инфекции на 33,6% (табл. 1).

Под влиянием этих воздействий, помимо нарушения белково-синтетической функции

печени уменьшалось выделение продуктов белкового обмена.

Таблица 1.

Биохимические показатели крови у животных при введении радионуклидов урана (РНУ) на фоне герпетической инфекции

Показатели	Группы животных			
	контроль, n=8	герпес, n=10	РНУ, n=10	герпес + РНУ, n=12
Альбумин, %	37,8 ± 0,4	36,5 ± 0,6	29,4 ± 0,8	25,1 ± 1,5
P		>0,05	<0,05	<0,05
Остаточный азот, ммоль/л	16,14 ± 0,4	22,1 ± 0,8	23,8 ± 0,5	32,8 ± 0,7
P		<0,05	<0,05	<0,05
Мочевина, ммоль/л	4,48 ± 0,1	4,33 ± 0,1	3,4 ± 0,1	2,7 ± 0,1
P		>0,05	<0,05	<0,05
Мочевая кислота, ммоль/л	0,22 ± 0,001	0,35 ± 0,005	0,382 ± 0,004	0,393 ± 0,007
P		<0,05	<0,05	<0,05
Креатинин, мкмоль/л	73,7 ± 1,3	78,8 ± 0,8	103,9 ± 2,9	120,1 ± 5,2
P		<0,05	<0,05	<0,05

Изменения белкового обмена, наступающие в печени при действии на организм ионизирующей радиации, в основном отражают общие нарушения процессов обмена белков в облученном организме. Эти нарушения, как известно, связаны с развитием отрицательного азотистого баланса, усилением эндогенного питания, повышением распада нуклеопротеидов, замедлением образования ядерной нуклеиновой кислоты и т. д. [4].

Эти эксперименты в какой-то степени объясняют клиническую картину, описанную нами ранее, у больных с герпетической инфекцией. Затравка животных солью урана и наслоение герпетической инфекции нарушает белково-синтетической функции печени. Так, под влиянием герпеса остаточный азот увеличивается на 34,7%, при введении радионуклидов – на 45,3%, а при герпетической инфекции в сочетании с введением радионуклидов – на 100% (табл. 1).

Известно, что под остаточным азотом подразумевают азот мочевины, азот аминокислот, креатинин, креатин мочевины и ряд других соединений. Ниже мы рассмотрим динамику части из них при герпесе и введении радионуклидов. При данном воздействии в организме развиваются катаболические процессы. Показано, что при заражении герпесом уровень мочевины, которая входит в состав остаточного азота не изменяется (P>0,05). При введении радионуклидов уменьшается на 24,2%, при сочетанном воздействии - на 39,8%.

Мочевина является важным продуктом белкового обмена, т.к. она образуется из аммиака в печени, вызывая ее обезвреживание. Мочевина является осмотически активным веществом и поэтому ее снижение, может, в какой-то степени уменьшать содержание жидкости в плазме крови, за счет перемещения ее в тканевые депо.

Иную динамику имеют показатели мочевины и креатинина. Иную динамику имеют показатели мочевины и креатинина. Иную динамику имеют показатели мочевины и креатинина. Иную динамику имеют показатели мочевины и креатинина.

возрастает на 55,9%. При введении радионуклидов увеличивается на 76,3%, а при сочетанном введении – на 78,6%. Мочевая кислота является конечным продуктом распада нуклеотидов, входит в состав сложных белков. Увеличение мочевой кислоты, видимо, связано с распадом клеток под влиянием радионуклидов, а также уменьшением почечной экскреции уратов. Накопление мочевой кислоты в организме может быть вызвано не только усилением образования, но и нарушением процессов удаления ее с мочой. В норме происходит одновременно полная (или почти полная) клубочковая фильтрация моноурата натрия в гломерулах, полная его реабсорбция в проксимальных канальцах, активная секреция стенкой канальцев и повторная постсекреторная реабсорбция этого метаболита в проксимальных канальцах почек. В результате в окончательную мочу выделяется 6-10% профильтровавшихся уратов. Одним из механизмов развития гиперурикемии может быть уменьшение почечной экскреции уратов вследствие дефекта в указанных транспортных системах.

Изменения клиренса мочевой кислоты зависят главным образом от состояния процессов ее секреции. Гиперурикемия сопровождается как относительным замедлением канальцевой секреции при неизменной реабсорбции (что приводит к снижению выведения мочевой кислоты из организма), так и увеличением секреции, способствующей перегрузке мочевой кислотой дистальной части нефрона и выпадению кристаллов уратов в осадок. Ураты блокируют просвет канальцев, вызывают атрофию эпителия с прогрессирующим запустеванием нефрона и развитием воспаления интерстициальной ткани, ее склероза [5].

Уровень креатинина при заражении герпеса увеличивается на 6,9%, при введении радионуклидов на 41,0%, при заражении герпесом на фоне введения радионуклидов – на 63,0%.

Содержание креатинина в крови, а также в моче, определяется объемом мышечной массы и экскреторной функцией почек. Усиленное образование креатинина в организме, т.н. продукционная гиперкреатинемия, может быть обусловлена атрофическими процессами в печени и распадом мышечной ткани, но в данном случае, в большей степени, повышение креатинина, вызвано уменьшением клубочковой фильтрации, в результате поражения паренхимы печени солями урана.

Таким образом, радионуклиды, особенно в сочетании с герпетической инфекцией нарушают функцию печени и почек, проявляясь накоплением продуктов промежуточного обмена.

Литература

1. Омуралиев К.Т. О радиационной ситуации в Кыргызской Республике /К.Т. Омуралиев, К.А. Мамушкина, А.Е. Жуган: Сб. науч. работ «Радиация и

- горы». – Бишкек, 1995. – С.45 - 55.
2. Коломиец А.Г., Вотяков В.И., Подковырина И.И. Моделирование и специфическая химиопрофилактика неблагоприятного влияния острой герпетической инфекции на течение беременности, плод и новорожденного (экспериментальное исследование) //Акушерство и гинекология. – 1990. – №5. – С.68-70.
 3. Быковченко Ю.Г. Техногенное загрязнение ураном биосферы Кыргызстана / Быкова Э.И., Белеков Т., Кадырова А.И., Жунушов А.Т., Тухватши Р.Р., Юшида С. – Бишкек, 2005. – 169 с.
 4. Иванов И.И. Обмен веществ при лучевой болезни /И.И. Иванов, В.С. Балабуха, Е.Ф. Романцев и др. – М.: Медгиз, 1956. – 252 с.
 5. Камышников В.С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике. – М.:МЕДпресс-информ, 2004. – С.864-884.

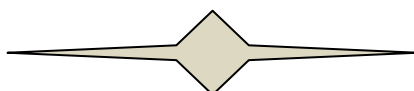
**PROTEIN METABOLISM OF ANIMALS WITH
HERPETIC INFECTION ON THE BACKGROUND
OF RADIONUCLIDE FORCE**

Koibagarova A.A.

**Kyrgyz-Russian Slavonic University,
Bishkek, Kyrgyz Republic**

There was found that radionuclides, especially combined with herpetic infection, disturb functions of liver and kidneys occurring as concentration of intermediate metabolism products.

Key words: protein metabolism, herpetic infection, radionuclide force



УДК-616.155.3:615.849.2:616.523+621.039.74

**ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
МИКРО-, МАКРОФАГАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
ЛЕЙКОЦИТОВ У ЖИТЕЛЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ
ВБЛИЗИ УРАНОВЫХ ХВОСТОХРАНИЛИЩ НА
ФОНЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ**

Койбагарова А.А.

**Кыргызско-Российский Славянский университет,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

Установлено снижение функциональной активности и эффективности уничтожения антигенов нейтрофилами и моноцитами у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ на фоне герпетической инфекции.

Ключевые слова: герпес, радионуклиды, макрофагальная система лейкоцитов

**УРАН КАЛДЫКТАРЫ КӨМҮЛГӨН ЖЕРГЕ
ЖАКЫН ЖАШАГАН АДАМДАРДА ГЕРПЕС
ИНФЕКЦИЯСЫНЫН ФОНУНДА
ЛЕЙКОЦИТТЕРДИН МИКРО-
МАКРОФАГАЛДУУ ФУНКЦИЯСЫНЫН
ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

**Кыргыз-Россия Славян университети,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Уран калдыктары көмүлгөн жерге жакын жашаган адамдарда герпес инфекциясынын фонунда нейтрофилдер жана моноциттер менен антигендерди жоготууда функционалдык активдүүлүктүн төмөндөөсү жана эффективдүүлүк аныкталды.

Негизги сөздөр: герпес, радионуклиддер, лейкоциттердин макрофагалдуу системасы

Не снижается актуальность проблем, связанных с фактическим и потенциальным риском в связи с текущей ситуацией с урановым наследием Кыргызской Республики и других стран в регионе. Районы с высокими потенциальными угрозами стихийных бедствий и техногенных катастроф, как Кыргызстан, могут представлять опасную ситуацию в трансграничном контексте. В результате они могут оказать воздействие на здоровье населения, деградацию окружающей среды на региональном и межрегиональном уровне, и могут повлечь не только чрезвычайно огромные затраты на реабилитацию пострадавших (загрязненных) регионов, но и привести к изменению здоровья жителей этих регионов. В частности, может измениться инфекционная составляющая заболеваемости населения этих районов.

По данным Л.А. Тарасовой и соавт. (2003) [1], вирусные инфекционные заболевания у детей из районов с высоким уровнем техногенного загрязнения атмосферного воздуха возникают на фоне напряжения адаптационных состояний, снижения иммунитета и возникновения ряда сопутствующих заболеваний. Воздействие ксенобиотиков сопровождается уменьшением количества общих и активированных Т-лимфоцитов, снижением уровня В-лимфоцитов и иммуноглобулинов. У детей в экологически неблагополучных районах имеет место ряд осложнений вирусных инфекций, в частности поражение бронхов и ЛОР-органов. Выраженное развитие синдромов, отягощающих течение ОРВИ, может быть связано с аллергизирующим и местным раздражающим действием выбросов предприятий [2].

Жители этих экологически неблагополучных районов могут подвергаться хроническому

облучению (ХО) в малых дозах за счет инкорпорирования радионуклидов.

Информация о реакциях иммунной системы на ХО достаточно противоречива. Однако, очевидно, что облучение в низких дозах порядка 0,02 Гр может вызывать иммуностимулирующий, а в больших - супрессирующий эффекты. Длительное воздействие облучения даже в малых дозах может привести к изменению субпопуляционного состава циркулирующих иммунокомпетентных клеток и угнетению их функциональной активности [3].

Поставлена цель: изучить функциональную активность нейтрофилов и моноцитов у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 200 человек, обратившихся за медицинской помощью. Мужчин и женщин было поровну. Дети составили 1/3 контингента наблюдаемых. Возраст обследованных составил от 11 до 75 лет. У обследуемых лиц собирался анамнез на наличие возможной вирусной инфекции в прошлом. Каждое обследуемое лицо визуально осматривалось на наличие кожного заболевания и герпетической инфекции.

Обследуемые условно разделены на 2 группы: 1) жители г. Бишкек, 2) жители пгт. Каджисай, причем в обеих группах все обследуемые были носителями вируса простого герпеса.

Определялся фагоцитарный показатель (ФП), фагоцитарное число (ФЧ), интегральный фагоцитарный индекс (ИФИ). Исследование кислородзависимых систем бактерицидности моноцитов и нейтрофилов проводился с помощью нитросинего тетразолиевого теста (НСТ-тест), изучался средний цитохимический коэффициент (СЦК) и содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови больных. Оценка суммарного индекса люминесценции (СИЛ) лизосом в цитоплазме моноцитов определялась путем прижизненной окраски люминесцентным красителем акридиновым оранжевым.

Полученный фактический материал подвергли компьютерной обработке с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel с расчетом критерия Стьюдента.

Собственные результаты и их обсуждение. Оценка функциональных показателей выявила угнетение показателей фагоцитоза нейтрофилов. Так, фагоцитарный показатель оказался сниженным на 39,2%, фагоцитарное число – на 41,0%, а ИФИ – на 64,0% по сравнению с показателями жителей г. Бишкек.

Содержание ЦИК крови больных вирусными дерматозами было значительно сниженным (рис. 1).

Вирусы герпеса на протяжении всей жизни «хозяина» персистируют в его организме, причем в различных формах – в виде вирогении или в виде активно-агрессивной формы, влияя на работу индукторов и эффекторов его иммунитета. ВПГ проходят периодически 2 стадии – внутри и внеклеточную.

Известно, что вирус герпеса кодирует структурные аналоги рецепторов хемокинов, т.е. веществ активирующих клетки - эффекторы воспаления

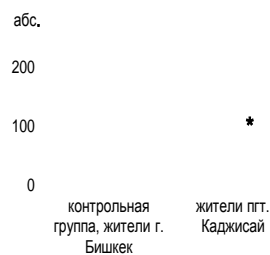


Рис. 1. Показатели ЦИК у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищ на фоне герпетической инфекции.

Примечание: * - $P < 0,05$ достоверно по отношению к контрольной группе.

и иммунитета. В итоге хемокиновые рецепторы к вирусу экспрессируются на поверхности заражения клеток и, отвлекая на себя часть хемоаттрактантов, уменьшают реакцию организма на вирус.

В ответ на развитие воспаления, особенно в фазу обострения герпесной инфекции наблюдается реакция со стороны нейтрофилов. Причем их активность направлена не только на уничтожение инфекции, но и на «очистку» организма от погибших клеток, в результате вирусной инфекции, а также и продуктов обмена веществ. В данном случае хемоаттрактанты при вирусной инфекции являются компонентами плазмы крови, в виде продуктов разрушения фибрина, фракции комплемента С3а и С5а, а также ферментов калликреина. Сюда также входят продукты распада коллагена и эластина и конечно же продукты воспалительного инфильтрата, когда сами лейкоциты являются источником лейкотриена В4 и ФАТ.

Как мы уже упоминали, жители урановых провинций в течение года переносят 4-6 острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Поэтому активность нейтрофилов может быть обусловлена не только ВПГ, но и сопутствующей инфекцией, которая выделяет также хемоаттрактанты, в виде низкомолекулярных пептидов. Так фагоцитарный показатель у жителей Каджисая снижен на 39,2%, фагоцитарное число на 41,0% (табл. 1)

Макрофаги, а именно Fe-клетки, которые первые встречаются с антигеном, в данном случае вирусом ПГ и запускают в работу иммунную систему человека. Это действие осуществляется через механизм фагоцитоза вируса и инфицированных ими клеток, киллинга инфицированных клеток, а также выработки фактора некроза опухоли, окись азота и др.

Таблица 1.

Показатели фагоцитоза нейтрофилов у жителей проживающих вблизи урановых хвостохранилищах на фоне герпетической инфекции

Показатели	Контрольная гр., жители г. Бишкек	Основная гр., жители пгт Каджисай	P
Фагоцитарный показатель, %	70,3±2,9	42,8±1,29	<0,05
Фагоцитарное число	3,3±0,7	1,95±0,14	>0,05
ИФИ	2,3±0,02	0,83±0,05	<0,05
НСТ,%	90,1± 0,2	81,8 ± 0,65	<0,05
СЦК,%	1,7 ±0,01	1,22 ± 0,09	<0,05

Если нейтрофилы в большей степени защищают организм человека от микробов, то в защите от вируса большая роль отводится макрофагам.

В наших наблюдениях отмечено снижение фагоцитарного показателя моноцитов на 19,7% и увеличение фагоцитарного числа на 24,5% (табл. 2).

Таблица 2.

Показатели фагоцитоза моноцитов у жителей проживающих вблизи урановых хвостохранилищах на фоне герпетической инфекции

Показатели	Контрольная, жители г. Бишкек	Основная гр., жители пгт Каджисай	P
Фагоцитарный показатель, %	59,1±4,2	48,1±1,15	<0,05
Фагоцитарное число	2,2±0,9	2,74±0,13	>0,05
ИФИ	1,3±0,01	1,32±0,08	>0,05
НСТ,%	85,3 ± 0,3	86,2 ± 0,87	>0,05
СЦК,%	0,3 ± 0,04	1,47 ± 0,02	<0,05

У жителей урановых провинций, несмотря на инфицированность организма вирусом, мы не наблюдаем активности макрофагов. В частности это проявляется не только снижением способности к фагоцитозу, но и слабой активностью внутриклеточных процессов.

Известно, что реакция на ВПГ фаголизосомы разрушает вирусы через O₂-зависимые и O₂-независимые механизмы. В данном случае показатель миелопероксидазной активности нейтрофилов практически не изменился (P>0,05).

Другой тест, который отражает кислороднезависимые механизмы разрушения вируса, с помощью лизосомных ферментов был увеличен на 38,35%, т.е. оказался более эффективным, чем кислородзависимый механизм. На наш взгляд это какой-то мере связано с двумя моментами. Во-первых, обследуемые находились в условиях среднегорья – на высоте 1660 м над ур. моря и в какие-то моменты испытывали различной степени гипоксию (физическая нагрузка - в пгт Каджисай, весьма пересеченная горами местность, во-вторых, хронический эмоциональный

стресс, поддерживаемый близостью уранового хвостохранилища). Видимо, за счет этих внутренних механизмов произошло и увеличение, и среднецитохимического коэффициента (СЦК) в три раза.

В тоже время при такой высокой активности химических процессов внутри клетки, состояние мембраны макрофагов уступает, по такому показателю как «распластывание» макрофага, обследуемых контрольной группы, в среднем на 43,5% (табл. 3).

Таблица 3.

Неспецифическая реакция моноцитов у жителей, проживающих вблизи урановых хвостохранилищах на фоне герпетической инфекции

Показатель	Контрольная группа, жители г. Бишкек	Основная группа, жители пгт. Каджисай	P
Адгезия, %	37,4 ± 2,7	27,39 ± 4,24	<0,05
Распластывание, %	29,2 ± 3,1	16,5 ± 2,49	<0,05
СИЛ лизосом, %	329,8 ± 162,0	456,3 ± 54,63	<0,05

Также нарушены адгезивные свойства моноцитов. В частности, процент способности моноцитов к адгезии снижен на 26,8%.

Таким образом, можно отметить значительное снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, что клинически проявляется у обследуемых, носителей вируса герпеса, частыми простудными заболеваниями и затяжными периодами практической любого воспалительного процесса и их хронизации.

Не лучшим образом функционирует и макрофагальные системы, первая линия защиты от инфекции, в том числе вирусной. Это проявляется тем, что макрофаги нарушают процесс деструкции вируса и презентации уже примированным Т-клеткам при хроническом (вторичном, третичном и т.д.) ответе. Известно, что макрофаги, имея множество рецепторов и секреторных молекул, взаимодействуют с другими клетками, не только тканей, но и с лейкоцитами. Под влиянием радионуклидов страдают быстро и постоянно делящиеся клетки костного мозга, а под влиянием вируса герпеса красный росток крови, включая эритроциты [5]. В данном случае зрелые макрофаги, контактируя с клетками белого и красного ростков костного мозга, оказывают на них трофическое действие, а главное, удаляют дефектные клетки и ядра эритроцитов. Недостаточная активность макрофагов способствует активизации условно-патогенной флоры у обследуемых, а также активизации любых форм латентной инфекции.

Важным является и тот момент, что вирусы ПГ способны избегать своего распознавания

цитотоксическими Т-лимфоцитами, вследствие низкой экспрессии молекул МНС, а также способности вырабатывать пептиды удаляющие молекулы МНС из эндоплазматического ретикулума, уменьшая эффект их презентации на поверхности зараженной вирусом клетки.

Такое снижение фагоцитарного показателя моноцитов, предшественников макрофагов свидетельствует о возможном уменьшении адаптационных возможностей иммунной системы при инфицированности ВПГ и попаданием радионуклидов внутрь у жителей урановых провинций.

Показатели теста с нитросиним тетразолием у обследованного контингента больных были значительно повышены по сравнению с показателями нормы, что указывало на активацию кислородзависимых ферментных систем моноцитов и клеток миелоидной системы иммунитета.

При учете среднего цитохимического коэффициента клеток, меченных диформазапом, у обследованных больных не было выявлено достоверных различий по сравнению с нормальными величинами. Исследование СИЛ лизосом моноцитов больных вирусными дерматозами при изучении их кислороднезависимых механизмов бактерицидности выявлено значительное повышение уровня активности лизосом. В тоже время оценка функциональной активности моноцитов по их адгезии и распластыванию выявило значительное ее снижение по сравнению с контрольными показателями.

Таким образом, проникновение в организм жителей урановых хвостохранилищ вируса вызывает реакции со стороны клеточных и гуморальных факторов иммунной защиты. Прежде всего, чужеродный антиген поглощается и должен в норме частично разрушаться и выводиться из организма макрофагами и макрофагами.

Клетки мононуклеарно-фагоцитарной системы играют главную роль в инициации иммунного ответа посредством захвата антигена, 1) представления его Т-лимфоцитам и 2) секреции интерлейкина-1 (основного активатора Т-лимфоцитов).

В дополнение к этому они 3) разрушают покрытые антителами бактерии, опухолевые клетки. В данной работе отмечено снижение функциональной активности как клеток моноцитарного ряда, так миелоидной системы иммунитета.

Литература:

1. Тарасова И.С., Чернов В.М., Буянкин В.М.. Комплексная оценка состояния здоровья детского населения, постоянно проживающего на радиационно-загрязненных территориях Красногорского района Брянской области // Педиатрия. – 1999. – №2. – С. 99-104.
2. Стрельцова Е.Н. Влияние неблагоприятных экологических факторов на органы дыхания // Проблемы туберкулеза и болезни легких. – 2007. – №3. – С. 3-6.
3. Аклев А.В. Реакции тканей на хроническое воздействие ионизирующего излучения /А.В. Аклев //Радиационная биология. Радиозекология. – 2009. – т. 49. – №1. – С. 5-20.
4. Маянский Д.Н. Лекции по клинической патологии /Д.Н. Маянский. – М, 2008. – 301 с.
5. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. – М., 1997. – 516 с.

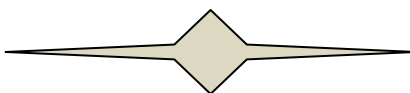
FUNCTIONING PECULIARITIES OF MICRO-MACROPHAGOUS LEUCOCYTE SYSTEMS OF PEOPLE LIVING NEAR THE URANIUM TAILING PITS ON THE BACKGROUND OF HERPATIC INFECTION

Koibagarova A.A.

Kyrgyz-Russian Slavonic University,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: There was found a decrease of functional activity and efficiency of antigen liquidation by neutrophils and monocytes among people living near the uranium tailing pits on the background of herpetic infection.

Key words: herpes, radionuclides, indexes of carbohydrate, lipidic and protein metabolism.



УДК 616.5-002.828

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕРМАТОМИКОЗОВ
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Усубалиев М.Б.

**Кыргызская государственная медицинская
академия им. И.К. Ахунбаева,
Республиканский центр дерматовенерологии,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

В данной статье приводятся динамика заболеваемости дерматомикозами в Кыргызской Республике за 1990-2012 по данным официальной статистики.

Ключевые слова: дерматомикозы, заболеваемость, эпидемиология, Кыргызская Республика.

**ДЕРМАТОМИКОЗДОРДУН КЫРГЫЗ
РЕСПУБЛИКАСЫНДА ТАРАЛЫШЫ**

**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз маамлекеттик
медициналык академиясы,
Республикалык тери жана венерологиялык
оорулар борбору,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Корутунду: макалада 1990-2012 жж. расмий статистиканын негизинде Кыргыз республикасында дерматомикоздордун таралышы баяндалган.

Негизги сөздөр: дерматомикоздор, оорунун кездешүүсү, эпидемиология, Кыргыз Республикасы.

Введение. Грибковые заболевания кожи являются одними из наиболее распространенных в мире [2,7]. В связи с этим патогенные грибы привлекают внимание многих исследователей [1,3]. Дерматомикозы занимают одно из ведущих мест среди инфекционных заболеваний кожи, как взрослого, так и детского населения [2,5,6]. Анализ инфекционной заболеваемости с целью определения особенностей течения эпидемического процесса той или иной инфекции на изучаемой территории для рационального планирования и обеспечения профилактических противоэпидемических мероприятий является основной задачей при изучении эпидемического процесса [4].

При ретроспективном эпидемиологическом анализе информацию об инфекционной заболеваемости разрабатывают по разным направлениям:

- анализ уровня и структуры заболеваемости по нозологическим формам с целью определения эпидемиологической, социальной и экономической значимости;
- анализ многолетней динамики заболеваемости для оценки возможных причин ее производства. Учитывается характер многолетних тенденций заболеваемости (рост, снижение, стабилизация), периодичность и соотношение ее уровня в анализируемый период;
- анализ заболеваемости по факторам риска, выявление

факторов, определяющих риск заражений, дальнейшее распространение заболеваний;

- анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений, ее потенциальной эффективности, оценка показателей эпидемического процесса в сопоставлении с проводимыми противоэпидемическими мероприятиями;

Борьба с распространением грибковых заболеваний представляет собой комплекс мероприятий, направленных на установление уровня заболеваемости каждой инфекции в динамике, выявление факторов риска, раннюю динамику, определение контактных лиц, взаимосвязь с животными, быстрая санация антропонозных очагов и их текущая и заключительная дезинфекция.

Грибковая инфекция человека и животных, вызываемая дерматофитами родов *Trichophyton* и *Microsporum* (микоз стоп и онихомикоз, трихофития, микроспория) встречается на всех континентах мира. Таким образом, широкое распространение этих микозов диктует необходимость проведения эпидемиологических исследований, направленных на установление уровня, особенностей, тенденций заболеваемости дерматофитиями и разработки эффективных способов, предупреждающих их распространение.

Цель - изучение заболеваемости дерматомикозами в Кыргызской Республике по данным официальной статистики.

Материал и методы. Проведен анализ заболеваемости дерматомикозами в Кыргызской Республике по данным форм государственного статистического наблюдения №89 «Сведения об инфекциях передаваемых преимущественно половым путем, грибковыми заболеваниями кожи и чесоткой» за 1990-2012 гг. по материалам клинического наблюдения больных, анализа историй болезни и амбулаторных карт больных дерматомикозами, обратившихся за медицинской помощью в кожно-венерологические учреждения страны.

Результаты и обсуждение. Динамика заболеваемости дерматомикозами населения Кыргызской Республики в изучаемый период (1990-2012 гг.) представлены в таблице 1 и рис 1.

Анализ уровней заболеваемости дерматомикозами показал, что с 1990 по 2012 год количество больных имеет тенденцию к увеличению. Так, за этот промежуток времени количество больных дерматофитией увеличилось в 1,7 раз (с 1436 до 2682), при этом отмечается снижение заболеваемости с 1991 по 1998 гг. Наиболее низкий уровень заболеваемости дерматомикозами приходится на 1998 и 2002 гг., где интенсивный показатель составил 13,3 и 13,7 соответственно. Начиная с 2006 года, отмечается резкий подъем заболеваемости, с небольшим снижением в 2007 году (2006-28,7; 2007-21,5; 2008-28,0; 2009-48,9; 2010-50,9; 2011-49,9; 2012-47,8).

Таблица 1.
Динамика заболеваемости дерматомикозами в Кыргызской Республике за 1990-2012 гг.

Наименование заболевания	Вновь зарегистрировано больных по годам (абсолютные числа и на 100000 населения)												
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999			
Дерматомикозы	1436 32,9	1202 27,1	1158 25,8	1089 24,4	894 20,1	630 14,2	686 15,1	711 15,4	623 13,3	857 17,7			
продолжение таблицы													
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	874 17,9	900 20,9	680 13,7	977 19,5	886 17,5	903 17,6	1483 28,7	1122 21,5	1427 28,0	2635 48,9	2773 50,9	2753 49,9	2682 47,8

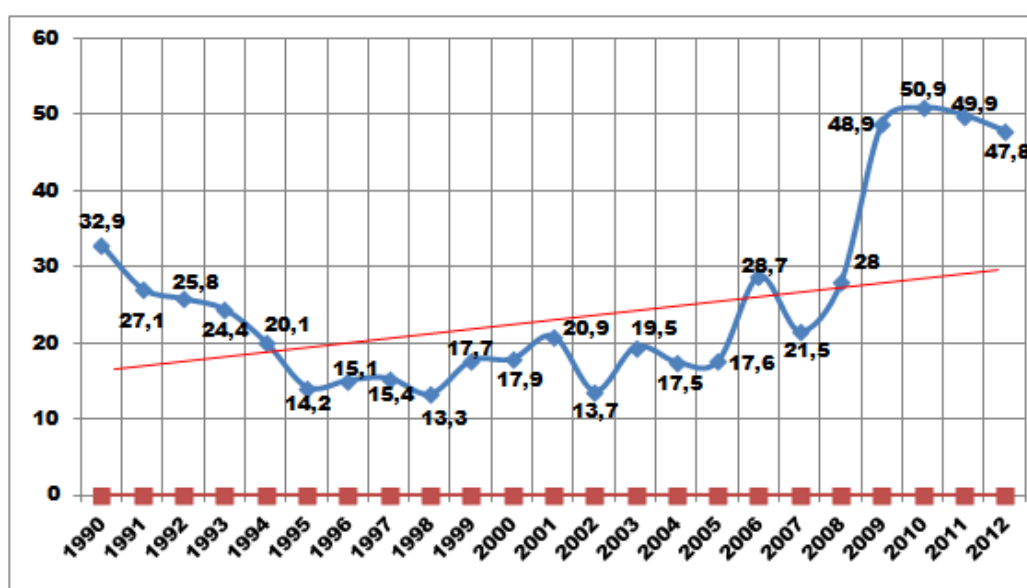


Рис. 1. Динамика заболеваемости дерматомикозами в Кыргызской Республике за 1990-2012 гг.

Анализ заболеваемости дерматомикозами по регионам Кыргызской Республики (рис. 2) позволил выявить неравномерность распространения. Так, наибольший уровень заболеваемости дерматофитиями, превышающий среднереспубликанский уровень (32,9 случая) в 1990 году были зарегистрированы в Нарынской (55,0 на 100000 населения), Таласской (51,9), Ошской (43,1) и Жалалабатской (37,0) областях, а наименьший – в Чуйской (16,0), Иссык-Кульской (20,5) областях и в г. Бишкек (18,5). В 2011 году, при среднестатистическом уровне равном 49,9 случая на 100 тысяч населения, заболеваемость дерматофитиями составила 162,4 случая в Таласской области, 96,4 случая в Иссык-Кульской, 73,3 случая в Нарынской и 111,8 случая в г. Бишкек. Низкие показатели были в Ошской (18,3), Жалалабатской (18,6) и Чуйской областях (19,7). Следует отметить, что в Баткенской области регистрацию дерматомикозов начали проводить с 2000 года, когда интенсивный показатель составил 15,1 и был ниже среднестатистического (17,9 по республике), в 2011 году – 23,6.

Высокая регистрация дерматомикозов в Таласской, Иссык-Кульской, и Нарынской областях в последние годы объясняется хорошо развитым животноводством. В этих регионах чаще наблюдаются зоонозные формы грибковых поражений кожи. Высокая заболеваемость в г. Бишкек, скорее всего, связана с миграцией населения из разных регионов страны и высокой обращаемостью населения Чуйской области в кожно-венерологические учреждения столицы.

Следует отметить, что в нашей республике до сегодняшнего дня отсутствует официальная регистрация микозов по нозологическим формам, материалы официальной регистрации не отражают истинный уровень заболеваемости и распространенности грибковых заболеваний.

Заключение.

1. С целью дальнейшего снижения уровня и предупреждения роста заболеваемости дерматомикозами в Кыргызской Республике

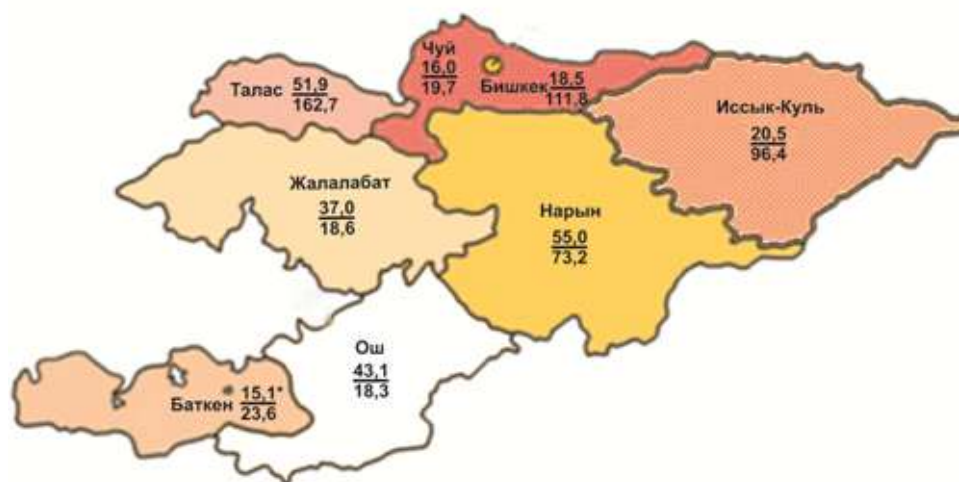


Рис. 2. Заболеваемость дерматомикозами населения Кыргызской Республики по областям в 1990 и 2011 годах (на 100000 населения).

Примечание: в числителе данные за 1990 год, в знаменателе – 2011 год; * - в Баткенской области в числителе данные за 2000 год.

органам и учреждениям здравоохранения необходимо принять меры для усиления деятельности по активному выявлению дерматофитий при всех видах профилактических обследований, особенно в очагах заболеваний.

2. Работа лечебно-профилактических учреждений системы здравоохранения должна производиться в соответствии с комплексным планом совместно центрами санэпиднадзора, ветеринарной службой и производственными управлениями жилищно-коммунального хозяйства региона.

Литература

1. Абидова З.М. Эпидемиологический скрининг грибковых заболеваний в Узбекистане [Текст] / З.М. Абидова, М.Р. Цой // Успехи медицинской микологии: Материалы третьего Всероссийского конгресса по медицинской микологии. – М., 2005. – Том VI. – С. 38.
2. Динамика заболеваемости дерматомикозами в Российской Федерации в 2003-2007 гг. [Текст] / [М.А. Иванова, Е.В. Огрызко, И.А. Бендриковская и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. - № 2. – С. 26-31.
3. Мокроусов М.С. Динамика возбудителей дерматофитий в Армении в 1972-1989 гг. [Текст] / М.С. Мокроусов, С.С. Мирзоян // Вестник дерматологии и венерологии. – 1992. - № 1. – С. 31-34.
4. Салинов Бахром М. Эпидемиология, некоторые вопросы патогенеза и совершенствование терапии онихомикозов [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Салинов Бахром М. – Душанбе, 2009. – 25 с.
5. Cheng S. A prospective epidemiological study on tinea pedis and onychomycosis in Hong Kong [Text] / S. Cheng, L. Chong // Clin. Med. (Engl.). – 2002. – Vol. 115, # 6. – P. 860-865.

6. Habib T.P. Superficial fungal infections [Text] / T.P. Habib // Clinical dermatology: A color guide to diagnosis and therapy / 4th ed. – New York, NY^ Mosby, 2004. – P. 356-361.
7. Martinez-Roig A. Depmatophytoses in children and adolescents. Epidemiological study in the city of Barselona, Spain [Text] / A. Martinez-Roig, I. Torres-Rodriguez // Mykosen. – 1986. – Vol. 24, # 7. – P. 311-315.

PREVALENCE OF DERMATOMYCOSES IN THE KYRGYZ REPUBLIC Republic

Usubaliev M.B.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Republican centre of dermatology and venerology,
Bishkek, Kyrgyz Republic.

This article describes the dynamics of morbidity dermatomycoses in the Kyrgyz Republic for 1990-2012, according to official statistics.

Key words: dermatomycosis, morbidity, epidemiology, Kyrgyz Republic.

УДК 616.5-002.828

ЛЕЧЕНИЕ МИКОЗОВ СТОП С ЭКССУДАТИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Усубалиев М.Б., Балтабаев М.К., Юсупова Д.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева, кафедра дерматовенерологии, Республиканский центр дерматологии и венерологии, Бишкек, Кыргызская Республика.

В статье представлены результаты лечения микозов стоп с экссудативными проявлениями.

Ключевые слова: микоз стоп, лечение, акридерм ГК.

БУТ КЕТМЕНИНИН ЭКССУДАТИВДЫК КӨРҮНҮШҮ МЕНЕН ӨТКӨН МИКОЗ ИЛДЕТИН ДАРЫЛОО

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз маамлекеттик медициналык академиясы, тери жана венерологиялык оорулар кафедрасы, Республикалык тери жана венерологиялык оорулар борбору, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Корутунду: макалада бут кетменинин экссудативдик көрүнүшү менен өткөн микоз илдетин дарылоо жыйынтыгы чагылдырылган.

Негизги сөздөр: бут кетменинин микоз илдети, дарылоо, акридерм ГК.

Грибковыми инфекциями кожи поражено 15-25% населения земного шара, среди которых самым частым являются микоз стоп и онихомикоз [1,4].

Поражения стоп, вызываемые *T. rubrum*, *T. mentagrophytes var. interdigitale*, *Epidermophyton floccosum* клинически протекают однотипно. Имеющиеся между ними отличия обычно лишены какого-либо практического значения, как в отношении лечения, так и в отношении противоэпидемических мероприятий. В повседневной практике дерматолога приемлем диагноз микоза стоп, подтвержденный выявлением при микроскопии патогенных грибов [2]. Вместе с тем, возникает необходимость в нозологической идентификации грибкового поражения стоп, что осуществляется с учетом клинических характеристик микоза и культурального определения возбудителя [5].

Местом первичной локализации грибковой инфекции при микозе стоп служат обычно межпальцевые складки. При прогрессировании микотического процесса поражение со временем выходит за их пределы. Различают следующие клинические формы микоза стоп: сквамозная, сквамозно-гиперкератотическая, интертригинозная

(межпальцевая), дисгидротическая, острая и поражение ногтей или онихомикоз [3].

Несмотря на наличие современных антимикотических средств как системного, так и местного действия лечение микоза стоп с экссудативными проявлениями составляет трудную задачу, в связи остротой течения патологического процесса с присоединением вторичной бактериальной флоры, а также частым ухудшением общего состояния пациента и вторичными аллергическими высыпаниями (микидами) [6].

Цель - улучшить эффективность лечения экссудативных форм микоза стоп путем применения комбинированного крема акридерм ГК (бетаметазона дипропионат/клотримазол/гентамицин).

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 53 больных, страдающих различными клиническими формами экссудативного микоза стоп (табл.1).

Таблица 1

Распределение больных микозом стоп по клинической форме, полу и возрасту

Клинические формы	Количество больных					
	всего	%	мужчины		женщины	
			абс	%	абс	%
Интертригинозная	15	4,6	7	2,1	8	2,5
Дисгидротическая	7	2,1	5	1,5	2	0,6
Интертригинозно-сквамозная	19	5,8	12	3,7	7	2,1
Интертригинозно-дисгидротическая	12	3,7	5	1,5	7	2,1
Всего	53	100,0	29	54,7	24	45,3

Диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза, клинической картины, микроскопической и культуральной диагностики. Посев патологического материала производился на скошенный агар Сабуру с декстрозой, хлорамфениколом и циклогексимидом.

Пациенты были распределены на две группы: основная (n=29) и сравнения (n=24). Всем 53 больным для снятия экссудации использовали примочки с раствором 0,1% этакридина лактата, на трещины наносили раствор фукоцина. После чего пациенты группы сравнения местно смазывали на очаги поражения 1% мазь клотримазола до разрешения клинических проявлений. Больным основной группы наносили комбинированный крем акридерм ГК, учитывая его не только противогрибковый, но и противовоспалительный, антибактериальный, антиэкссудативный эффекты, так как при микозах стоп с экссудативными проявлениями часто была вторичная гнойничковая инфекция и очаги сопровождалась зудом и болезненностью.

Пациенты обеих групп в качестве системного антимикотика получали тербинафин по 250 мг в день в течение 14 дней, также назначали антигистаминную и десенсибилизирующую терапию.

Результаты и их обсуждение. Субъективные проявления микоза стоп в исследуемых группах, как в основной, так и в группе сравнения, выражались в ощущении зуда у 45 (84,9%) больных, жжения – у 39 (73,6%), болезненности при ходьбе – у 18 (33,9%) в пораженной области.

Среди объективных симптомов микоза стоп с экссудативным течением чаще всего встречались поверхностные трещины – у 43 (81,1%) и гиперемия - у 41 (79,2%) пациентов. Кроме того, грибковая инфекция проявляла себя появлением гнойных корок – у 35 (66,3%), глубоких трещин – у 32 (60,3%), мацерацией – у 30 (58,5%), образованием эрозий – у 20 (37,7%). Папулы встречались у 25 (47,5%), шелушение у 19 (35,8%) больных соответственно (рис. 1).

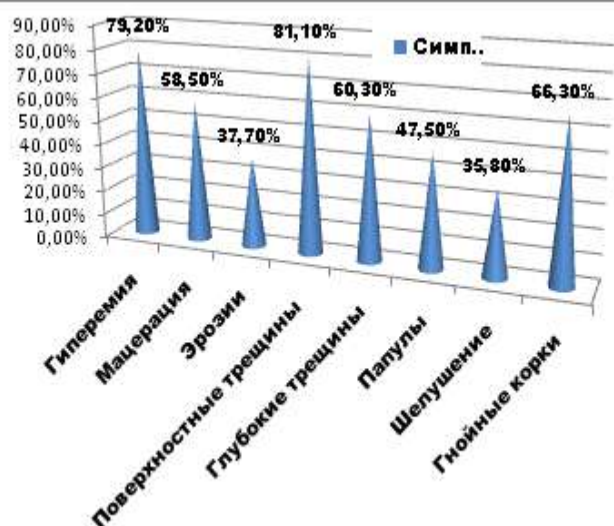


Рис. 1. Структура объективных признаков микозом стоп с экссудативным течением

Исчезновение зуда и жжения кожи стоп в основной группе происходило в среднем на $6,1 \pm 0,5$ день – достоверно ($p < 0,001$) раньше, чем в группе сравнения – на $8,6 \pm 0,8$ сутки, что на 2,5 дней быстрее (рис. 2).

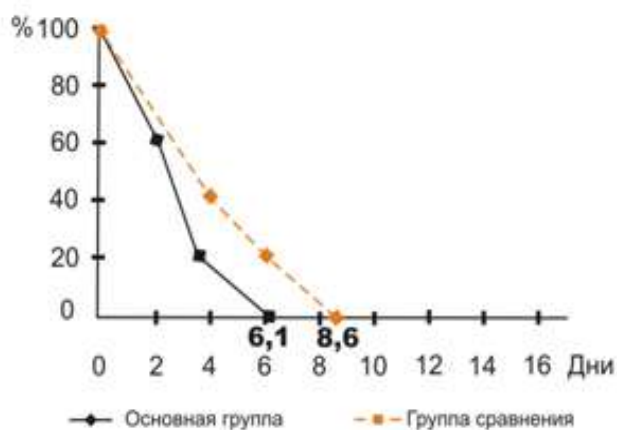


Рис. 2. Динамика регресса зуда и жжения в процессе лечения

Ощущение болезненности стало уменьшаться у больных в обеих группах сразу после начала лечения. К $10,2 \pm 1,2$ дню болезненность исчезла полностью в основной группе, а в группе сравнения это ощущение продолжалось и исчезло только на $13,2 \pm 1,4$ день лечения.

Положительная динамика кожного процесса у всех больных микозами стоп в основной группе проявлялась регрессом эритемы в среднем к $7,5 \pm 1,3$ дню от начала терапии. В группе сравнения исчезновение эритемы наблюдалось в среднем на $11,7 \pm 1,1$ день лечения. Таким образом, в основной группе эритема регрессировала достоверно ($p < 0,05$) – раньше, чем в сравнительной группе.

Эрозии эпителизовались у больных микозом в среднем к $7,9 \pm 1,2$ дню лечения в основной группе, что на $4,2 \pm 0,3$ дней раньше, чем в группе сравнения ($12,1 \pm 1,5$) (рис. 3). Следовательно, положительная динамика кожного процесса в отношении регресса эрозий в основной группе проявлялась достоверно ($p < 0,05$) быстрее, чем в сравнительной группе.

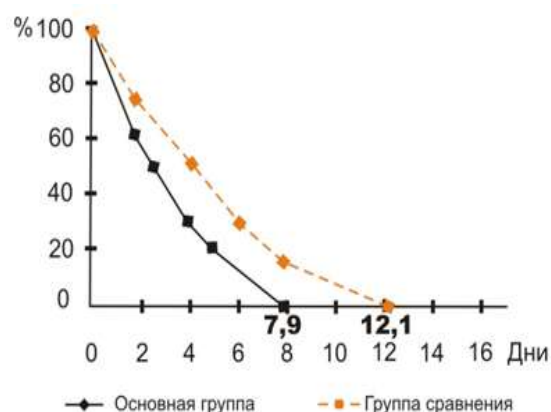


Рис. 3. Динамика эпителизации эрозий в процессе лечения

Папулы на коже стоп регрессировали в среднем на $8,1 \pm 0,8$ день в основной группе, что на $3,4 \pm 0,3$ дней раньше, чем в группе сравнения ($11,5 \pm 1,1$). Таким образом, в основной группе заживление происходило достоверно раньше ($p < 0,01$).

Глубокие трещины исчезали на $9,6 \pm 1,2$ день в основной группе и на $13,9 \pm 1,4$ день в группе сравнения, что достоверно ($p < 0,05$) говорит о большей эффективности лечения (на $4,3 \pm 0,2$ дней быстрее) у больных в основной группе (рис. 4).

Средние сроки исчезновения шелушения как видно из рисунка 5 в основной группе были на $4,7 \pm 0,3$ дней короче ($p < 0,05$), чем в группе сравнения и составили $8,2 \pm 1,3$ и $12,9 \pm 1,6$ дней соответственно.

В процессе лечения у больных от примененных лекарственных средств побочных явлений не было, все пациенты лечение перенесли хорошо.

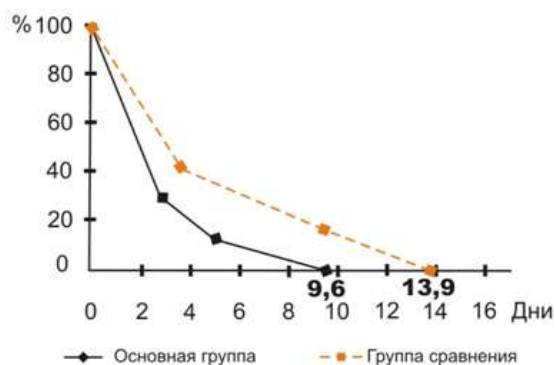


Рис. 4. Динамика эпителизации глубоких трещин в процессе лечения

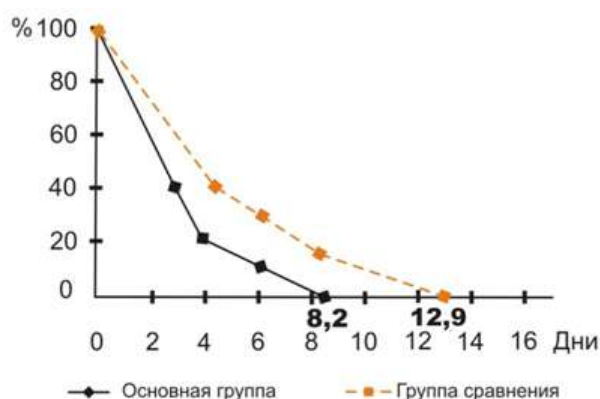


Рис. 5. Динамика регресса шелушения в процессе лечения

Заключение

Таким образом, достоинством применения комбинированного крема акридерм ГК при интертригинозной, дисгидротической и смешанной формах микоза стоп является отчетливый противовоспалительный эффект. Благодаря этому, достигался более быстрый регресс островоспалительных явлений (жжение, зуд, болезненность, эритема, эпителизация эрозий).

Литература

1. Котрехова Л.П. Этиология, патогенез, клинические формы микоза стоп и основные методы его лечения [Текст] / Л.П. Котрехова // Русский медицинский журнал. – 2010. – Т. 18, № 12. – С. 770.
2. Потекаев Н.Н. Распространение дерматофитии в Российской Федерации (эпидемиология, патогенез, клиника и терапия) [Текст] / Н.Н. Потекаев: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2001.
3. Сергеев В.Ю. Дерматофитии: новое в диагностике, терапии и профилактике наиболее распространенных микозов человека [Текст] / В.Ю. Сергеев, А.Ю. Сергеев // Consilium medicum. Дерматология. – 2008. – № 1. – С. 30-35.
4. Baran R. Review of antifungal therapy. Part II: treatment rationale, including specific patient populations [Text] / R. Baran, R. Hay, J. Garduno // J. Dermatol. Treat. – 2008. – Vol. 19. – P. 168-175.
5. Elewski B.E. Onychomycosis: pathogenesis, diagnosis, and management [Text] / B.E. Elewski // Clin. Microbiol. Rev. – 1998. – Vol. 11, # 3. – P. 415-429.
6. Generalized skin reaction following tinea pedis (dermatophytids) [Text] / [M.E. Iglesias, A. Espana, M.A. Iodate et al.] // J. Dermatol. – 1994. – Vol. 21. – P. 31-34.

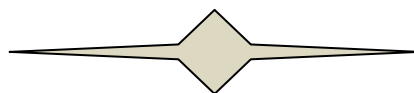
TREATMENT OF FOOT MYCOSES WITH EXUDATIVE MANIFESTATIONS

Usubaliev M.B., Baltabaev M.K., Yusupova D.M.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev,
Republican centre of dermatology and venerology, Bishkek, Kyrgyz Republic.

Summary: the results of treatment of foot mycoses with exudative manifestations.

Key words: athlete's foot, treatment, akriderm GC.



**Правила оформления статей для публикации в научно-практическом медицинском журнале
«Здравоохранение Кыргызстана»**

- Объем статьи не должен превышать 12 стр. компьютерного набора (**шрифт Times New Roman, размер - 14, через 1,5 интервала**).
- Материал представляется в печатном и электронном виде (файл World for Windows). Поля: верхнее, нижнее – 2 см, левое – 3 см, правое – 1,5 см.
- В верхнем правом углу должен быть указан **УДК**.
- Название статьи – в центре, на русском, кыргызском и английском языках, **ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ**, размер - 14.
- Ф.И.О. авторов (инициалы автора ставятся перед фамилией), название учреждения, откуда направлена, название города и страны - в центре, жирным курсивом, размер - 14, на русском, кыргызском и английском языках.
- Дается краткая (не более 3-4 строк) аннотация на русском, кыргызском и английском языках.
- Ключевые слова на русском, кыргызском и английском языках.
- Статья должна включать разделы: «Актуальность», «Материалы и методы исследования», «Результаты и их обсуждение», «Выводы» или «Практические рекомендации», «Литература». Статья должна быть тщательно проверена автором: химические формулы, таблицы, дозы. Все цифровые данные должны быть приведены в единицах СИ.
- Текст, табличный и графический материал, список литературы, оформляются согласно правилам, рекомендуемым при оформлении диссертационных работ.
- Ссылки на авторов по тексту статьи заключаются в квадратные скобки. Список литературы должен располагаться в конце статьи и содержать не более 15 наименований.
- Графический материал (фото, рисунки, графики, схемы) представляется в **формате jpeg**, должен быть четкими, контрастными, размером 10x13 см, не более 4-х в одной статье.
- Изображения микроскопических препаратов должны в подписях сопровождаться указанием на увеличение и использованную окраску.
- В конце статьи указываются полные фамилии, имена и отчества **ВСЕХ** авторов, ученые степени и звания, должности и контактные данные (телефоны, e-mail).
- Все поступающие рукописи предоставляются на рассмотрение редакционному совету, который принимает решение о возможности опубликования направленных материалов. Отобранный для публикации материал будет предложен автору для согласования предлагаемых изменений. Срок публикации каждой конкретной рукописи устанавливается отдельно, о чем автор будет предупрежден заранее. Отклоненные рукописи авторам не возвращаются.
- Редакция оставляет за собой право не размещать материал, где фигурирует прямая ссылка на продукт, произведенный конкретной фирмой-производителем, и/или указывается торговое название, — такой материал считается рекламной информацией, и в этом случае должны быть оговорены финансовые интересы заинтересованных сторон. В материалах, подготовленных для опубликования, следует использовать утвержденные ВОЗ названия действующих веществ и диагнозов заболеваний в соответствии с X пересмотром МКБ.
- Рукописи, оформленные не по требованиям, не принимаются.

ПРИКАЗ от 31.05.13 г. № 307

«Об утверждении инструктивных документов по правилам передачи детей, оставшихся без попечения родителей на усыновление (удочерение)/опекунства гражданам Кыргызской Республики, постоянно проживающих на территории Кыргызской Республики, гражданам Кыргызской Республики, проживающим за пределами территории Кыргызской Республики, а также иностранным гражданам»

В целях реализации Кодекса Кыргызской Республики о детях (от 10 июля 2012 года N 100) и постановлений Правительства Кыргызской Республики «О внесении изменений и дополнений в некоторые решения Правительства Кыргызской Республики» от 23 октября 2012 года N 743 и от 8 мая 2013г. №263, а также с целью улучшения организации работы в организациях здравоохранения (ОЗ) КР с отказными/оставленными детьми

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые:

– Инструкцию по организации работы с оставленными/брошенными/подкинутыми детьми в организациях здравоохранения (родовспомогательные дома/отделений, детские отделения, дома ребенка) (приложение 1 –на 9 стр.);

– Инструкцию по организации передачи под опеку, на усыновление (удочерение) детей, оставшихся без попечения родителей из организации здравоохранения (приложение 2 – на 8 стр.);

– Анкета ребенка, оставшегося без попечения родителей (приложение 3 - на 2-х стр.);

– Заявление об отказе от родительских прав на ребенка (приложение 4 - на 1-й стр.);

Список отказных/оставленных детей (приложение 5 - на 1 стр.);

– Список отказных/оставленных детей, усыновленных иностранными гражданами (приложение 6- на 1 стр.);

– Положение об экспертной медицинской комиссии по медицинскому освидетельствованию состояния здоровья ребенка, передаваемого на воспитание в семью, под опеку/попечительство, усыновление (приложение 7- на 2-х стр.);

– Медицинское заключение о состоянии здоровья ребенка, передаваемого на воспитание в семью, под опеку/попечительство, усыновление по результатам независимого медицинского освидетельствования (приложение 8 - на 1-й стр.);

– Положение «О медицинском освидетельствовании гражданина (ки), желающего (-ей) стать усыновителем, опекуном (попечителем) или приемным родителем» (приложение 9 - на 3-х стр.);

– Медицинское заключение по результатам освидетельствования гражданина (гражданки), желающего (ей) усыновить, принять под опеку (попечительство) ребенка или стать приемным родителем (приложение 10 - на 1-й стр.);

– Перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка, принять его в приемную семью, под опеку (попечительство) (приложение 11 - на 1-й стр.);

– Перечень заболеваний, при которых дети, оставшиеся без попечения родителей, могут быть направлены в Республиканский дом ребенка для детей с поражением ЦНС и с нарушением психики (приложение 12 – на 1 стр.);

– Дополнение к «Перечню форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения» (приложение 13 – на 1 стр.)

– АКТ передачи ребенка родителям (биологическим, приемным) (приложение 14 - на 1 стр.).

3. Начальнику УЛППиЛ (А.С. Ешходжаева), директорам Национального центра охраны материнства и детства и Департамента здравоохранения г. Бишкек (Узакбаев К.А., Мурзалиев А.Дж.), координаторам здравоохранения областей и г. Ош (Акимова В.А., Бердикожоева А.К., Шадиев А. Асылбеков Э.С., Миянов М.О., Сатылганов Э.А., Нуралиев А.Ж.):

3.1. обеспечить организацию и работу экспертных медицинских комиссий по медицинскому освидетельствованию состояния здоровья ребенка, передаваемого на воспитание в семью, под опеку/попечительство, усыновление на базах Национального центра охраны материнства и детства и Ошской межобластной детской клинической больницы в соответствии с положениями, утвержденными настоящим приказом

Срок: постоянно.

3.2. привести нормативные документы организаций здравоохранения в соответствие с положениями, утвержденными настоящим приказом

Срок: 10 июня 2013 года.

3.3. обеспечить постоянный и непрерывный контроль, анализ деятельности организаций родовспомогательной службы, стационаров, домов ребенка по организации работы с отказными/оставленными детьми с принятием мер по устранению имеющихся недостатков

Срок: постоянно

4. Считать утратившими силу приказы МЗ КР:

– «Об утверждении инструктивных материалов по правилам передачи детей, оставшихся без попечения родителей на усыновление (удочерение) гражданам КР, а также иностранным гражданам» от 15.11.2011г. № 560;

– «Об утверждении формы акта передачи ребенка родителям (биологическим, усыновителям, опекунам)» №312 от 05.06.2012г.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра М.Т. Калиева.

Министр

Д.З. Сагинбаева

ИНСТРУКЦИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ С ОСТАВЛЕННЫМИ/БРОШЕННЫМИ/ПОДКИНУТЫМИ ДЕТЬМИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Настоящая инструкция определяет организацию работы с оставленными (брошенными, подкинутыми, репатрированными) детьми в организациях здравоохранения (родильном доме/отделении, детском отделении, дом ребенка):

Усыновление или удочерение (далее - усыновление) - это мера защиты прав и законных интересов ребенка, который лишен родительской заботы в своем семейном окружении.

Усыновление допускается только как подходящий способ защиты прав детей, в интересах детей, лишенных родительской заботы в своем семейном окружении, а также в наилучших интересах детей.

Опека или попечительство устанавливаются над детьми, оставшимися без попечения родителей, в целях их содержания, воспитания и образования, а также для защиты их прав и интересов.

Опека устанавливается над детьми, не достигшими возраста 14 лет.

1. При выявлении факта/случая оставления матерью ребенка в родовспомогательных домах/отделениях руководители указанных организаций здравоохранения обязаны в письменной форме и в однодневный срок информировать территориальные подразделения уполномоченного органа по защите детей (далее - территориальные подразделения) и социальных работников ресурсных центров домов ребенка (г.г. Бишкек, Токмок и Ош) с целью профилактики оставления ребенка, его возврата в биологическую семью, помещения матери и ребенка в Семейный ресурсный Центр либо семейного обустройства ребенка (под опеку/в приемную семью/усыновление).
2. Социальные работники ресурсных центров домов ребенка (г.г. Бишкек, Токмок и Ош) проводят работу по профилактике оставления ребенка в организациях здравоохранения и его возврата в биологическую семью.
3. В случаях отказа матери от родительских прав на ребенка в организации здравоохранения матерью собственноручно оформляется письменное заявление об оставлении ребенка в организации здравоохранения в 2-х экземплярах согласно приложению 4, которые заверяются подписью руководителя и гербовой печатью организации (оригинал – передается с ребенком при переводе в дома ребенка/2-й этап выхаживания, 2-ой - подшивается в историю развития новорожденного).
4. Совместно со специалистом территориального подразделения составляется Акт об оставлении и согласии на усыновление ребенка родильницей в организации здравоохранения (родильном доме/отделении). Акт составляется в 4-х экземплярах, который подписывают лечащий врач, заведующий отделением, в котором находится ребенок, руководитель организации здравоохранения (родильного дома/отделения), специалист территориального подразделения по месту нахождения организации здравоохранения (родильного дома/отделения), акт заверяется гербовой печатью организации здравоохранения (родильного дома/отделения). Первый экземпляр передается в территориальное подразделение по месту нахождения организации здравоохранения (родильного дома/отделения) в целях дальнейшего жизнеустройства ребенка (передача в приемную семью под опеку), 2-ой экземпляр и медицинское свидетельство о рождении

ребенка передаются в органы ЗАГС для оформления свидетельства о рождении ребенка, 3-й - подшивается в историю развития новорожденного (Форма 112/у), 4-ый - при переводе с ребенком передается на 2-й этап выхаживания либо в дома ребенка.

Если имеется отец ребенка, то он также оформляет заявление об оставлении ребенка и согласие на усыновление/опеку на отдельном бланке в 4-х экземплярах, которое заверяется в том же порядке.

5. При обнаружении случая брошенного или подкинутого ребенка оформляется Акт об обнаружении брошенного или подкинутого ребенка (Форма установленного образца Министерства внутренних дел) в 4-х экземплярах, закрепленная подписью руководителя и гербовой печатью отдела внутренних дел по месту нахождения организации здравоохранения (родильного дома/отделения, стационары). Первый экземпляр передается в территориальное подразделение по месту нахождения организации здравоохранения в целях дальнейшего жизнеустройства ребенка (передача в приемную семью под опеку и попечительство), 2-ой экземпляр - в отдел внутренних дел по месту нахождения организации здравоохранения, 3-ий – подшивается в историю развития новорожденного (Форма 112/у), 4-ый - при переводе с ребенком передается на 2-й этап выхаживания либо в дома ребенка. В Акте в обязательном порядке отражаются все известные составителям и понятным сведения о ребенке и обстоятельствах его обнаружения.

6. При доставлении ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию (оставленного, отказного, экстренно изъятого по социальным показаниям и др.) организации здравоохранения незамедлительно госпитализируют его:

- с оформлением акта о доставлении оставленного (брошенного, подкинутого, отобранного/изъятого) ребенка;

- по предоставлению решения территориального подразделения.

7. При доставлении в организации здравоохранения ребенка, официально изъятого специалистами территориального подразделения у лиц, признанных судом недееспособными или ограниченно дееспособными; супругов, один из которых признан судом недееспособным или ограниченно дееспособным; лиц, лишенных по суду родительских прав или ограниченных судом в родительских правах; лиц, отстраненных от обязанностей опекуна (попечителя) за ненадлежащее выполнение обязанностей, возложенных на него законом; репатриированного из другого государства; изъятого из асоциальной, аморальной семьи в связи с угрозой жизни ребенка специалисты территориального подразделения представляют следующие документы на ребенка:

- Решение территориального подразделения об определении ребенка в социальные учреждения (Дом ребенка), изъятого официально уполномоченным органом из асоциальной, аморальной семьи в связи с угрозой жизни ребенка; у лиц, признанных судом недееспособными или ограниченно дееспособными; супругов, один из которых признан судом недееспособным или ограниченно дееспособным; лиц, лишенных по суду родительских прав или ограниченных судом в родительских правах; лиц, отстраненных от обязанностей опекуна (попечителя) за ненадлежащее выполнение обязанностей, возложенных на него законом;

- Направление/путевка соответствующего органа/организации здравоохранения об определении ребенка (Министерства здравоохранения, Департамента здравоохранения г. Бишкек, областных центров семейной медицины и центра медицины г. Ош, областных объединенных больниц, Ошской межобластной детской клинической больницы), выданного на основании решения территориального подразделения об определении в дом ребенка с обязательным указанием сроков размещения ребенка;

- Свидетельство о рождении из органов ЗАГС или актовая запись о рождении ребенка;

- Форма № 112/у «История развития ребенка»;
- Форма № 063/у «Карта профилактических прививок» ребенка;
- Документы, подтверждающие отсутствие родителей или невозможность воспитания ими своих детей (свидетельство о смерти, решение суда о лишении родительских прав или отобрании ребенка, приговор суда, согласие родителей на усыновление, справка об отъезде, болезни родителей, акт об оставленном (брошенном, подброшенном, изъятом) ребенке органов внутренних дел и др.).

8. Для формирования государственного банка данных о детях руководители организации здравоохранения, располагающие сведениями о детях, оставшихся без попечения родителей, обязаны сообщить об этом в территориальные подразделения, по месту фактического нахождения ребенка.

9. Руководители организаций здравоохранения, в которых находятся дети, оставшиеся без попечения родителей, обязаны в семидневный срок со дня, когда им стало известно, что ребенок может быть передан на воспитание в семью, сообщить об этом в территориальное подразделение по месту нахождения данного учреждения.

10. Территориальное подразделение в течение 10 календарных дней с момента получения сведений или обнаружения факта изъятия составляют индивидуальный план по защите ребенка включающий в том числе и форму устройства ребенка.

11. Территориальное подразделение в течение месяца со дня поступления вышеуказанных сведений обеспечивает устройство ребенка и при невозможности передать ребенка в семью направляет сведения о таком ребенке по истечении месячного срока в Уполномоченный орган (Министерство соцразвития). Сведения о найденном (подкинутом) ребенке, родители которого неизвестны, брошенном или оставленном матерью (отцом) в организациях здравоохранения, если таковые не устроены на воспитание в семью, передаются территориальным подразделением в Уполномоченный орган только по истечении шести месяцев со дня оформления об этом акта органа внутренних дел и заявления матери. Уполномоченный орган ведет государственный банк данных о детях, оставшихся без попечения родителей, а также оказывает содействие в последующем устройстве ребенка на воспитание в семью граждан Кыргызской Республики, постоянно проживающих на территории Кыргызской Республики, либо на усыновление родственникам детей независимо от гражданства и места жительства этих родственников.

12. В случае обнаружения найденного или подброшенного ребенка, если рождение его не было зарегистрировано ранее, факт его рождения устанавливается в судебном порядке (СК КР. Ст.51). По факту нахождения ребенка органами внутренних дел составляется протокол, с указанием времени, места и обстоятельств, при которых ребенок найден.

13. В организациях здравоохранения оставленным (брошенным, подкинутым) детям, у которых отсутствует медицинское свидетельство о рождении, по постановлению судебно-следственных органов определяется примерный возраст, устанавливается дата рождения, антропометрические данные и костный возраст с участием судмедэксперта, рентгенолога, лечащего врача, заведующего отделением и заместителем директора по лечебной работе.

14. Заключение об определении возраста ребенка **в трехдневный срок** передается через следственных органов в территориальное подразделение для присвоения ребенку фамилии, имени, отчества и оформления в органах ЗАГС в недельный срок актовой записи гражданского состояния о рождении с оформлением свидетельства о рождении ребенка. Свидетельство о рождении выдается органами ЗАГСа на основании решения суда, подтверждающего факт рождения ребенка.

15. Территориальное подразделение после получения сведений о наличии в организациях здравоохранения (родильном доме/отделении, детском отделении, доме ребенка) ребенка, оставшегося без попечения родителей, проводят работу по возвращению ребенка в биологическую семью или его семейного обустройства (под предварительную или постоянную опеку/в приемную семью/усыновление или удочерение) в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

16. Заключение о возврате ребенка в биологическую семью выдается территориальным подразделением на основании всестороннего обследования возможности воссоединения и его целесообразности, а также после социальной реабилитации семьи.

17. В случаях, когда нет возможности передать ребенка из организации здравоохранения (родильные отделения/дома, детские отделения) в биологическую семью или для семейного обустройства (под опеку/в приемную семью) оставленные (брошенные, подкинутые) дети по заключению территориального подразделения переводятся в дома ребенка на основании направления органов здравоохранения: г.Бишкек – из Чуйской, Иссык-Кульской, Нарынской и Таласской областей и г.Бишкек; г. Ош – из Ошской, Баткенской, Жалал-Абадской областей и г. Ош; г. Токмок - из всех регионов республики в соответствии с профилем специализированного дома ребенка г. Токмок.

18. Здоровые оставленные (брошенные, подкинутые) новорожденные (масса тела 2500,0 и более) из родовспомогательных домов/отделений переводятся в дома ребенка на 14 – 15 сутки после получения необходимых прививок и подготовки необходимых документов в сопровождении медицинского работника (врача или акушерки послеродового отделения или медицинской сестры) на специализированном автотранспорте.

19. Больные или родившиеся с некомпенсированными состояниями оставленные (брошенные, подкинутые) новорожденные переводятся на вторые этапы выхаживания организации здравоохранения по утвержденной схеме.

20. После окончания курса лечения в детском стационаре/отделении оставленные (брошенные, подкинутые) дети переводятся в дома ребенка по профилю в сопровождении врача детского стационара/отделения на специализированном автотранспорте.

Условия перевода:

- вопрос предстоящего перевода отказных/оставленных детей из родовспомогательных организаций необходимо заранее согласовывать с руководителями домов ребенка;
- осуществлять плановый перевод до 14:00 часов дня, при удовлетворительном состоянии оставленных (брошенных, подкинутых) детей, с соблюдением температурного режима и в сопровождении медицинского персонала на медицинском транспорте;
- перевод оставленных (брошенных, подкинутых) детей из родильных домов/отделений и домов ребенка в условия отделений реанимации и интенсивной терапии стационаров осуществляется реанимационной бригадой по согласованию с руководителем организаций здравоохранения, куда переводится ребенок (для подготовки реанимационного места), на специально оборудованном медицинском транспорте;
- при ухудшении состояния новорожденного/ребенка вследствие нарушений условий транспортировки врачом, принимающим ребенка, заполняется дефектная карта, которая направляется в организацию здравоохранения, направившую новорожденного и в территориальное управление Фонда обязательного медицинского страхования.

21. Из родовспомогательных домов/отделений, детских отделений в дома ребенка (гг. Бишкек, Ош, Токмок) переводятся оставленные (брошенные, подкинутые) новорожденные при наличии следующих документов:

- Решение суда о направлении в интернатное учреждение на постоянное пребывание или на срок более 6 месяцев детей-сирот, детей, у которых отсутствуют родители в связи

с лишением или ограничением их родительских прав, признанием родителей безвестно отсутствующими, недееспособными, отбыванием ими наказания в виде лишения свободы, детей, от которых отказались родители.

– При размещении детей сроком до 6 месяцев необходимо предоставить направление Министерства здравоохранения, выданное на основании решений территориального подразделения и независимой экспертной медицинской комиссии организации здравоохранения (ВКК, консилиум) по месту нахождения ребенка.

– Дети с патологией центральной нервной системы согласно утвержденного Перечня переводятся в специализированный дом ребенка г. Токмок по направлению Министерства здравоохранения, выданного на основании решений территориального подразделения и экспертной медицинской комиссии.

– Акт об оставлении ребенка родильницей в организации здравоохранения (родильном доме/отделении) и согласия на усыновление;

– Акт о подкинутом/ оставленном ребенке (Форма установленного образца Министерства внутренних дел) в 1-м экземпляре (оригинал);

– Свидетельство о рождении ребенка или справка из ЗАГСа о регистрации рождения;

– Результаты медицинского обследования ребенка (кровь на ВИЧ/СПИД, кровь на наличие маркеров гепатита В и С, кровь на RW, кал на яйца глист, кал на кишечную группу и др. по необходимости);

– Выписку из истории новорожденного, истории развития ребенка или медицинской карты стационарного больного, с указанием сведений об отсутствии инфекционных заболеваний у ребенка, с подписью руководителя и гербовой печатью ОЗ;

– Социальный паспорт на ребенка с указанием ФИО матери, отца, братьев и сестер, других родственников, имущества ребенка.

22. Руководители организаций здравоохранения (родильные дома/отделения, детские отделения, дом ребенка) обеспечивают амбулаторное обследование усыновляемых детей, включающее все виды исследований, необходимых для определения степени функциональных расстройств (в т.ч. оперативного лечения), уточнения диагноза основного или сопутствующего заболевания, направляя их на освидетельствование (переосвидетельствование) в комиссии при Ошской межобластной детской клинической больнице и Национального центра охраны материнства и детства не менее 1 раз в год, при необходимости проводить повторное освидетельствование по запросу.

23. Организации здравоохранения по письменному запросу территориального подразделения предоставляют последним информацию о состоянии здоровья и другие сведения о детях, находящихся в них и подлежащих семейному обустройству (опеке, усыновлению (удочерению)).

24. В случае, если ребенка, направленного в дом ребенка на 6-месячное пребывание, не удалось вернуть биологическим родителям либо устроить в приемную семью за этот срок, т.е. при наличии исключительных обстоятельств указанный срок может быть продлен территориальным подразделением на 2 месяца. Дальнейшее местопребывание этого ребенка решается в судебном порядке. По достижению ребенком предельного возраста (3 года 11 месяцев 29 дней) руководители домов ребенка осуществляют перевод детей в специализированные учреждения сроком до 6 мес. - по направлению Министерства социального развития или в учреждения образования - по направлению Министерства образования и науки, сроком более 6 мес. – по решению суда.

При переводе предоставляется следующий пакет документов:

– Свидетельство о рождении из органов ЗАГС (оригинал);

– Письменное заявление о согласии на усыновление/удочерение или акт о подкинутом/ оставленном ребенке (Форма установленного образца Министерства внутренних дел) в 1-м

экземпляре (оригинал);

- Заключение Медико-социальной экспертной комиссии об установлении инвалидности и решение о местопребывании ребенка (при переводе в учреждения социальной защиты);
- Заключение Психолого-медико-педагогической консультации с рекомендацией о месте пребывания ребенка (при переводе в учреждения системы образования);
- Заключение территориального подразделения о целесообразности помещения ребенка в интернатное учреждение;
- Форма № 078/у «Медицинское заключение на ребенка, передаваемого на воспитание в семью, по результатам независимого медицинского освидетельствования»;
- Форма № 112/у «История развития ребенка»;
- Переводной эпикриз из дома ребенка, содержащий полную информацию, закрепленный подписью руководителя и гербовой печатью организации здравоохранения (включающий данные последнего медицинского обследования);
- Форма № 063/у «Карта профилактических прививок» ребенка;
- Социальная информация о ребенке (сведения о наличии сестер, братьев, жилья, закрепленного за ребенком);
- Документы, подтверждающие отсутствие родителей или невозможность воспитания ими своих детей (свидетельство о смерти, решение суда о лишении родительских прав или отобрании ребенка, приговор суда, согласие родителей на усыновление, справка об отъезде, болезни родителей, акт об оставленном (брошенном, подброшенном) ребенке органов внутренних дел и др.).

25. Передача ребенка родителям осуществляется в присутствии специалиста территориального подразделения уполномоченного органа по защите детей с заполнением акта передачи ребенка родителям. Руководители домов ребенка предоставляют необходимый пакет документов родителям:

- Свидетельство о рождении из органов ЗАГС (оригинал).
- Форма № 063/у «Карта профилактических прививок» ребенка.
- Форма № 112/у «История развития ребенка».

– Выписной эпикриз из дома ребенка, содержащий информацию о состоянии ребенка, закрепленный подписью руководителя и гербовой печатью организации здравоохранения (включающий данные, последнего медицинского обследования).

26. Руководители организаций здравоохранения (родильный дом/отделение, детское отделение, дом ребенка) по итогам отчетного месяца подают списки оставленных (брошенных, подброшенных) детей, закрепленные подписью руководителя и гербовой печатью организации здравоохранения в территориальное подразделение по месту нахождения организации здравоохранения (см. приложение 3).

27. Руководители организаций здравоохранения (родильный дом/отделение, дом ребенка) по итогам отчетного месяца информируют Министерство здравоохранения, Департамент здравоохранения г. Бишкек, областных координаторов здравоохранения и координатора здравоохранения г. Ош обо всех случаях семейного обустройства детей, оставшихся без попечения родителей, путем подачи списков опекаемых/усыновленных детей, в том числе и иностранными гражданами, закрепленных подписью руководителя и гербовой печатью организации здравоохранения.

**Срок: ежеквартально
(до 5 числа следующего за отчетным месяцем).**

ИНСТРУКЦИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРЕДАЧИ ПОД ОПЕКУ И НА УСЫНОВЛЕНИЕ (УДОЧЕРЕНИЕ) ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, ИЗ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

I. Общие положения.

1. Настоящая Инструкция определяет порядок передачи детей, оставшихся без попечения родителей, являющихся гражданами Кыргызской Республики, под опеку/попечение и на усыновление (удочерение) (далее - усыновление) гражданам Кыргызской Республики, постоянно проживающим на территории Кыргызской Республики, гражданам Кыргызской Республики, постоянно проживающим за пределами территории Кыргызской Республики, а также иностранным гражданам.

2. Дети, оставшиеся без попечения родителей, содержащиеся в организациях здравоохранения, могут быть переданы под опеку и на усыновление в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

3. Категорически запрещается в организациях здравоохранения, в которых находятся дети, оставшиеся без попечения родителей:

– **передача детей на усыновление (местное и международное) в организациях здравоохранения за исключением домов ребенка;**

– сообщение сведений о наличии в них детей, подлежащих усыновлению, и данных о них отдельным гражданам, учреждениям, общественным организациям, иностранным организациям, равно как и разрешение знакомства с детьми, их фото и видеосъемка, кроме Уполномоченного органа по защите детей;

– знакомство граждан Кыргызской Республики и иностранных граждан с детьми в целях установления опеки, их усыновления лиц, желающих усыновить или установить опеку над ребенком без письменного разрешения территориального подразделения (направление на посещение ребенка) по месту нахождения ребенка;

– посредническая деятельность по опеке, усыновлению, любая деятельность других лиц и общественных организаций в целях подбора и передачи детей под опеку, на усыновление от имени и в интересах лиц, желающих взять под опеку, усыновить детей, в том числе передача сведений о ребенке;

Организации здравоохранения выдают медицинское заключение о состоянии здоровья (действителен в течение одного месяца) лица, желающего быть опекуном, и членов его семьи об отсутствии заболеваний, согласно Перечню, при наличии которых лицо не может быть признано приемным родителем, опекуном или попечителем (Форма № 079/у).

4. На каждого ребенка, передаваемого под опеку и на усыновление из организации здравоохранения, составляется медицинское заключение экспертной комиссии по результатам освидетельствования состояния его здоровья, физического и умственного развития на основании данных осмотров узких специалистов (педиатр, невропатолог, хирург (ортопеда-травматолога), офтальмолог, отоларинголог и других специалистов по необходимости), а для детей с трех лет и старше – логопеда, детского психиатра, учителя-дефектолога.

5. Руководители организаций здравоохранения по письменному запросу территориальных подразделений предоставляют необходимый пакет документов на ребенка:

- Копию свидетельства о рождении из органов ЗАГС.
 - Копию заявления о согласии на усыновление (удочерение) или акт о подкинутом/ оставленном ребенке (Форма установленного образца МВД) в 1-м экземпляре.
 - Форма № 078/у «Медицинское заключение на ребенка, передаваемого на воспитание в приемную семью, под опеку и усыновление по результатам независимого медицинского освидетельствования»;
 - Форма № 063/у «Карта профилактических прививок» ребенка.
 - Выписной эпикриз, содержащий информацию о жизни, состоянии здоровья ребенка и проведенных профилактических прививках, закрепленный подписью руководителя и гербовой печатью ЛПО и/или Форму № 112/у «История развития ребенка».
6. Руководители организаций здравоохранения, в которых находятся дети, оставшиеся без попечения родителей, проводят необходимую работу по формированию и использованию государственным банком данных о детях, оставшихся без попечения родителей:
- 7.1. сообщают сведения о детях, оставшихся без попечения родителей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации в территориальные подразделения по месту фактического нахождения ребенка;
- 7.2. в семидневный срок со дня, когда им стало известно, что ребенок может быть передан на воспитание в семью, сообщить об этом в территориальные подразделения по месту нахождения данной ОЗ;
- 7.3. Территориальные подразделения в 3 месяца со дня поступления сведений обеспечивает устройство ребенка и при невозможности передать ребенка под опеку, в приемную семью, на усыновление гражданам Кыргызской Республики, по истечении указанного срока территориальные подразделения направляет сведения о таком ребенке в государственный банк данных о детях, оставшихся без попечения родителей в соответствии законодательствам КР;
- 7.4. передают в территориальные подразделения сведения о найденном (подкинутом) ребенке, родители которого неизвестны, брошенном матерью (отцом) в организации здравоохранении, оставленном матерью в родильном доме (отделении);
- 7.5. обеспечивают заполнение в ОЗ документированной информации о детях, оставшихся без попечения родителей - анкета ребенка, оставшегося без попечения родителей (далее анкета ребенка). В анкету ребенка (приложение 3) включается следующая информация:
- фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, гражданство, место жительства или место нахождения ребенка, оставшегося без попечения родителей;
 - приметы ребенка, оставшегося без попечения родителей (рост, вес, цвет глаз, волос и другие приметы);
 - состояние здоровья ребенка, оставшегося без попечения родителей, его физическое и умственное развитие;
 - особенности характера ребенка, оставшегося без попечения родителей (общительный, замкнутый и другие особенности);
 - этническое происхождение ребенка, оставшегося без попечения родителей;
 - причины отсутствия родительского попечения над ребенком;
 - фамилии, имена, отчества, даты рождения, гражданство, принадлежность к определенной религии и культуре (при возможности указания такой информации), состояние здоровья (при наличии документального подтверждения такой информации), место жительства и (или) место пребывания родителей либо единственного родителя ребенка, оставшегося без попечения родителей или его опекуна попечителя);
 - фамилии, имена, отчества, пол, даты рождения, состояние здоровья (при наличии документального подтверждения такой информации), место жительства и (или) место

нахождения несовершеннолетних братьев и сестер ребенка, оставшегося без попечения родителей;

– фамилии, имена, отчества, даты рождения, место жительства и (или) место пребывания других известных территориальному подразделению совершеннолетних родственников ребенка, оставшегося без попечения родителей, реквизиты документов, подтверждающих отказ указанных родственников принять такого ребенка на воспитание в свои семьи;

– возможные формы устройства ребенка, оставшегося без попечения родителей, на воспитание в семью заполняется территориальным подразделением;

– информация о прекращении (с указанием причин) учета сведений о ребенке, оставшемся без попечения родителей, в государственном банке данных о детях.

К анкете ребенка прилагается фотография ребенка, оставшегося без попечения родителей.

7.6. Обеспечивают конфиденциальность информации о детях, оставшихся без попечения родителей, и гражданах, желающих принять детей на воспитание в свои семьи и порядок доступа к ней.

– анкета ребенка и анкета гражданина относятся к документам конфиденциальной информации;

– для получения конфиденциальной информации о детях, оставшихся без попечения родителей, из Государственного банка данных о детях гражданином, желающим принять ребенка на воспитание в свою семью, на усыновление подается письменное заявление в территориальное подразделение с просьбой ознакомить его с соответствующей информацией и соблюдение им порядка доступа к конфиденциальной информации;

– На основании разрешительных документов территориального подразделения допускается разрешения на свидание с ребенком, лишенным либо ограниченным в родительских правах, если это не оказывает на ребенка негативного влияния;

при выборе ребенка, оставшегося без попечения родителей, гражданину, желающему принять ребенка на воспитание в свою семью, под опеку или на усыновление выдается направление территориальным подразделением в учреждение, в котором находится ребенок, о выданном направлении в анкету ребенка и анкету гражданина вносятся соответствующие отметки (по истечении 30 дней с даты выдачи направления, направление недействительно).

II. Усыновление гражданами Кыргызской Республики, постоянно проживающим на территории Кыргызской Республики, детей, являющихся гражданами Кыргызской Республики

1. Граждане Кыргызской Республики, желающие усыновить ребенка, подают заявление в территориальное подразделение по месту своего жительства или по месту нахождения ребенка.

2. Территориальное подразделение по месту жительства или по месту нахождения ребенка осуществляет подбор семьи для ребенка, дает разъяснения гражданам Кыргызской Республики по вопросам, связанным с усыновлением.

3. После постановки на учет граждан в качестве кандидатов в усыновители территориальное подразделение представляет информацию о ребенке (детях), который может быть передан на опеку, в приемную семью или усыновлению, и выдает официальное направление для посещения ребенка (детей) по месту жительства (нахождения) ребенка (детей).

4. Передача на опекунство детей, граждан Кыргызской Республики, гражданами Кыргызской Республики проводится на основании решения суда по месту нахождения опекаемого ребенка в любое время со дня поступления сведений о таких детях в государственный банк данных о детях, оставшихся без попечения родителей.

Допускается установление предварительной опеки сроком до 6 месяцев до определения постоянного жизнеустройства ребенка на основании акта территориального подразделения о временном назначении опекуна, в случаях отказа от ребенка, лишения родительских прав, отобрания ребенка у родителей или лиц, их заменяющих, передачи ребенка в приемную семью.

5. Усыновление детей, граждан Кыргызской Республики, гражданами Кыргызской Республики решается в судебном порядке судом по месту нахождения усыновляемого ребенка.

6. Руководители организаций здравоохранений по письменному запросу территориального подразделения направляют документы ребенка в соответствующую инстанцию.

7. Руководители организаций здравоохранения по письменному направлению территориального подразделения, а также в присутствии их и социального педагога, по предъявлению паспорта опекунов/усыновителей проводит знакомство семьи опекунов/усыновителей с ребенком.

8. Опекуны или усыновители граждане Кыргызской Республики имеют право лично забрать ребенка из места его жительства или места нахождения по предъявлению паспорта и решения суда об установлении опеки или усыновления, с заполнением акта передачи ребенка опекунам/родителям.

9. Руководители организаций здравоохранений обеспечивают амбулаторное обследование усыновляемых детей в экспертных медицинских комиссиях при Консультативном отделении Национального центра охраны материнства и детства и Ошской межобластной детской клинической больнице по медицинскому освидетельствованию состояния здоровья ребенка, передаваемого на воспитание в семью, под опеку/попечительство, усыновление. Руководители Национального центра охраны материнства и детства и Ошской межобластной детской клинической больницы обеспечивают организацию амбулаторного обследования усыновляемых детей, включающее все виды исследований, необходимых для определения степени функциональных расстройств, в том числе для оперативного лечения, уточнения диагноза основного или сопутствующего заболевания при направлении их на освидетельствование (переосвидетельствование) в экспертные медицинские комиссии по медицинскому освидетельствованию состояния здоровья ребенка, передаваемого на воспитание в семью, под опеку/попечительство, усыновление.

10. Кандидаты в усыновители имеют право обратиться в медицинскую организацию для проведения независимого медицинского освидетельствования усыновляемого ребенка, в котором находится ребенок.

11. За получением сведений о ребенке, подлежащем усыновлению, кандидаты в усыновители обращаются в территориальном подразделении по месту постоянного жительства (нахождения) усыновляемого ребенка.

12. Территориальное подразделение по месту постоянного жительства (нахождения) усыновляемого ребенка готовит заключение об обоснованности устройства ребенка в приемную семью под опеку, усыновление и в соответствии интересам усыновляемого ребенка с указанием сведений о факте личного общения усыновителей (усыновителя) с усыновляемым ребенком.

13. При устройстве ребенка в приемную семью под опеку, усыновлении ребенка, находящегося на воспитании в организации здравоохранения (родильные дома/отделений, детские отделения, дома ребенка), требуется письменное согласие руководителя ОЗ, где находится ребенок.

14. Усыновители/опекуны обязаны лично забрать ребенка из места жительства (нахождения) в присутствии представителей территориальных подразделений на

основании только решения суда с предъявлением паспорта или иного документа, удостоверяющего личность усыновителя.

III. Усыновление иностранными гражданами детей, являющихся гражданами Кыргызской Республики.

1. Усыновление (удочерение) детей Кыргызской Республики иностранными гражданами и лицами без гражданства осуществляется на основе международного договора, участницей которого является Кыргызская Республика.

2. Уполномоченный орган по защите детей осуществляет подбор семьи для ребенка, оставшегося без попечения родителей, и дает разъяснения гражданам Кыргызской Республики, постоянно проживающим за пределами Кыргызской Республики, иностранным гражданам или лицам без гражданства Кыргызской Республики по вопросам, связанным с усыновлением.

3. Усыновление детей, граждан Кыргызской Республики, гражданами Кыргызской Республики, постоянно проживающими за пределами Кыргызской Республики, иностранными гражданами и лицами без гражданства допускается:

- по истечении трех месяцев со дня поступления сведений о таких детях в государственный банк данных о детях, оставшихся без попечения родителей;

- только в тех случаях, если не предоставляется возможным передать этих детей на воспитание в семьи граждан Кыргызской Республики, постоянно проживающим на территории Кыргызской Республики либо на усыновление родственникам детей независимо от гражданства и места жительства этих родственников;

- допускается усыновление как здоровых, так и детей с ограниченными возможностями здоровья или тяжелыми заболеваниями.

4. Руководители организаций здравоохранения по письменному запросу уполномоченного органа защите детей направляют документы ребенка в соответствующую инстанцию.

5. Руководители организаций здравоохранения по письменному направлению уполномоченного органа по защите детей или территориальных подразделений, а также в присутствии специалиста территориальных подразделений и социального психолога Дома ребенка, по предъявлению паспорта опекунов/усыновителей проводит знакомство семьи опекунов/усыновителей с ребенком.

6. Кандидаты в усыновители (если это полная семья, то оба супруга) после знакомства посещают ребенка не менее десяти раз;

7. Кандидаты в усыновители обязаны ознакомиться с документами усыновляемого ребенка и подтвердить в письменной форме факт ознакомления с медицинским заключением о состоянии здоровья ребенка. Усыновители имеют право делать выписки из этих документов и фотокопии отдельных страниц, которые позволят составить полное представление о состоянии физического и психического здоровья ребенка, его родственных связях и причинах, по которым он остался без попечения родителей. Усыновители имеют право получить подробную информацию о ребенке, обратиться в медицинское учреждение для проведения независимого медицинского освидетельствования усыновляемого ребенка на территории Кыргызской Республики с участием представителя учреждения, в котором находится ребенок.

8. Для передачи на опекуна и усыновления детей, оставшихся без попечения родителей и находящихся в организациях здравоохранения, необходимо согласие в письменной форме руководителей данных организаций.

9. Усыновление детей, граждан Кыргызской Республики, гражданами Кыргызской Республики, постоянно проживающими за пределами Кыргызской Республики, иностранными гражданами и лицами без гражданства проводится судом по месту жительства либо месту нахождения усыновляемого ребенка при условии получения в

каждом отдельном случае заключения Уполномоченного государственного органа о возможности усыновления.

10. Заявление об усыновлении рассматривается в закрытом судебном заседании с обязательным участием, помимо усыновителей (усыновителя), представителя уполномоченного органа, прокурора, ребенка, достигшего возраста десяти лет, а в необходимых случаях родителей, других заинтересованных лиц; рассмотрение заявления по доверенности не допускается.

11. При наличии исключительных обстоятельств, вследствие которых замедление в исполнении решения об усыновлении может привести к невозможности самого исполнения, суд вправе по просьбе усыновителей (усыновителя) обратиться к немедленному исполнению, когда требуется срочная госпитализация усыновленного для проведения курса лечения и (или) оперативного вмешательства и промедление ставит под угрозу жизнь и здоровье ребенка.

12. Копия решения суда об усыновлении ребенка направляется судом в течение трех дней со дня вступления решения суда в законную силу, в орган записи актов гражданского состояния по месту принятия решения суда для государственной регистрации усыновления ребенка.

13. Усыновители обязаны лично забрать ребенка из места жительства (нахождения) в присутствии представителя территориальных подразделений по предъявлению паспорта, решения суда и с оформлением акта передачи ребенка на усыновление. Не допускается передача усыновленного ребенка по доверенности.

Приложение 3
к приказу № 307
от _31.05._ 2013 г.

**Анкета
ребенка, оставшегося без попечения родителей**

Место
для
фотографии

ФИО ребенка

Дата и место его рождения

Место жительства или место нахождения

Этническое происхождение ребенка

Особенности характера (общительный, замкнутый и другие особенности)

Состояние здоровья ребенка, его физическое и умственное развитие

Причины отсутствия родительского попечения над ребенком

Ф.И.О., пол, дата рождения, состояние здоровья (при наличии документального подтверждения такой информации), место жительства и (или) место нахождения несовершеннолетних братьев и сестер ребенка

Сведения о родителях ребенка, опекунах и совершеннолетних родственниках

№	Ф.И.О. пол	Степень родства, гражданство	Год и место рождения	Место жительства или место нахождения	Принадлежность к определенной религии и культуре (при возможности указания такой информации), состояние здоровья (при наличии документального подтверждения такой информации)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Возможные формы устройства ребенка, на воспитание в семью

Информация о мерах, предпринятых отделом по поддержке семьи и детей либо Уполномоченным органом по устройству и оказанию содействия в устройстве ребенка, на воспитание в семью граждан Кыргызской Республики, постоянно проживающих на территории Кыргызской Республики

Информация о прекращении (с указанием причин) учета сведений о ребенке, в государственном банке данных о детях

« _____ » _____ 2 _____ г.

(подпись, ф.и.о., должность сотрудника и наименование органа принявшего документы).

Приложение 4
к приказу № 307
от 31.05. 2013 г.

**Заявление об оставлении ребенка матерью
в организации здравоохранения (ОЗ)¹**

О себе сообщаю следующее - я, _____

(полные данные ФИО)

Дата рождения « ____ » _____ г. Профессия _____

Место рождения _____

Паспорт серия _____ № _____ выдан « ____ » _____ г.

Прописана по адресу /когда, где/ _____

Временное место жительства _____

Образование – без образования, неоконченное среднее, среднее, среднее специальное, неоконченное высшее, высшее (нужное подчеркнуть). Семейное положение – не замужем/ замужем, разведена, вдова (нужное подчеркнуть).

Я родила " ____ " _____ года в _____

(название ЛПО)

новорожденного ребенка мужского/женского пола (нужное подчеркнуть), рост _____ см., масса тела _____ гр., окружность головы _____ см., окружность груди _____ см.

Я оставляю своего ребенка в ОЗ на государственное попечение по следующей причине (нужное подчеркнуть): 1 – не имею постоянного источника заработной платы и работы, 3 – не имею постоянного жилья, 4 – не замужем/ разведена /вдова, 5 – нежеланная беременность и роды, 6 – по другим причинам _____

(указать причину)

Данные о себе: национальность _____, рост _____ см., цвет волос _____, цвет глаз _____. На учете в кожно-венерологическом, психоневрологическом, наркологическом диспансерах **состою/не состою** (нужное подчеркнуть).

Данные об отце ребенка: дата рождения « ____ » _____ г.

национальность _____, рост _____ см., цвет волос _____, цвет глаз _____, место работы _____,

на учете в кожно-венерологическом, психоневрологическом, наркологическом диспансерах **состоит/не состоит** (нужное подчеркнуть).

ФИО _____

(полные данные ФИО)

Заявление мною написано добровольно. Подпись матери _____

Подпись гражданки _____ (полные данные ФИО)

по факту оставления ребенка заверяем:

Лечащий врач _____ (ФИО вписать полные данные)

Руководитель ОЗ _____ (ФИО вписать полные данные)

МП. _____ Дата " ____ " _____ г.

¹ Заполнять четко и разборчиво, без исправлений.

Приложение 5
к приказу № 307
от 31.05.2013 г.

_____ (название ОЗ)
«УТВЕРЖДАЮ»
Руководитель _____ (ФИО руководителя ОЗ)
МП.

Список детей, оставшихся без попечения родителей, в _____ за _____ месяц _____ г.

(отдел подержки семьи и детей официально – уполномоченного органа на местном уровне)

№ п/п	ФИО ребенка	Число, месяц, год рождения	Пол	Сведения о свидетельстве о рождении – №, дата выдачи, кем выдано	Дата поступления в дом ребенка	Причина подания в дом ребенка	Название лечебно-профилактической организации откуда ребенок переведен	Диагноз полный клинический	Дата убытия из дома ребенка, куда убыл
1	2	3	7	8	4	5	6	7	8

Приложение 6
к приказу № 307
от 31.05.2013 г.

(название ОЗ)

«УТВЕРЖДАЮ»

Руководитель

(ФИО руководителя ОЗ)

МП.

Список детей, оставшихся без попечения родителей, усыновленных иностранными усыновителями

в _____ за _____ месяц _____ г.

(отдел поддержки семьи и детей официально – уполномоченного органа на местном уровне)

№ п/п	ФИО ребенка	Число, месяц, год рождения	Пол	Сведения о свидетельстве о рождении – №, дата выдачи, кем выдано	Дата поступления в дом ребенка	Причина попадания в дом ребенка	Диагноз при медицинском освидетельствовании	Название судебного органа, № судебного Решения / дата принятия	Название Международного агентства	Дата убытия из дома ребенка, куда выбыл		
1		2			3	4	5	6	7	8	9	10

Приложение 7
к приказу №307
от 31.05. 2013 г.

**ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ЭКСПЕРТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОМИССИИ
ПО МЕДИЦИНСКОМУ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЮ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ
РЕБЕНКА, ПЕРЕДАВАЕМОГО НА ВОСПИТАНИЕ
В СЕМЬЮ, ПОД ОПЕКУ/ПОПЕЧИТЕЛЬСТВО**

Настоящее Положение регламентирует деятельность экспертных медицинских комиссий организаций здравоохранения Кыргызской Республики по вопросам медицинского освидетельствования детей, оставшихся без попечения родителей, передаваемых на воспитание в семьи кыргызских и иностранных граждан (на усыновление, под опеку, попечительство и др.).

Экспертные медицинские комиссии по медицинскому освидетельствованию состояния здоровья ребенка, передаваемого на воспитание в семью, под опеку/попечительство создаются при Консультативном отделении Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид) и Ошской межобластной детской клинической больнице.

Персональный состав и порядок работы комиссии утверждается приказами НЦОМид и Ошской межобластной детской клинической больницы с информированием заинтересованных организаций.

Комиссия осуществляет:

- организацию медицинского освидетельствования детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся в домах ребенка, приютах и других детских учреждениях, независимо от ведомственной принадлежности;
 - подготовку и выдачу медицинского заключения на ребенка, передаваемого на воспитание в семью, на основании данных из учетных форм № 112/у «История развития ребенка», № 025-1/у "Вкладной лист на подростка к медицинской карте", № 063/у "Карта профилактических прививок", № 078/у «Медицинское заключение на ребенка, передаваемого на воспитание в семью, по результатам независимого медицинского освидетельствования»;
 - оформление медицинских документов до подбора кандидатов в усыновители, опекуны, попечители;
- направление медицинских документов детей в случае необходимости их дополнительного медицинского обследования в официально – уполномоченный орган при Правительстве Кыргызской Республики для решения вопроса дальнейшего обследования и лечения.

**Перечень специалистов по проведению
медицинского освидетельствования усыновляемого ребенка²**

Специалист	Дата осмотра	Заключение	Подписи врача и руководителя организации, гербовая печать
Педиатр			
Невролог			
Офтальмолог			
Кардиолог			
Отоларинголог/сурдолог			
Дерматовенеролог			
Челюстно-лицевой хирург			
Хирург-ортопед			

² При необходимости в состав комиссии дополнительно могут быть вовлечены медицинские специалисты других специальностей.

Приложение 8
к приказу №307
от 31.05. 2013 г.

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
Кыргызской Республики

Медицинская документация
Форма N 078/у

(Наименование организации)

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ НА РЕБЕНКА,
ПЕРЕДАВАЕМОГО НА ВОСПИТАНИЕ В СЕМЬЮ, ПОД ОПЕКУ/ПОПЕЧИТЕЛЬСТВО
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НЕЗАВИСИМОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ**

Ф.И.О. ребенка _____
Дата рождения _____
Наименование и адрес детского учреждения/организации, где находился ребенок _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основной диагноз _____

Сопутствующие заболевания _____

Рекомендации по дальнейшему наблюдению за ребенком _____

Освидетельствование проведено врачебной комиссией в составе:
Председатель (руководитель организации) _____
члены комиссии _____

от " ___ " _____ 20__ год

место печати

Приложение 9
к приказу №307
от 31.05. 2013 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

О медицинском освидетельствовании гражданина (-ки), желающего (-ей) стать усыновителем, опекуном (попечителем) или приемным родителем

Настоящее Положение регламентирует деятельность государственных организаций системы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, осуществляющих освидетельствование кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители.

К государственным организациям здравоохранения относятся Национальные центры, организации здравоохранения республиканского значения, областные объединенные больницы, Центры семейной медицины городов, районов и областей, специализированные диспансеры (отделения) системы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Освидетельствование, при необходимости дополнительное обследование, осуществляется в центре семейной медицины по месту жительства кандидата.

Медицинское заключение подготавливается на основании осмотра, данных лабораторных исследований, а также данных из медицинской карты амбулаторного больного (форма № 025/у).

Заключение специалиста, осуществляющего освидетельствование гражданина (-ки), подтверждается подписью руководителя и гербовой печатью организации здравоохранения.

В медицинскую карту амбулаторного больного (форма № 025/у) вносится запись о том, что гражданин (-ка) прошел (а) освидетельствование, без указания его цели.

Бланк "Медицинского заключения" выдается каждому кандидату на руки в территориальные подразделения при обращении гражданина (гражданки) с просьбой об усыновлении ребенка, о взятии под опеку (попечительство) или в семью на воспитание. После заполнения и оформления в установленном порядке в организации здравоохранения "Медицинское заключение" возвращается в официально уполномоченный орган при Правительстве Кыргызской республики.

Результаты медицинского освидетельствования действительны в течение одного месяца.

Приложение 10
к приказу №307
от _31.05._ 2013 г.

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
Кыргызской Республики

Медицинская документация
Форма N 079/у

(Наименование организации)

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ
ГРАЖДАНИНА (ГРАЖДАНКИ), ЖЕЛАЮЩЕГО (ЕЙ) УСЫНОВИТЬ, ПРИНЯТЬ
ПОДОПЕКУ (ПОПЕЧИТЕЛЬСТВО) РЕБЕНКА ИЛИ СТАТЬ ПРИЕМНЫМ РОДИТЕЛЕМ³**

Ф.И.О. кандидата _____

Дата рождения _____

Домашний адрес _____

Специалист	Дата осмотра	Заключение	Подписи врача и руководителя организации, гербовая печать
Терапевт/кардиолог			
Невропатолог			
Фтизиатр			
Инфекционист			
Онколог			
Дерматовенеролог			
Психиатр			
Нарколог			

³ При необходимости в состав комиссии дополнительно могут быть вовлечены медицинские специалисты других специальностей.

Приложение 11
к приказу №307
от 31.05. 2013 г.

**ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОСТОЯНИЙ,
ПРИ НАЛИЧИИ, КОТОРЫХ ЛИЦО НЕ МОЖЕТ УСЫНОВИТЬ
РЕБЕНКА, ПРИНЯТЬ ЕГО ПОД ОПЕКУ (ПОПЕЧИТЕЛЬСТВО),
ВЗЯТЬ В ПРИЕМНУЮ СЕМЬЮ**

Лицо не может принять под опеку (попечительство), взять в приемную семью, усыновить (удочерить) ребенка в случае наличия у него следующего заболевания:

- туберкулез (активный и хронический) всех форм локализации у больных I, II группы диспансерного учета;
- злокачественные онкологические заболевания всех локализаций;
- наркомания, токсикомания, алкоголизм;
- психические заболевания, при которых больные признаны в установленном порядке недееспособными или ограниченно дееспособными;
- хронические, длительно текущие заболевания внутренних органов, нервной системы, опорно-двигательного аппарата в стадии неполной ремиссии и декомпенсации;
- инфекционные заболевания: хронический вирусный гепатит "В" в сочетании с формой "Д" и хронический вирусный гепатит "С" до полного излечения;
- все острые и хронические инфекционные заболевания до снятия с диспансерного учета;
- ВИЧ-инфекция, СПИД;
- все заболевания и травмы, не вошедшие в настоящий перечень и приведшие к инвалидности I и II группы, исключающие трудоспособность.

**Перечень заболеваний,
при которых дети, оставшиеся без попечения родителей,
могут быть направлены в Республиканский дом ребенка г. Токмок для
детей с поражением ЦНС и с нарушением психики (МКБ-10).**

1. Перинатальная энцефалопатия различного генеза.
2. Врожденные пороки развития нервной системы:
 - Микроцефалия
 - Гидроцефалия
 - Другие врожденные пороки развития головного мозга
 - Spina bifida
 - Другие врожденные пороки развития спинного мозга
3. Хромосомные аномалии:
 - Синдром Дауна
 - Синдром Эдвардса
 - Синдром Патау
 - Синдром Тернера
 - Другие хромосомные аномалии
4. Детский церебральный паралич.
5. Последствия воспалительных болезней ЦНС.
6. Последствия полиомиелита.
7. Последствия травмы головного мозга.
8. Эпилепсия.
9. Умственная отсталость различной степени тяжести.
10. Артрогриппоз.
11. Хондродистрофия.
12. Миопатия.
13. Нарушения психологического развития:
 - Специфические расстройства развития речи и языка
 - Специфические расстройства развития моторной функции
 - Смешанные специфические расстройства развития
 - Детский аутизм.
14. Гиперкинетические расстройства.
15. Органическое поражение ЦНС.

Приложение 13
к приказу №307
от 31.05. 2013 г.

**ДОПОЛНЕНИЕ К "ПЕРЕЧНЮ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ОРГАНИЗАЦИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"**

NN п/п	Наименование документа	Номер	Формат формы	Вид документа	Срок действия	Срок хранения
	Медицинское заключение на ребенка, передаваемого на воспитание в семью, по результатам независимого медицинского освидетельствования	№ 078/у	А-4	Бланк	6 месяцев со дня выдачи	75 лет
	Медицинское заключение по результатам освидетельствования гражданина (-ки), желающего (ей) усыновить, принять под опеку (попечительство) ребенка или стать приемным родителем	№ 079/у	А-4	Бланк	6 месяцев со дня выдачи	75 лет

