

Кыргызстандын
саламаттык сактоосу
илимий практикалык журналы

Здравоохранение
Кыргызстана
Научно-практический журнал

Health care of
Kyrgyzstan
Research and practice journal

№1
2017

1938 жылы негизделген
Основан в 1938 году

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

Каттоо маалыматтары / Регистрационные данные / Registration data

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

Редакциялык жамааты / Редакционная коллегия / Editorial Board

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

Редакциялык кеңеши / Редакционный совет / Editorial Council

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

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

САЛАМАТТЫК САКТОО МЕКЕМЕЛЕРИНИН КЫЗМАТКЕРЛЕРИ ЖАНА КЫРГЫЗ МАМЛЕ-
КЕТИНИН КАЛКЫНЫН АРАСЫНДАГЫ ӨПКӨДӨН ТЫШКАРЫ КУРГАК УЧУК ООРУСУ-
НУН КЫРДААЛЫ

Абдылаева Г.М., Кожомкулов Д., Кожомкулов М.Д.

Улуттук фтизиатрия борбору, Бишкек ш.

Корутунду. Бул статьяда саламаттык сактоо уюмдарындагы кызматкерлердин жана Кыргыз Республикасынын калкынын арасындагы өпкөдөн тышкары кургак учук формасынын клиникалык – эпидемиологиялык көрүнүштөрү берилди. Биринчи жолу табылган өпкөдөн тышкары кургак учук формасы саламаттык сактоо мекемелеринин кызматкерлери жана калктын бойго жеткен бөлүгүн клиникалык формаларын салыштырганда кургак учук плеврити үстөмдүк кылат, 62,37 % жана 44,62 % ди түздү.

Негизги сөздөр: өпкөдөн тышкары кургак учугу, саламаттык сактоо кызматкерлери.

СИТУАЦИЯ ПО ВНЕЛЕГОЧНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ СРЕДИ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ И НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Абдылаева Г.М., Кожомкулов Д., Кожомкулов М.Д.

Национальный центр фтизиатрии, г. Бишкек

Резюме. В статье представлены клинико-эпидемиологические проявления внелегочных форм туберкулеза среди работников медицинских организаций и населения Кыргызской Республики. При сравнении структур клинических форм впервые выявленного внелегочного туберкулеза среди работников медицинских учреждений и взрослого населения преобладает туберкулезный плеврит и составляет 62,37 % и 44,62 % и соответственно.

Ключевые слова: внелегочный туберкулез, эпидемиология, работники медицинских организаций.

SITUATION IN EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS AMONG WORKERS MEDICAL
ORGANIZATIONS AND POPULATION OF THE KYRGYZ REPUBLIC

Abdylaeva G.M., Kojomkulov D., Kojomkulov M.D.

National Phthisiology Center, Bishkek

Summary. The article presents the clinical and epidemiologic manifestations of extrapulmonary tuberculosis among the population and employees of medical institutions of the Kyrgyz Republic. When comparing the structures of new-onset clinical forms of extrapulmonary tuberculosis among health workers and the adult population prevails tuberculous pleurisy and is 62.37% and 44.62% correspondingly.

Keywords: extrapulmonary tuberculosis, epidemiology, medical workers organizations.

Введение. Актуальность настоящего исследования определяется уровнем заболеваемости работников медицинских организаций (РМО) в Кыргызской Республике (КР).

Известно, что не все слои населения одинаково заболевают туберкулезом. Это в значительной степени связано с тем, как часто они встречаются с возбудителем этой инфекции [3].

Медицинские работники, в том числе противотуберкулезных учреждений, являясь частью населения, подвержены не только тем же факторам риска заболевания туберкулезом, как обычное население, но и имеют дополнительный высокой степени риск [1,2]. Так, в заболеваемости туберкулезом медицинских работников огромную роль играет уровень заболеваемости туберкулезом населения, в большей степени, чем для самого населения [4]. Больные активным туберкулезом легких с неустановленным бактериовыделением служат источником заражения и заболевания РМО.

Исследования последних лет показали, что РМО подвергаются высокому риску заражения и развития туберкулеза не только легочной, но и внелегочной локализации.

Цель исследования: сравнительная оценка случаев заболевания внелегочным туберкулезом (ВЛТБ) работников медицинских организаций с заболеваемостью внелегочными формами туберкулеза взрослого населения Кыргызской Республики за 6 лет (2010 - 2015гг.).

Материал и методы исследования. Нами проанализированы Государственные отчетные формы КР № 8, № 33 по областям, сводные по КР (годовая отчетная форма № 8 «О заболеваниях активным ТБ» утверждена Постановлением Нацстаткома КР № 7 от 02.02.2007 г. и № 49 от 26.05.2008 г.) за 2010 – 2015 гг., информации областных и городских центров борьбы с туберкулезом о впервые выявленных больных ВЛТБ среди населения за 2010 – 2015 гг., и РМО за 2010 – 2015 гг., Ф. № 089/у-ТБ «Извещение о больном ТБ», Форма

ТБ 02 «Журнал регистрации больных ТБ». Всего было проанализировано 93 случаев впервые выявленного внелегочного туберкулеза у РМО (медицинские карты формы ТБ 01 и амбулаторные карты). Исследование проводилось с помощью следующих методов: клинико-диагностического, эпидемиологического, динамического наблюдения, статистического, аналитического. Статистическая

обработка проводилась по общепринятым в медицинских исследованиях критериям.

Результаты и их обсуждение.

С эпидемиологической точки зрения важно изучить клинические формы проявлений внелёгочных форм туберкулеза среди РМО. Структура клинических форм проявления ВЛТБ у медработников КР представлена в таблице 1.

Таблица – 1. Структура клинических форм ВЛТБ у впервые выявленных больных РМО в КР с 2010 – 2015 гг.

Внелегочные формы ТБ	Всего		ОЛС		ПТО	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
ТБ плеврит	58	62,37	52	89,66	6	10,34
ТБ периф. лимфоузлов	18	19,35	16	88,89	2	11,11
ТБ менингит	1	1,08	1	100	-	-
Костно-суставной ТБ	13	13,97	12	92,31	1	7,69
Мочеполовой ТБ	3	3,23	1	33,33	2	66,67
Всего	93	100	83	89,25	10	10,75

Как видно из таблицы 1 ВЛТБ был обнаружен в 93 случаях из 250 всего заболевших туберкулезом РМО за 6-ти летний период наблюдения и составил 37,2 %. В структуре клинических форм ВЛТБ медработников за 2010 – 2015 гг. в основном в 62,37 % случаев встречался туберкулезный плеврит. Второе и третье место занимали туберкулез периферических лимфатических узлов (ТПЛУ) и костей – 19,35% и 13,97 % соответственно. Мочеполовой туберкулез

(МПТ) встречался реже в 3,23 % случаев, и туберкулез центральной нервной системы (ТБ ЦНС) в виде менингита зарегистрирован единично. Преобладали РМО общей лечебной сети (ОЛС) и составили 89,25 %, сотрудники противотуберкулезных организаций (ПТО) – 10,75 %.

Структура клинических форм туберкулеза медработников в зависимости от профессии представлена в таблице 2.

Таблица – 2. Структура клинических форм ВЛТБ у 93 впервые выявленных больных РМО в КР с 2010 – 2015 гг. в зависимости от профессии

Внелегочные формы ТБ	СВМО		ССМО		ММП		РНМО	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
ТБ плеврит	10	71,42	36	62,07	7	50,0	5	71,42
ТПЛУ	2	14,29	13	22,41	3	21,42	-	-
ТБ ЦНС	-	-	-	-	-	-	1	14,29
Костный ТБ	2	14,29	8	13,8	2	14,29	1	14,29
МПТ	-	-	1	1,72	2	14,29	-	-
Всего	14	15,05	58	62,37	14	15,05	7	7,53

Примечание: СВМО - специалисты с высшим медицинским образованием, ССМО – специалисты со средним медицинским образованием, ММП – младший медперсонал, РНМО – работники не медицинского образования.

По профессиональному статусу наибольший удельный вес ВЛТБ имели специалисты со средним медицинским образованием (ССМО) - 62,37 %, затем специалисты с высшим медицинским обра-

зованием (СВМО) и младший медперсонал (ММП) – 15,05 % и 15,05 % соответственно. Работники не медицинского образования (РНМО) составили 7,53 % случаев. Преобладание ССМО в структуре

профессий работников медицинских учреждений, получивших профессиональное заболевание туберкулезом, связано с преобладанием среднего медицинского персонала в структуре всех профессий работников медицинских учреждений. Средний медицинский персонал бактериологических лабораторий больше подвержен риску инфицирования туберкулезом во время приготовления мазков и посевов инфицированных туберкулезом патологических материалов.

Как видно из таблицы 2 у 58 СВМО, больных внелегочными формами ТБ преобладает туберкулезный плеврит – 62,07 %, ТПЛУ составил 22,41 % случаев. Доля КСТ составила 13,8 %. МПТ встретился только в одном случае. По другим профессиональным группам в структуре ВЛТБ также превалировал туберкулезный плеврит. Другие локализации ВЛТБ, как ТПЛУ и КСТ встречались реже и составили среди СВМО по 14,29 %, среди ММП – 21,42

% и 14,29 % соответственно. В профессиональной группе РНМО туберкулезные поражения

лимфоузлов отсутствовали, а КСТ был в одном случае. МПТ по другим профессиональным группам был в 2-х случаях только у ММП. Один случай ТБ ЦНС был зарегистрирован в группе РНМО. Этот запущенный случай внелегочной формы туберкулеза, повидимому, связан с тем, что этой категории работников медицинская служба уделяет недостаточное внимание в отношении раннего выявления профессионального туберкулеза. Они недостаточно проходят профессиональные медицинские осмотры. Также возможно, причина в отсутствии медицинского образования.

В 2010 г. частота регистрации ТБ внелегочной локализации среди населения в КР (% от числа выявленных случаев ТБ) достигла 30,8 %. В последующие годы этот % постепенно незначительно снижался и в 2015 г. составил 28,9 %. В среднем за эти 6 лет составил 29,6 % (рис. 1)

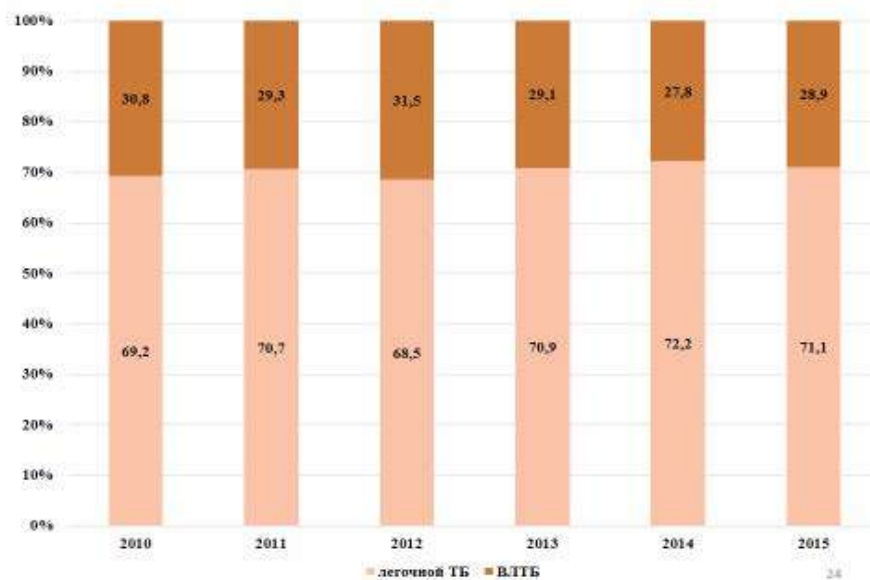


Рис. 1. - Частота регистрации ТБ легочной и внелегочной локализации в КР за 2010-2015 гг. (% от числа выявленных случаев ТБ).

В структуре ВЛТБ среди населения за период с 2010 по 2015г. в КР преобладали туберкулезный плеврит и туберкулез внутригрудных лимфоузлов, в среднем за исследуемый период составлял 44,62% и 28,32 % соответственно от всех случаев туберкулеза внелегочной локализации. КСТ выявлялся в среднем в 11,72 % случаев, остальные 10,65 % составляет туберкулез других органов и систем, где преобладает ТПЛУ (по усредненным данным за 2010 - 2015 гг.). Доля МПТ в среднем составила 2,1 %, а ТБ ЦНС составил 2,4 %.

Заключение. Проведенное исследование позволило установить уровень заболеваемости ВЛТБ среди РМО.

ВЛТБ среди сотрудников ОЛС встречается в среднем за 6 лет чаще в 8,3 раза по сравнению с числом случаев туберкулеза среди работников ПТО.

По профессиональному статусу наибольший удельный вес ВЛТБ имели специалисты со средним медицинским образованием (ССМО) - 62,37 %.

Структура клинических форм ВЛТБ отражает характер эпидемиологического процесса туберкулезной инфекции и качество организации противотуберкулезной помощи, как среди РМО, так и среди населения.

В структуре клинических форм ВЛТБ, как РМО, так и населения в период с 2010 –

2015 г.г. преобладает туберкулезный плеврит и составляет 62,37 % и 44,62 % соответственно.

Таким образом, материалы нашего исследования свидетельствуют о высокой заболеваемости внелегочными формами туберкулеза РМО КР, не уступающей показателям заболеваемости ВЛТ населения КР. Полученные дан-

ные свидетельствуют о необходимости повышения качества профилактических осмотров медицинских работников с применением современных скрининговых методов своевременной диагностики ВЛТБ и улучшения мер инфекционного контроля.

Литература

1. Асанов Б.М. К вопросу о туберкулезной инфекции среди медицинских работников // Нозокомиальная туберкулезная инфекция: Материалы I Российской научно-практической конференции с международным участием. - М., 2001. - С. 25.

2. Приймак А.А., Плотникова Л.М. Заболеваемость туберкулезом медицинских работников и меры их социальной защиты //

Проблемы туберкулеза. - 1992. - № 11-12. - С. 24 - 26.

3. Самусевич Л.И. Эпидемиологическая характеристика больных активным туберкулезом легких с неустановленным бактерио выделением: Автореф. дис... канд. мед. наук. - М., 1992. - 3 с.

4. Сацук А.В. Заболеваемость туберкулезом работников здравоохранения Москвы (1995-2008 гг.) // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2010. № 4. - С.15 -20.

Сведения об авторе (ах):

1. Абдылаева Гулайым Мурзаевна. Национальный центр фтизиатрии (НЦФ) Заведующая амбулаторно - диагностическим отделением НЦФ. E-mail: Gulyaim_abdylaeva@mail.ru. сот. 0773857 416, тел.: 510334.

2. Кожомкулов Джумабай. Кандидат медицинских наук. Национальный центр фтизиатрии

(НЦФ). Вдущий научный сотрудник Тел.: 0772 283732; 0709283732

3. Кожомкулов Медер Джумабаевич. Национальный центр фтизиатрии (НЦФ) Научный сотрудник. E-mail: meder1@yandex.ru, тел: 0776779577

ИТОГИ РАЗВИТИЯ И ПРОБЛЕМЫ В ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ.

Асыкбекова Б.Ш.

Кортунду. Бул макалада Бишкек шаары боюнча вакцина менен жонгө салынуучу жугуштуу оорулардын жана эмдөө иштеринин жетишкендиктери чагылдырылган.

Резюме. В статье дан обзор заболеваемости управляемыми инфекциями и состояние иммунопрофилактической работы в г. Бишкек за последние 20 лет.

Summary. This article provides an overview of the incidence of the condition manageable and vaccination business in Bishkek.

Вакцинация - это самое эффективное и экономически выгодное средство защиты против инфекционных болезней, известное современной медицине.

Первая Национальная Программа «Иммунопрофилактика», утвержденная Постановлением Правительства в мае 1994г определила иммунопрофилактику государственным приоритетным направлением, обеспечивающим снижению заболеваемости и смертности от управляемых инфекционных заболеваний. В 2001 и 2006 годах были утверждены вторая и третья программы, реализуемые в 2001-2005 и 2006-2010 годах. В 2010 году завершилась Национальная программа «Иммунопрофилактика» на 2006-2010 годы и была

начата работа над очередной программой, которую синхронизировали с Национальной программой реформирования системы здравоохранения «Ден соолук», куда были заложены общие вопросы иммунопрофилактики. Благодаря пятилетней программе был достигнут и поддерживается высокий уровень охвата всеми видами вакцинации в рамках календаря профилактических прививок. Программа «Иммунопрофилактика» на 2013-2017 годы является четвертым по счету, утверждена Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 1 февраля №47 и направлена на закрепление достигнутых результатов и дальнейшее повышение уровня охвата профилактическими прививка-

ми с акцентом на труднодоступное и мигрирующее население.

Цели службы иммунизации:

Поддержание высокого (выше 95%) уровня охвата профилактическими прививками. Снижение уровня заболеваемости вакциноуправляемыми инфекциями.

Надзор за целевыми инфекциями включает в себя: мониторинг, оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ, прогнозирование, оценку качества и эффективности мероприятий и принятие управленческих решений.

Своевременный мониторинг прививочной работы обеспечил положительные сдвиги в состоянии заболеваемости отдельными целевыми управляемыми инфекциями.

Дифтерия. Благодаря проведенным Масовым дням иммунизации против дифтерии и столбняка в 1995-1996гг в г. Бишкек уровень заболеваемости дифтерией снизился с сотен случаев заболеваний до единичных в 2002-е годы, а в 2003года случаи дифтерии в г. Бишкек не зарегистрированы.

Полиомиелит. В 1988 году было зарегистрировано 350 000 случаев по-лиомиелита в более чем 125 эндемичных странах, а в 2006 году количество случаев снизилось более чем на 99%. В 2008 г. эндемичными по этой болезни остаются только четыре страны в мире - Афганистан, Индия, Нигерия, Пакистан.

С 1992года в г. Бишкек случаи полиомиелита не регистрируются. В июне 2002 года Кыргызская Республика была сертифицирована как страна свободная от полиомиелита.

Эпидемический паротит выявляется повсеместно, встречается в виде спорадических заболеваний и эпидемических вспышек. В г. Бишкек ежегодно регистрируются случаи заболеваний, вызванной данной инфекцией.

На рис 1 показана динамика заболеваемости число заболевших достигло до 1454 (1996-1997 годы) и 1651 в 2004-2005 годах.

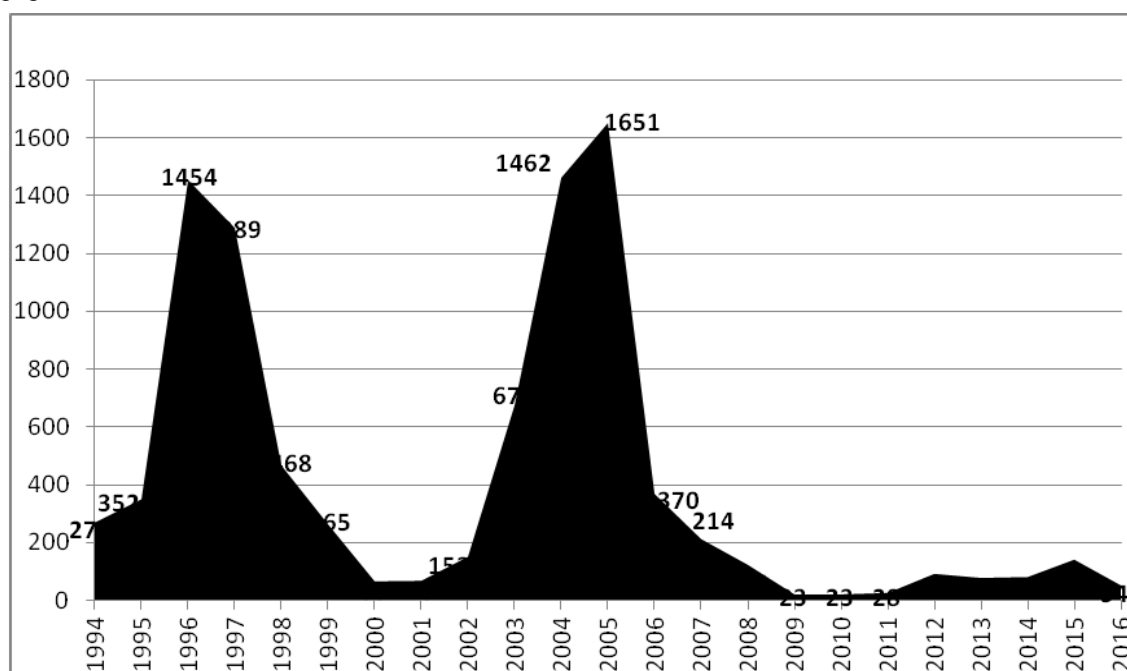


Рис. 1. Динамика заболеваемости эпидемического паротита в КР с 1994 по 2016гг.

Следует отметить, что с момента введения вакцины КПК в 2002 году охват вакцинацией против паротита сохраняется на высоком уровне до 98%.

И соответственно идет снижение случаев заболеваемости. С 2015 года введена вторая доза вакцинации в 6-летнем возрасте против паротита.

Коклюш. В многолетней динамике заболеваемости коклюшем отмечается цикличность – подъем уровня заболеваемости наступает через каждые 3-4 года.

Эпидемическому процессу коклюшной инфекции свойственны выраженные различия в

возрастной структуре заболеваемости. Максимальные уровни отмечаются у детей первого года жизни. По возрастному составу из общего количества заболевших коклюшем (за 5 лет с 2011 по 2015 гг - 410 случаев) самый большой удельный вес 39,2 % имели дети от 0 до 2 месяцев, 34,6% от 3 до 5 месяцев и 13,1 % от 6 мес до 1 года. Заболевание преимущественно (73,9%) встречалось в возрастной группе детей, которые находились в процессе получения прививок в соответствии календарем прививок, то есть в возрасте от 2 до 5 месяцев или не достигшие прививочного возраста.

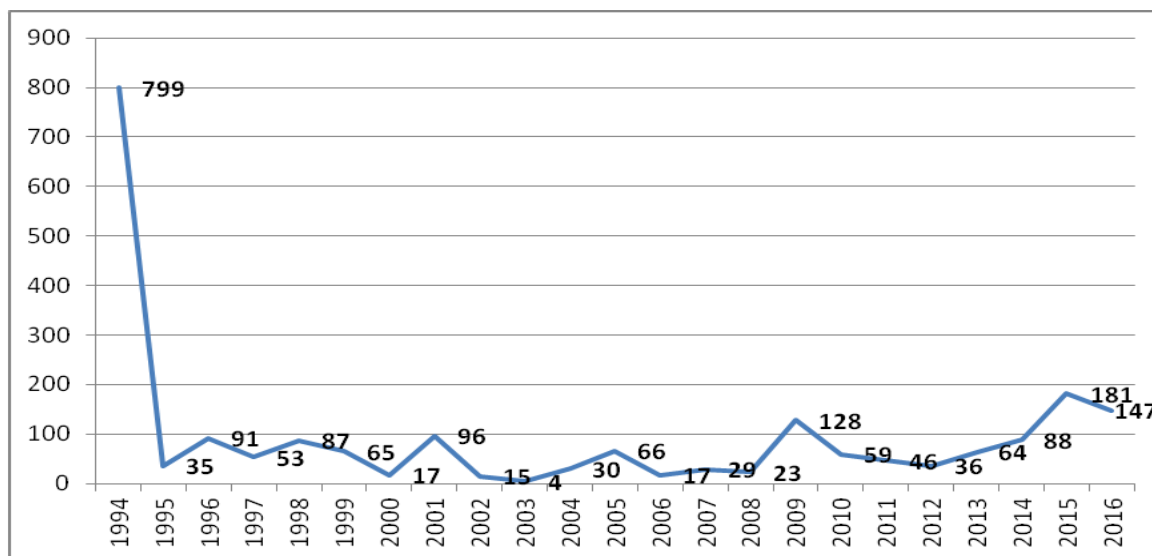


Рис. 2. Динамика заболеваемости коклюшем по г. Бишкек с 1994 по 2016гг.

Корь. В 1997-1998 годах был отмечен рост заболеваемости кори - 1408 случаев, Для прерывания местной циркуляции вируса кори и снижения заболеваемости краснухой до единичных случаев в 2001г проведена НКИ против кори среди лиц в возрасте от 7 до 25 лет. Охвачено - 223537 человек. В 2002 г проведена вакцинация против краснухи женщин детородного возраста до 40 летнего возраста. С 1999 г по 2007 г отмечались единичные случаи заболеваемости кори. В 2008 – 2009 - 2010 годах в г. Бишкек не были зарегистрированы случаи заболеваемости корью. Но в 2011г в г. Бишкек зарегистрировано 55 случаев кори. Генетические данные свидетельствуют о распространении вируса кори с территории Узбекистана в 2011 г.

С конца 2014 г в связи с завозом из Казахстана в г. Бишкек произошла вспышка кори, зарегистрировано 202 случая, в 2015г-6696 случаев.

Одной из причин высокой заболеваемости кори в г. Бишкек является наличие большого количество мигрирующего населения, часть которого временно проживает на разных квартирах, не имея постоянного места жительства, не приписаны к медицинским организациям и за медицинской помощью не обращаются.

В связи со вспышкой кори в 2014-2015 годах была проведена Национальная Кампания Иммунизации в два тура среди лиц в возрасте от 1-года до 20 лет и среди сотрудников медицинских организаций и образовательных учреждений города до 50 лет. Всего охвачено 272826 лиц-91,5%.

Ежегодно с 2007 проводятся Европейские недели иммунизации, целью которого является повышение информированности и формирования у населения доверительного отношения к иммунизации.

С момента принятия Национальных программ иммунизации в Национальный календарь профилактических прививок внедряются новые виды вакцин: в 1999г внедрена вакцина против ВГВ, в 2002г введена первая доза вакцин против кори, паротита и краснухи в возрасте 1 год, вторая доза ККВ вакциной в возрасте 6 лет, против кори и краснухи. В 2009 году вакцина против гемофильной инфекции (АКДС+ВГВ+ХИБ), с января 2015г введена вторая доза вакцины против эпидемического паротита, кори, краснухи (КПК) в 6 летнем возрасте, в 2016г внедрена вакцина против пневмококковой инфекции детям с 2-х месячного возраста.

Несмотря на проводимую санитарно-просветительную и разъяснительную работу с каждым годом увеличивается количество отказов от профилактических прививок. Существует реальная опасность того, что такие вакциноуправляемые инфекции, как дифтерия, полиомиелит или столбняк, которые были ликвидированы среди населения с помощью вакцинации, в связи с накоплением непривитого слоя населения создадут угрозу роста данных инфекций, как показала практика 2014-2015гг вспышкой кори.

Выводы: В связи с успешно проводимыми мероприятиями по вакцинации значительно снижен уровень заболеваемости коклюшем, паротитом. С1992 года искоренен полиомиелит.

1. Благодаря ежегодной плановой иммунизации не регистрируются случаи полиомиелита, дифтерии, столбняка, доведены до единичных случаев заболеваемость краснухой, эпидемиологическим паротитом.

2. После проведенной Национальной Кампании иммунизации против кори и краснухи в 2016 году не зарегистрированы случаи кори и краснухи.

3. Достигнутые результаты свидетельствует о том, что иммунизация является одним из самых

эффективных и действенных вмешательств системы общественного здравоохранения.

Литература:

1. Закон КР «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний» №56 от 26.06.2001г.

2. Приказ №88 от 4 марта 2013г. О реализации постановления Правительства Кыргызской Республики от 1 февраля 2013 г №47 «Об утверждении программы «Иммунопрофилактика» на 2013 -2017гг».

3.Таточенко В.К Вакцинопрофилактика- Москва 1994г.

4. Отчет по реализации Приказа МЗКР от 03.08.09г №575 об исследовании «Оценка экономической эффективности иммунопрофилактики в КР» 2010год.

Сведение об авторе:

Асыкбекова Бурул Шарипжановна. ЦГСЭН Городской центр иммунопрофилактики. Заведующая

ГЦИ. E-mail: burul.asykbekova.67@mail.ru. Тел.: 0312546521, сот: 0555190110.

ВРЕМЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) В КЫРГЫЗСТАНЕ

Естебесова Б.М., Шералиев У.У., Маражпанов Н.Х., Сооронбаев Т.М.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика М.Миррахимова.

Корутунду. *Өпкөнүн өнөкөт бүтөлмө оорусу (ӨӨБО) менен көптөгөн адамдар ооруп бул оору дүйнөдөгү баардык өлүмдөрдүн себептеринин ичинен алдынкы орунду ээлеп оор социалдык жана экономикалык түйшүккө ээ. Дүйнөлүк Саламаттыкты Сактоо Уюмунун прогнозу боюнча бул көрсөткүчтөр 2030 жылга чейин дагы өсүшү күтүүлөт. Бул макалада Кыргызстандагы буга чейин аныкталбаган ӨӨБО болгон түйшүктү DALY корсоткучу менен аныктап көрсөткөнбүз (медикалык жана социалдык көрсөткүч).*

Негизги создор: *ӨӨБО, DALY, социалдык жана экономикалык түйшүк*

Резюме. *Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) являясь ведущей причиной заболеваемости и смертности во всем мире несет тяжелое социальное и экономическое бремя, уровень которого по данным Всемирной организации здравоохранения будет постоянно увеличиваться вплоть до 2030 х годов. В данной статье показано бремя ХОБЛ определенное по общепринятому показателю DALY (как медико – социального показателя) в Кыргызстане, что не было изучено в нашей стране ранее.*

Ключевые слова: *ХОБЛ, DALY, социально – экономическое бремя.*

Resume. *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is the leading cause of morbidity and mortality worldwide and has big social and economic burden. Preliminary prognosis of World Health Organization it's will shows that it will grow anthill 2030. This article shows the burden of COPD (DALY as a medical - social indicator) in Kyrgyzstan which not studied previously.*

Key words: *COPD, DALY, medical and social burden*

Введение. Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) на сегодняшний день одна из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире [3, 18]. Являясь значимой медицинской и социальной проблемой, наряду с артериальной гипертонией, коронарной болезнью сердца и сахарным диабетом относится к группе неинфекционных заболеваний на долю которых приходится более 30% среди всех других форм патологии человека и 36 миллионов из 57 миллионов случаев смертей в год [4, 10]. Это единственная патология распространенность которой продолжа-

ет неуклонно расти, особенно в развитых странах с большой продолжительностью жизни [3, 9, 12].

Актуальность проблемы ХОБЛ связана не только с высокой распространенностью, но так же и с большой социальной значимостью заболевания, тяжелым экономическим бременем для общества и государства, так как ХОБЛ является серьезной причиной заболеваемости, нетрудоспособности и смертности [11, 14]. Следует отметить, что смертность больных от ХОБЛ во всем мире за период с 1960 по 2000 годы возросла в 3,5 раза у мужчин и в 16 раз у женщин [17], и вплоть до 2030 года прогнозируется ее рост [2, 6]. Неблагоприят-

ная ситуация и в Кыргызстане, так как по данным Белой Европейской книги Кыргызстан занимает первое место по смертности от ХОБЛ среди стран Центральной Азии и Европейского региона составляя 143,9 случая на 100 тыс. населения [8].

Изменение показателя смертности от ХОБЛ в популяции показывает истинную картину бремени болезни. Уровень смертности в мире варьирует от страны к стране: от 3-9 случаев на 100000 населения в Японии до 111 случаев смертей на 100000 населения в США [16]. Практически во всех исследованиях смертность выше в мужской популяции, чем в женской и увеличивалась с возрастом, достигнув наибольшего значения в возрасте 75 лет и старше. В целом, исследования сообщают о тенденции увеличения смертности, особенно в течение последних 30 – 40 лет, особенно среди женщин по сравнению с мужчинами [13]. Обобщающий популяционный анализ смертности с 1990 по 2010гг, проведенный P.G.J. Burney et al показал некоторое замедление роста показателя смертности, которая варьирует от 2,8 до 3млн ежегодно [5].

Лечение пациентов с ХОБЛ требует существенных затрат со стороны системы здравоохранения и общества в целом. Например, в странах Евросоюза среди болезней органов дыхания ХОБЛ занимает первое место по количеству потерянных рабочих дней. Потери производительности труда, обусловленные обострениями ХОБЛ, оцениваются в 28,5 млрд евро в год [1, 7]. Как уже было сказано ранее, ХОБЛ в основном диагностируется на поздних стадиях болезни. Долгое время пациенты с начальными (I – II) стадиями ХОБЛ считают себя здоровыми людьми, а такие симптомы как кашель, отделение мокроты и появление одышки при физической нагрузке, объясняют какими – то другими причинами.

Для определения бремени болезни в медицинской статистике используется показатель бремени DALY (Disability Adjusted Lost Years). DALY – это гипотетическое число лет, которые были не прожиты, т.е. «потеряны» индивидуумом по причине смерти [15]. DALY, как медико статистический показатель складывается из двух составляющих: YLL (Years of Life Lost – годы потерянные из-за болезни) + YDL (Years of disability

lost – годы прожитые в инвалидности). DALY – это мера здоровья, которая отражает реальную ситуацию здоровья населения в сравнении с идеальной, в которой нет болезней, инвалидности и люди живут до глубокой старости.

Анализ показателя DALY в 226 стран мира по 136 основным причинам смертности на 2001 год показало, что бремя болезней составило 1535871 лет, (248 лет на 1000 населения при смертности 9,1 на 1000). В странах с высоким уровнем социально – экономического развития показатель бремени был ниже (160,6 на 1000 населения при смертности), чем в странах с низким уровнем доходов (265,7 на 1000 населения). При этом самую большую часть среди всех нозологий занимают неинфекционные заболевания (807839 лет), куда входит и хроническая обструктивная болезнь легких, на долю которой приходится 38736 лет по всему миру [11].

В Кыргызстане и в странах СНГ расчет и анализ данного показателя еще не проводился, что является очень важным и необходимым для формирования необходимых мер предупреждения его дальнейшего увеличения.

Материалы и методы. Оценка бремени, как медико – статистического показателя DALY (не прожитых лет из за болезни) проводилась по специальной формуле, с учетом нескольких статистических показателей, таких как инвалидность, смертность, информация о которых была получена в Республиканском Медико – информационном центре и в Министерстве Труда и Социального развития.

DALY (Disability Adjusted Lost Years) – это мера здоровья, которая отражает реальную картину состояния здоровья населения в сравнении с идеальной, в которой нет болезней, инвалидности и люди живут до глубокой старости. DALY – это гипотетическое число лет, которые были не прожиты, т.е. «потеряны» индивидуумом по причине смерти. DALY, как медико статистический показатель складывается из двух составляющих: YLL (Years of Life Lost – годы потерянные из-за болезни) + YDL (Years of disability lost – годы прожитые в инвалидности). Расчет проводился с учетом численности населения для каждого региона и для всей Республики по формуле:

$$DALY = YLL + YDL$$

YLL - Years of Life Lost – годы потерянные из-за болезни;

YDL - Years of disability lost – годы прожитые в инвалидности.

Результаты и обсуждение.

Расчет показателя YLL (лет не прожитых из – за болезни) проводился по данным полученным в Медико Информационном Центре при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Респуб-

лики в формате таблицы С 51, где указано количество погибших в разных возрастных группах от ХОБЛ. Показатель YLL это разность между ожидаемой продолжительностью жизни, которая составляет 70 лет (66,1лет для мужчин и 74,1 лет для женщин) и возрастом, в котором погиб пациент от

ХОБЛ. Складывая показатели для каждого в каждой области получается абсолютная цифра для всей области, от которой рассчитывается показатель на 100 тыс. населения.

Анализ полученных данных по областям показал, что наибольшее число гипотетически не

прожитых лет (YLL) из-за ХОБЛ принадлежит жителям Нарынской области, составляя 461 год на 100 тыс. нас, в то время как наименьшее количество лет не прожитой жизни от ХОБЛ у жителей Жалал-Абадской области 63 года на 100 тыс. населения (табл. 1, рис.1).

Таблица 1. Гипотетически не прожитые годы (YLL) из-за ХОБЛ (на 100 тыс.)

Область	Чуй	Нарын	Ош	Баткен	Талас	Ысык-Куль	Жалал-Абад
YLL (годы не прожитые из – за болезни)	201	461	183	101	165	299	63



Рис. 1. Гипотетически не прожитые годы из-за ХОБЛ на 100 тыс. населения.

Расчет лет прожитых в инвалидности (YDL) был сделан по данным полученным в министерстве труда и социальной защиты. Годы прожитые в инвалидности рассчитывались для каждого пациента индивидуально с возраста по-

лучения инвалидности по ХОБЛ и до момента гибели, затем путем сложения получались данные для каждого из регионов и страны в целом (табл.2, рис. 2)

Таблица 2. Годы прожитые в инвалидности от ХОБЛ (на 100 тыс.).

Область	Чуй	Нарын	Ош	Баткен	Талас	Ысык-Куль	Жалал-Абад
YDL (годы прожитые в инвалидности)	87	92	76	45	78	104	24



Рис. 2. Годы прожитые в инвалидности от ХОБЛ (на 100 тыс.).

Показатель DALY был получен путем сложения количества лет не прожитых из – за болезни и годами прожитыми в инвалидности по причине ХОБЛ. Полученный результат показал, что наибольшее бремя от ХОБЛ, как медико – статистического показателя принадлежит жителям Нарынской области, где большая часть населения проживает на высоте 2000 метров и более и испыты-

тывает дополнительные внешние климатические воздействия такие как экзогенная гипоксия, холод, сильные ветра, пониженная влажность, более продолжительный зимний период времени, который подразумевает более длительный отопительный период и подверженность воздействию внутрижилищных поллютантов (табл. 3, рис. 3)

Таблица 3. Бремя (DALY) от ХОБЛ (на 100 тыс.).

Область	Чуй	Нарын	Ош	Баткен	Талас	Ысык-Куль	Жалал-Абад
YUL (годы не прожитые из-за болезни)	201	461	183	101	165	299	63
YDL (годы прожитые в инвалидности)	87	92	76	45	78	104	24
DALY	288	553	259	146	243	403	87



Рис. 3. Бремя (DALY) от ХОБЛ (на 100 тыс.).

Бремя ХОБЛ в Кыргызстане по показателю DALY составило 1979 лет, что в два раза выше показателя бремени от ХОБЛ в мире, по данным

195 стран в период с 1990 по 2015гг, о котором доложило Global Burden of Diseases (табл 3) [11].

Таблица 4. Сравнительный анализ бремени от ХОБЛ.

	В мире	В Кыргызстане
Бремя ХОБЛ по показателю DALY (на 100 тыс. населения)	971 лет	1979 лет

Выводы. Полученные результаты показали, что бремя ХОБЛ в Кыргызстане значительно выше по сравнению с результатами показанными по международным исследованиям, а по Кыргызстану наибольшее бремя от ХОБЛ, как медико – статистического показателя принадлежит жителям Нарынской области, где большая часть населения проживает на высотах 2000 метров и более и испытывает дополнительные неблагоприятные

внешние климатические воздействия, такие как экзогенная гипоксия, холод, сильные ветра, пониженная влажность, более продолжительный зимний период времени, который подразумевает более длительный отопительный период и подверженность воздействию внутрижилищных поллютантов, которые являются одним из серьезных факторов риска развития ХОБЛ

Литература: Архипов В.В. Фармакоэкономический подход к терапии хронической обструк-

тивной болезнью легких// Consilium Medicum.- 2010.-Т.12,№3.

1. Чучалин А.Г. Табакокурение и болезни органов дыхания / А.Г. Чучалин // Вестн. МЕДСИ. 2008. - №1. - С. 19-23
2. Adeloye D, Chua S, Lee C, Basquill C, Papana A, Theodoratou E, Nair H, Gasevic D, Sridhar D, Campbell H, Chan KY, Sheikh A, Rudan I; Global Health Epidemiology Reference Group (GHERG). Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta-analysis. J Glob Health. 2015 Dec;5(2):020415. doi: 10.7189/jogh.05-020415. Review. PMID: 26755942
3. Beaglehole R, Bonita R, Alleyne G, Horton R, Li L, Lincoln P, et al. UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases: addressing four questions. Lancet. 2011;378:449-55. Medline: 21665266 doi:10.1016/S0140-6736(11)60879-9
4. Burney P.G.J., Patel J., Newson R. et al. Global and regional trends in COPD mortality, 1990–2010. Eur. Respir. J. 2015; 45: 1239–1247.
5. Chapman KR, Mannino DM, Soriano JB, Vermeire PA, Buist AS, Thun MJ, Connell C, Jemal A, Lee TA, Miravittles M, Aldington S, Beasley R. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. European Respiratory Journal 2006 27: 188-207; DOI: 10.1183/09031936.06.00024505.
6. European Lung Foundation. COPD Burden in Europe. 2009 www.europeanlung-foundation.org.
7. Gibson GJ, Loddenkemper R, Lundbäck B, Sibille Y. Respiratory health and disease in Europe: the new European Lung White Book. Eur Respir J. 2013 Sep;42(3):559-63. doi: 10.1183/09031936.00105513
8. GOLD Executive Committee. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD. 2016.
9. Horton R. Non-communicable diseases: 2015 to 2025. Lancet. 2013;381 :509-10. Medline: 23410603 doi:10.1016/S0140-6736(13)60100-2
10. Kassebaum NJ, Arora M, Barber RM et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016 Oct 8;388(10053):1603-1658. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31460-X
11. Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. Lancet. 2007;370:765-73. Medline:17765526 doi:10.1016/S0140-6736(07)61380-4
12. Mannino DM, Homa DM, Akinbami LJ, Ford ES, Redd SC. Chronic obstructive pulmonary disease surveillance: United States, 1971–2000. MMWR Surveill Summ. 2002;51(6):1–16.
13. Mathers C.D., Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006; 3: e442.
14. Murray CJ, Lopez AD. Quantifying disability: data, methods and results. Bull World Health Organ. 1994;72(3):481–494.
15. Welte T. Chronic obstructive pulmonary disease- a growing cause of death and disability worldwide. Dtsch Arztebl Int. 2014 Dec 5;111(49):825-6. doi: 10.3238/arztebl.2014.0825
16. World Health Organisation. Verbal autopsy standards: the 2014 WHO verbal autopsy instrument. Geneva: World Health Organisation; 2015.
17. World Health Organization. Burden of COPD. Geneva: WHO, 2014.

СӨӨК-МУУН ТУБЕРКУЛЕЗ ООРУУСУНУН КЕЧ АНЫКТАЛЫШЫНЫН СЕБЕБТЕРИ

Кадыров А.С., Кожомкулов Д.К., Кожомкулов М.Д., Байназаров Э. А., Ботобеков О.Р.

Улуттук фтизиатрия борбору, Бишкек ш.

Корутунду. Бул статьяда сөөк муун кургак учук оорусунун дарт аныктоосун аныктаганда уч убакыт же узактыгын нормада, чон жана өтө чон болуп үч убакытка бөлүндү.

Сөөк муун дартынын аныктолуусунун себептери нормадагы жана өтө чон убактысы боюнча аныктоодо саламаттык сактоо уюмунда жана көпчүлүк элде дарт аныктоодо көп кечигүү менен кездешет.

Сөөк муун кургак учугун бат аныктоодо элдин тобокелдик тобу дарт аныктоонун алгоритми эң алгачкы оорунун пайда болуусун дарыгерге баруудан мурун убактысын кыскартат.

Негизги сөздөр: сөөк-муун кургак учугу, аныктаманын факторлорунун кармалып кечигиши.

ФАКТОРЫ ЗАДЕРЖКИ ДИАГНОСТИКИ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Кадыров А.С., Кожомкулов Д.К., Кожомкулов М.Д., Байназаров Э. А.,

Ботобеков О.Р.

Национальный центр фтизиатрии, г. Бишкек.

Резюме. В статье представлены три срока или периода по продолжительности установления диагноза для больных костно-суставным туберкулезом (КСТ): допустимый (нормальный), большой и очень большой. При сравнении допустимого и очень большого сроков выявления заболевания был проведен анализ факторов задержки верификации диагноза КСТ, связанных с пациентом и с системой здравоохранения, при котором большинство факторов встречается в группе с очень большой задержкой диагностики КСТ. Для ускорения сроков выявления и диагностики КСТ рекомендуется активное выявление по группам риска, с разработкой алгоритма диагностики, которое будет способствовать сокращению срока от появления первых симптомов до первого визита к врачу.

Ключевые слова: костно – суставной туберкулез, факторы задержки диагностики.

FACTORS DIAGNOSIS DELAYS OSTEOARTICULAR TUBERCULOSIS

Kadyrov A.S., Kojomkulov D.K., Kojomkulov M.D., Bainazarov E.A., Botobekov O.R.
National Phthisiology Center, Bishkek

Summary. The article presents the three terms or period for the duration of diagnosis for patients with osteo-articular tuberculosis (OAT): valid (normal), large and extra-large. When comparing the permissible and very long term detection of the disease were analyzed factors verification delay diagnosis OAT related to the patient and the health care system, in which most of the factors found in the group with a very large OAT diagnostic delay. To speed up the timing of detection and diagnosis of the OAT recommended active identification of risk groups, with the development of diagnostic algorithm, which will help to reduce the period from onset of symptoms to the first visit to the doctor.

Key words: osteo-articular tuberculosis, diagnostic delay factors.

Введение. Туберкулезное поражение костносуставной системы представляет серьезную проблему современной клинической медицины, так как способствует быстрому развитию тяжелой анатомофункциональной неполноценности всего опорно-двигательного аппарата. Костносуставной туберкулез (КСТ) занимает одно из первых мест в структуре заболеваемости населения внелёгочным туберкулезом в Кыргызской Республике (КР) [2]. Вместе с тем удельный вес внелёгочного туберкулеза (ВЛТ) в высокоразвитых странах составляет половину среди всех выявленных больных туберкулезом [1,3].

Диагностика КСТ до сих пор остается серьезной проблемой во фтизиатрии. Трудности эти связаны со схожестью клинических проявлений со многими нетуберкулезными заболеваниями костей и суставов. В связи, с чем на фоне неблагоприятной эпидемиологической ситуации по туберкулезу в КР чаще стали выявляться тяжелые, прогрессирующие формы КСТ, особенно у лиц молодого возраста [2].

Сложность диагностики КСТ заключается в трудности его выявления, частом атипичном течении процесса, низкой осведомленности об особенностях патологии врачами общей лечебной сети (ОЛС). Разрыв в знаниях, достигнутых наукой и всем опытом специалистов по ВЛТ, и информированностью об этом ОЛС, является одним из недостатков в раннем выявлении и профилактике КСТ [1].

В настоящее время отсутствуют общепринятые сроки своевременного установления диагнозов КСТ. Эти показатели могут быть определены при анализе продолжительности выявления больных КСТ. Исследования, посвященные анализу сроков диагностики КСТ и комплексной оценке факторов, затрудняющих выявление забо-

левания на ранних стадиях, в КР не проводились [2].

Все вышеизложенное подтверждает актуальность проблемы совершенствования выявления и диагностики КСТ с учетом факторов, влияющих на сроки выявления заболевания, что определило цель данного исследования.

Цель исследования: изучить факторы риска, влияющие на задержку диагностики КСТ, связанные с пациентами и системой здравоохранения.

Материал и методы исследования. С целью изучения сроков и обстоятельств выявления и диагностики КСТ, рассмотрены учетные формы № 003/У (истории болезни) 73 впервые выявленных больных КСТ, зарегистрированных за 2016 г. в Национальном центре фтизиатрии (НЦФ).

На всех пациентов были заполнены карты, отражающие историю выявления, диагностики туберкулеза по данным медицинской документации и опроса самих пациентов. В карте отражены общий срок установления диагноза, срок обращения пациента и срок диагностики в системе здравоохранения, периоды в истории выявления и диагностики заболевания у больного КСТ для оценки продолжительности установления диагноза: допустимый (нормальный), большой и очень большой. Также в карту включены факторы риска, связанные с пациентом и с системой здравоохранения, влияющие на задержку диагностики КСТ.

Дизайн исследования – ретроспективное и проспективное исследования. Обработаны 73 случая заболевания КСТ в костно-хирургическом отделении НЦФ. Обработка данных осуществлялась стандартными методами статистической обработки.

Результаты и их обсуждение. За 2016 год в НЦФ обследовано 73 пациента с КСТ. Наи-

более большое количество больных встречалось в возрасте от 20 до 40 лет включая 37 (50,68 %)

мужчин и 36 (49,32) женщин (табл. 1).

Таблица 1. Возрастно-половая характеристика больных КСТ.

Форма ВЛТ	Пол	Возраст в годах							Всего	%
		10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и более		
КСТ	м	1	7	10	6	7	3	3	37	50,68
	ж	-	12	11	7	1	3	2	36	49,32
Всего		1	19	21	13	8	6	5	73	100,0
% по возрастам		1,36	26,03	28,77	17,81	10,96	8,22	6,85		

Для оценки продолжительности установления диагноза для больных КСТ были выделены три периода или срока в истории выявления и диагностики заболевания: допустимый со сроком

установления диагноза до 42 дней; большой срок – установление диагноза от 43 до 96 дней и очень большой срок – установление диагноза позднее 96 дней (табл. 2).

Таблица 2. Периоды выявления и диагностики заболевания у больных КСТ (n = 73).

Допустимый срок диагностики (до 42 дней)		Большой срок диагностики (от 43 до 96 дней)		Очень большой срок диагностики (позднее 96 дней)	
n	Средний срок выявления (M ± m)	n	Средний срок выявления (M ± m)	n	Средний срок выявления (M ± m)
9	39,22 ± 0,56 * ■	20	79,05 ± 2,46	44	365,5 ± 33,42

Примечание: * - достоверная разница между допустимым и большим сроками выявления (P < 0,001); ■ - достоверная разница между допустимым и очень большим сроками выявления (P < 0,001).

У 20 (12,33 %) впервые выявленных больных диагноз КСТ был установлен в большом сроке - от 43 до 96 дней, что составило в среднем 79,05 ± 2,46 дней, 44 (60,27 %) больным диагноз КСТ был установлен в очень большом сроке – позднее 96 дней, что было расценено как «очень большая задержка» диагноза и составила в среднем 365,5 ± 33,42 дней и лишь у 9 (12,33 %) больных верификация диагноза КСТ была осуществлена в допустимые сроки (до 42 дней), в среднем 39,22 ± 0,56 дня. Отмечена достоверная разница между допустимым сроком по отношению большому и очень большому срокам выявления и диагностики КСТ (P < 0,001).

Среди больных с «очень большой задержкой» диагноза и допустимым сроком установления диагноза КСТ проводился анализ факторов, влияющих на задержку диагностики заболевания, связанные с пациентами и системой здравоохранения.

Факторный анализ причин приводящих к задержке диагностике КСТ, связанные с па-

циентом и системой здравоохранения представлен в таблицах 3, 4.

Так у 44 (60,27 %) больных КСТ с очень большой задержкой диагностики в большинстве случаев присутствовали следующие социальные факторы и медицинские факторы, связанные с пациентом: отсутствие полиса медицинской страховки, проживание в сельской местности, безработица и возраст более 30 лет, тяжелая патология костно-суставной системы, боли в костях и суставах, рентгенологические признаки неспецифической патологии костного аппарата, снижение массы тела, выявление по обращению с жалобами и по факторам влияющим на задержку диагностики, связанные с системой здравоохранения в большинстве встречались: трудности по выявлению КСТ из группы диспансерного учета противотуберкулезного учреждения, неудовлетворительная работа по активному выявлению КСТ в ПМСП, недостаточные знания медперсонала ПМСП и низкая информативность населения о КСТ, недостаточная координация

«Кыргызстандын саламаттык сактоосу» Илимий практикалык журналы

взаимодействия ПМСП с противотуберкулезной службой по ранней диагностике КСТ, отсутствие алгоритма диагностики КСТ в ПМСП.

Таблица 3. Факторы риска влияющие на задержку диагностики КСТ, связанные с пациентом в зависимости от срока выявления.

Факторы		Очень большой срок (n=44)		Допустимый срок (n=9)	
		Абс. ч	%	Абс. ч	%
Социальные	Отсут-е полиса мед. страх.	33	75,0	2	22,22
	Отсут-е опред. места жит.	16	36,36	-	-
	Употр-е алкоголя чаще 1 раза в неделю	2	4,55	-	-
	Прожив. в сельск. местн.	33	75,0	1	11,11
	Безработица	42	95,45	4	44,44
	Возраст более 30 лет	30	68,18	6	66,67
Медицинские	Тяжелая патол - я системы	44	100,0	9	100,0
	Боли в костях и суставах	44	100,0	9	100,0
	Р-н признаки неспецифич. патологии	41	93,18	8	88,89
	Наличие незажив. язв и свищей	5	11,36	-	-
	Снижение массы тела	32	72,73	4	44,44
	Выявление по обращ-ю с жалобами	44	100,0	9	100,0
	Наличие не ТБ хр. забол-й костей и суставов	7	15,91	1	11,11
	+ рез-ты на вторич. микрофлору при бактериоскопии гноя из свища в ОЛС	15	34,1	-	-

Так у 44 (60,27 %) больных КСТ с очень большой задержкой диагностики в большинстве случаев присутствовали следующие социальные факторы и медицинские факторы, связанные с пациентом: отсутствие полиса медицинской страховки, проживание в сельской местности, безработица и возраст более 30 лет, тяжелая патология костно-суставной системы, боли в костях и суставах, рентгенологические признаки неспецифической патологии костного аппарата, снижение массы тела, выявление по обращению с жалобами и по факторам влияющим на задержку диагностики, связанные с системой здравоохранения в большинстве встречались: трудности по выявлению КСТ из группы диспансерного

учета противотуберкулезного учреждения, неудовлетворительная работа по активному выявлению КСТ в ПМСП, недостаточные знания медперсонала ПМСП и низкая информативность населения о КСТ, недостаточная координация взаимодействия ПМСП с противотуберкулезной службой по ранней диагностике КСТ, отсутствие алгоритма диагностики КСТ в ПМСП.

В группе сравнения 9 (12,33 %) больных КСТ с допустимым сроком диагностики по социальным и медицинским факторам, связанных с пациентом в большинстве присутствовали следующие: безработица, возраст более 30 лет, тяжелая патология костно-суставной системы, боли в костях и суставах, рентгенологические

признаки патологии костного аппарата, выявление по обращению с жалобами, а факторы, влияющие на задержку диагностики, связанные с системой ПМСП в данной группе больных отсутствовали, так как после выявления патологии методами компьютерной томографии (КТ) или магнитной

резонансной томографии (МРТ), пациенты минуя ПМСП направлялись в НЦФ, где они в допустимые сроки были диагностированы и адекватно пролечены.

Таблица 4. Факторы риска влияющие на задержку диагностики КСТ, связанные с системой здравоохранения в зависимости от срока выявления.

Факторы	Очень большой срок (n=44)		Допустимый срок (n=9)	
	Абс. ч	%	Абс. ч	%
Трудности по выявлению КСТ из группы дисп. учета противотуб. учреждения	36	81,82	3	33,33
Нетипичные для ТБ клинич-ко-рентген. картина	14	31,82	1	11,11
Сопутст. неспец. забол-я	7	15,91	1	11,11
Неуд. р-та по активному выявлению КСТ в ПМСП	38	86,36	-	-
Недост. знания медперс-а ПМСП и низ. информ-ть населения о ВЛТ	39	88,64	-	-
Большая загруж-ть врачей ПМСП леч.-диагностич-й работой и обилие текущ. документацией	-	-	-	-
Недост. координация взаимодействия ПМСП с противотуб. службой по ранней диагностике ВЛТ	40	90,91	-	-
Нет алгоритма диагностики ВЛТ в ПМСП	44	100,0	-	-

Заключение

Социальными и медицинскими факторами, значительно задерживающими диагностику и связанные с пациентом являются отсутствие полиса обязательного медицинского страхования, проживание в сельской местности, возраст старше 30 лет, безработица, тяжелая патология костной системы, боли в костях и суставах, рентгенологические признаки патологии костного аппарата, снижение массы тела и выявление по обращению с жалобами.

Факторами, затрудняющими в большинстве случаев своевременную диагностику КСТ в системе здравоохранения являются трудности по выявлению КСТ из группы диспансерного учета противотуберкулезного учреждения, нетипичные

для туберкулеза рентгенологическая и клиническая картина по костной системе, неудовлетворительная работа по активному выявлению ТБ в ПМСП, недостаточные знания медперсонала и низкая информативность населения о КСТ, недостаточная координация взаимодействия ПМСП с противотуберкулезной службой по ранней диагностике КСТ и отсутствие алгоритма диагностики КСТ в ПМСП.

Таким образом, для ускорения сроков выявления и диагностики КСТ рекомендуется активное выявление по группам риска, с разработкой алгоритма диагностики, которое будет способствовать сокращению срока от появления первых симптомов до первого визита к врачу.

Литература:

1. Голка Г. Г. Костно-суставной туберкулез актуальная проблема здравоохранения // Укр. пульмонол. журн. - 2004. - № 1. - С. 54—56.
2. Кожомкулов Д.К., Абдрахманова Э.Д., Кожомкулов М.Д. Динамика эпидемиологических показателей по внелегочному туберкулезу в Кыргызской Республике // Туберкулез - Научные

труды, материалы межсекторального совещания и международной конференции «Стратегия DOTS в Кыргызстане», Бишкек, Иссык-Куль, 22-25 июня 2000г., с.38-44.

3. Фещенко Ю. И., Ильницкий И. Г., Мельник В. М., Панасюк А. В. // *Туберкулез внелегочной локализации.* — М.: Логос, 1998. — 380 с.

Сведения об авторе(ах):

1.Кадыров Абдуллаат Саматович. Доктор медицинских наук. Национальный центр фтизиатрии (НЦФ). Директор НЦФ. E-mail: abdylat.kadyrov@gmail.com, сот.: 0772691034, тел.: 570925

2. Кожомкулов Джумабай. Кандидат медицинских наук. Национальный центр фтизиатрии (НЦФ). Ведущий научный сотрудник. Сот: 0772283732; 0709283732

3. Кожомкулов Медер Джумабаевич. Национальный центр фтизиатрии (НЦФ). E-mail: meder1@yandex.ru, тел.: 0776779577

4. Байназаров Элчибек Абдулакатович. Национальный центр фтизиатрии (НЦФ). Тел.: 0778-94-85-70

5. Ботобеков Осмонбек Рахматжанович. Национальный центр фтизиатрии (НЦФ). Тел.: 0556-26-26-29

ТУТУМДАШКАН КЫЗЫЛ ЖУГУРУК (ТКЖ) МЕНЕН СЫРКООЛОГОН КЫРГЫЗ УЛУТУНДАГЫ БЕЙТАПТАРДАГЫ КЛИНИКАЛЫК БЕЛГИЛЕРИ

Койлубаева Г.М., Каримова Э.Р.

Академик М. Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия Борбору, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш.

Корутунду. Бул изилдөө Кыргызстандын калкынын ТКЖ дарты менен ооруган бейтаптардын клиникалык жана лабораториялык көрүнүштөрдү өзгөчөлүктөрүн изилдөө натыйжалары берилген. Сурамжылоого ылайык Кыргыз бейтаптардын көпчүлүгү бул дарттын оор абалда жүрүшү, өткүр баиталуусу (39,7%), ал эми бейтаптардын басымдуу көпчүлүк бөлүгүндө теринин (97,23%), сероздук чел кабыктын (65,54%) жана бөйрөктүн (59,4%) жабыркоосу аныкталган.

Негизги сөздөр: Тутумдашкан кызыл жүгүрүк, иммунологиялык активдүүлүк.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ПАЦИЕНТОВ КЫРГЫЗСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Койлубаева Г.М., Джумагулова А.С., Каримова Э.Р.

Национальный Центр кардиологии и терапии имени академика М. Миррахимова, Кыргызская Республика, г. Бишкек.

⁴*Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова.*

Резюме. В данной работе представлены результаты изучения особенностей клинических и лабораторных проявлений СКВ у жителей Кыргызстана. По результатам исследования у большинства кыргызских пациентов наблюдается тяжелое течение СКВ, с острым началом заболевания (39,7%), с преимущественным поражением кожи (97,23%), серозных оболочек (65,54%) и почек (59,4%).

Ключевые слова: системная красная волчанка, иммунологическая активность.

THE CLINICAL FEATURES OF KYRGYZ PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)

G. Koilubaeva, E. Karimova

National Center of Cardiology and Internal Medicine, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary. This study presents the results of studying the features of clinical and laboratory manifestations of SLE in Kyrgyzstan. According to the results of this study, the majority of Kyrgyz patients had severe SLE, with acute variant of the disease (39.7%). 97.23% of those ones with primary skin lesions, 65.54% with serous membrane lesions and 59.38% with kidney lesions.

Keywords: systemic lupus erythematosus, the immunological activity.

Системная красная волчанка (СКВ) – системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся гиперпродукцией широкого спектра органонеспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, вызывающих иммуновоспалительное повреждение внутренних органов [2]. СКВ в 90 % случаях развивается у женщин, преимущественно репродуктивного возраста [1]. За последние десятилетия рост частоты заболеваемости СКВ связан с улучшением методов лабораторной диагностики и разработкой новых классификационных критериев, которые дают более точную характеристику спектра клинических проявлений СКВ и повышают роль иммунологических нарушений в диагностике заболевания [14].

СКВ характеризуется многообразием клинических проявлений, вариантов течения, наличием обострений и ремиссий, непредсказуемостью исхода и разными факторами неблагоприятного прогноза. Известно, что на течение, исходы и частоту развития необратимых органических повреждений могут влиять этнические и демографические особенности пациентов [8,6,15,16,17].

В силу разных причин, в Кыргызстане до настоящего времени не проводились исследования по изучению СКВ, в том числе диспансеризация и мониторинг больных, а также отсутствовала полноценная иммунологическая диагностика болезни, возможность проведения которой появилась лишь в течение последних 6 лет. Внедрение в клиническую практику современных методов оценки активности заболевания, клини-

ческих проявлений, необратимых органических повреждений дало возможность адекватного мониторинга течения СКВ. Все это определило необходимость изучения клинических особенностей и течения СКВ у жителей республики, рост заболеваемости которой в последние годы становится очевидным.

Цель исследования – изучение особенностей клинических и лабораторных проявлений СКВ у жителей Кыргызстана.

Материал и методы исследования

Основу работы составили результаты первичного обследования 325 больных СКВ проспективного наблюдения, пролеченных в клинике Национального Центра кардиологии и терапии имени академика М. Миррахимова (НЦКТ) с января 2012 по август 2016 г. Диагноз СКВ верифицировался согласно диагностическим критериям ACR 1997 года [12] и SLICC критериям [14].

Вариант дебюта заболевания верифицировался по В.А. Насоновой (1972г.): острый, подострый или хронический [3]. Активность СКВ оценивалась по индексу SLEDAI 2K (0 – нет активности, 1–5 низкая, 6–10 средняя, 11–19 высокая и более 20 баллов – очень высокая активность) [7].

В качестве скринингового иммунологического исследования использовался линейный иммунологический анализ (иммуно-блот) "ЛИА–Мах 17" с определением антител к двуспиральной ДНК (a-ds-ДНК) и Sm антигену с полипептидом D1. В 2014 году была внедрена непрямая иммунофлюоресценция (НИФ) антиядерных антител к различным компонентам ядра клеточной линией Нер – 2, которая была проведена у 133 больных из 325.

С целью оценки иммунологической активности заболевания определялись антитела к двуспиральной ДНК методом иммуноферментного анализа (ИФА) у 248 (76,3%) пациентов и снижение C3 – C4 компонентов комплемента у 159 (48,92%) из 325 больных методом иммунонефелометрического анализа, которые были внедрены в 2014 году.

Для лабораторной диагностики антифосфолипидного синдрома (АФС) исследовались уровни антител к кардиолипину (аКЛ) Ig G, Ig M изотипов и антитела к $\beta 2$ гликопротеину I (анти $\beta 2$ ГП) Ig G, Ig M изотипов (ИФА), повышение которых были выявлены у 18 (66,7%) из 27 пациентов с АФС.

Всем больным проводилось общепринятое клиническое и лабораторное обследование. Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) верифицировалась по результатам Эхо–КГ исследования, если систолическое давление в легочной артерии превышало 50 мм. рт. ст. Наличие выпотного перикардита по данным Эхо–КГ исследования определялось, если эхо–негативное пространство за задней стенкой левого желудочка

составляло более 5мм в диастолу, а адгезивного перикардита – от 1 до 5 мм в систолу и в диастолу.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 8.0. (Stat Soft, США). Вид распределения количественных переменных анализировался с помощью критерия нормальности Лиллиефорса. Переменные с параметрическим распределением представлены в виде $M \pm SD$. Переменные с непараметрическим распределением представлены в виде медианы с интерквартильным разбросом [25%; 75% перцентили].

Результаты и их обсуждение. Преобладали пациенты женского пола (301 из 325), молодого возраста (медиана – 27 [25; 41]), преимущественно кыргызской национальности (284). Сроки от начала СКВ до верификации диагноза колебались от 8 месяцев до 4 лет, длительность заболевания в первую точку наблюдения от 7 месяцев до 8 лет.

При первом обращении преобладали пациенты с высокой – 127 (39,08%) и очень высокой активностью патологического процесса – 86 (26,46%). Умеренная активность регистрировалась у 80 (24,62%) больных, минимальная – у 25 (7,69%), а отсутствие активности всего лишь у 7 пациента (2,15%). У большинства больных регистрировался острый вариант течения СКВ – 129 (39,7%). С подострым и хроническим течением было по 98 (30,15%) пациентов соответственно.

При проведении линейного иммунологического анализа выявлялась позитивность a-ds-ДНК у 88 (51,2%) и антител к Sm D1 антигену – у 94 (54,6%) больных из 172 (табл. 1). Повышение a-ds-ДНК было обнаружено методом ИФА у 172 (69,35%) пациентов из 248 (76,3%), а дефицит C3 – C4 компонентов комплемента – у 111 (69,81%) больных из 159 (48,92%). С помощью НИФ антиядерных антител к различным компонентам ядра клеточной линией Нер – 2 было выявлено гомогенное свечение у 51 (38,34%) больного из 133, реже – периферическое свечение – у 15 (11,27%) человек.

В дебюте заболевания в основном преобладало поражение кожи – 316 (97,23%), серозных оболочек – 213 (65,54%) и почек – 193 (59,4%). У всех 325 обследованных пациентов при первом осмотре наблюдались конституциональные нарушения: лихорадка, снижение веса, общая слабость и утомляемость.

Волчаночный дерматит превалировал в дебюте СКВ (316), в основном в виде острой кожной волчанки – у 263 (83,23%) больных. Из них чаще регистрировались эритематозные высыпания на лице – 134 (50,95%) и фотосенсибилизация – 49 (18,64%). У 53 пациентов с хронической кожной волчанкой, преимущественно наблюдались ладонные капилляриты – 37 (69,82%), дискоидные

высыпания регистрировались у 11 (20,75%) больных, а панникулит – у 5 (9,4%) человек.

Изъязвление слизистых оболочек выявлялось довольно часто, почти у половины наблюдавшихся больных – 177 (54,46%), сопровождавшееся лихорадкой (83) и специфичным волчаночным дерматитом (52).

Не эрозивный артрит регистрировался у 167 (51,38%) пациентов, чаще воспалительными изменениями и непродолжительной утренней скованностью лучезапястных и мелких суставов кистей (108), с иммунологическими нарушениями у 42% больных.

Таблица 1. Иммунологическая характеристика пациентов СКВ.

Иммунологические показатели	n/%
Скрининговое исследование СКВ "ЛИА-Мах 17":	172
Антитела к д. ДНК (+)	88
Антитела к д. ДНК (-)	77
Антитела к Sm D1 (+) антигену	94
Антитела к Sm D1 (-) антигену	78
Антитела к U1sn-RNP антигену	50
Антитела к SS-A/Ro52kD антигену	8
Антитела к SS-A/Ro60kD антигену	31
Антитела к SS-A/Ro52kD и SS-A/Ro60kD антигенам	46
Определение титра антител к д. ДНК (ИФА):	248
Повышение титра антител к д. ДНК (ИФА)	172
Исследование C3-C4 компонентов комплемента:	159
Дефицит C3-C4 компонентов комплемента	111
Антитела к кардиолипину Ig G (ИФА)	5
Антитела к кардиолипину Ig M (ИФА)	4
Антитела к кардиолипину Ig G и Ig M (ИФА)	9
НИФ антиядерных антител клеточной линии Нер -2:	133
• гомогенное свечение	51
• гранулярное свечение (крапчатое)	37
• цитоплазматическое свечение	13
• периферическое свечение	15
• свечение отсутствовало	17

Примечание: ЛИА-Мах 17 – линейный иммунный анализ с максимальным определением 17 антиядерных антител, д. ДНК – двуспиральная ДНК, Sm D1 – Smith антиген с полипептидом D1, ИФА – иммуноферментный анализ, НИФ (непрямая иммунофлюоресценция).

213 пациента имели серозиты, чаще перикардит (143), как выпотной (71), так и адгезивный (72), с регистрацией у большинства из них (134) иммунологической активности (дефицит C3 – C4 компонентов комплемента – у 48 и повышение a-ds-ДНК – у 86).

С поражением почек было 193 (59,4%) больных из 325. Из них у 161 (83,42%) пациента наблюдался активный волчаночный нефрит с протеинурией больше 0,5 грамм в сутки. 27 (16,98%) из которых имели нефротический синдром, 8 из них были с гиперкалиемией, 12 – со злокачественной артериальной гипертензией. Нефрит с минимальным мочевым синдромом (протеинурия меньше 0,5 грамм в сутки, единичные эритроциты в поле зрения, небольшая лейкоцитурия) регистрировался у 32 (16,58%) больных из 193.

В дебюте СКВ у 7 больных наблюдалась картина тяжелого нефрита, с быстрым развитием терминальной ХПН у 4 из них, которым был назначен хронический программный гемодиализ. Почти у половины больных с активным волчаноч-

ным нефритом – 69 (42,85%) из 161 регистрировалась иммунологическая активность (повышение уровня a-ds-ДНК – у 45 и гипокомплементемия – у 24). У 66 пациентов волчаночный нефрит ассоциировался с артритом, у 50 – серозитом и фебрильной лихорадкой, у 33 – с поражением ЦНС. 19 пациентов с нефритом имели различные гематологические нарушения, чаще тромбоцитопению (11).

Поражение нервной системы наблюдалось у 90 (27,7%) больных из 325, преимущественно со стороны ЦНС – 69 (76,7%). Из них одна треть пациентов имела нейropsychические нарушения – 25 (36,2%), с преобладанием психоза со зрительным и слуховым галлюцинаторным синдромом – 21 (84%).

Генерализованные эпилепсии наблюдались у 17 (19%) больных из 90, из них у 2 с развитием мозговой комы на фоне затяжного эпистатуса. 9 пациентов были с ишемическим инсультом, только у 1 больной ишемический инсульт ассоциировался с антифосфолипидными антителами (аФЛ). Острый поперечный миелит грудного отде-

ла с нижним центральным парапарезом и с нарушением функции тазовых органов наблюдался у 2 больных.

Частота изолированного поражения периферической нервной системы встречалась несколько реже – у 21 (23,3%) больного, которая преимущественно была представлена полинейропатией нижних конечностей сенсорно – моторной формы – 12 (57,14%).

Гематологические нарушения были выявлены у 30 (9,23%) больных из 325. Из них с тромбоцитопенией было 18 (60%) пациентов, с колебанием количества тромбоцитов в периферической крови от 0 до $100 \times 10^9/\text{л}$, проявившееся преимущественно носовым кровотечением – у 10 (55,55%) больных. С лейкопенией было 9 (30%) пациентов из 30, с колебанием количества лейкоцитов в периферической крови от $1,4 \times 10^9/\text{л}$ до $2,9 \times 10^9/\text{л}$. С гемолитической анемией – всего 3 (10%) человека.

Поражение органов дыхания встречалось у 49 (15,07%) больных. У половины из них выявлялся острый волчаночный пневмонит – 23 (46,93%), в половине случаев – с признаками выраженной дыхательной недостаточности (11). У 20 человек волчаночный пневмонит сопровождался серозитами, чаще с выпотным перикардитом (11) и двусторонним плевритом (9), артритом (9) и лихорадкой (12). С легочной артериальной гипертензией было 17 пациентов (34,69%), средние значения которой составили $71,52 \pm 12,53$ мм. рт. ст. У 10 из них регистрировалась изолированная ЛАГ, у других 6 – ЛАГ на фоне волчаночного пневмонита, у 1 – была обусловлена хронической тромбоэмболией легочной артерии на фоне АФС. С интерстициальным поражением легких было всего 6 (12,38%) пациентов.

Антифосфолипидный синдром (АФС) был диагностирован у 27 (8,3%) больных СКВ. Клинические проявления, которого были представлены в основном венозными тромбозами нижних конечностей – 15 (55,55%). Патология беременности наблюдалась в 23 случаях у 10 (37,03%) женщин. Наиболее часто регистрировались самопроизвольные выкидыши на сроках гестации до 12 недель (15), реже – вынашивание беременности на поздних сроках (4), замершая беременность до 12 недель (2) и мертвый плод на поздних сроках гестации (2).

Поражение ЖКТ (32) наблюдалось у 32 (9,85%) больных. Наиболее часто диагностировался волчаночный гепатит – у 26 (81,25%) человек, из них у 5 (19,23%) с фиброзными изменениями паренхимы печени.

Частота поражения сердечно – сосудистой системы была незначительной, всего у 11 (3,4%) больных. Чаще всего регистрировался острый миокардит (8), проявившегося желудочковой экстрасистолией высоких градаций (Lawn IV A степени) – у 3 пациентов, дисфункцией левого желудоч-

ка и острой сердечной недостаточностью – у 5 человек.

Из сосудистых проявлений (66) чаще регистрировались синдром Рейно (27), дигитальный некротизирующий артериит (12) и язвенно – некротический васкулит сосудов нижних конечностей (8).

Клинические симптомы со стороны органов зрения встречались еще меньше – всего у 3 (0,92%) больных и были представлены эписклеритом (1), кератитом (1) и невритом зрительного нерва (1).

Обсуждение

Согласно сериям исследований, проведенных в последние десятилетия во многих странах мира, существуют ассоциации между клиническими, генетическими, терапевтическими и социально – экономическими факторами у пациентов СКВ, с разной расовой и этнической принадлежностью [4,10,15].

Так, высокие показатели летального исхода наблюдались у молодых женщин афроамериканской расы, по сравнению с пациентами белой расы. Сопутствующая тяжелая инфекция, развитие неходжкинской лимфомы, рака легких, осложнения со стороны сердечно – сосудистой системы и почек стали причиной высокой смертности у этих больных [5]. При 5 – летнем проспективном наблюдении активность СКВ была значительно ниже у лиц белой расы, чем у не белой (афроамериканцы, испанцы, выходцы из Азии) [17].

Согласно другому исследованию, афроамериканские пациенты СКВ имели высокий риск прогрессирования конечной стадии почечной недостаточности, по сравнению с кавказцами. Так как у них чаще выявлялся диффузный пролиферативный гломерулонефрит, с выраженной уремией, гипоккомплементемией (с дефицитом C4 компонента комплемента), тромбоцитопенией, ренальной анемией и гипертонией [9].

По данным нашего исследования у половины наблюдавшихся кыргызских пациентов с активным волчаночным нефритом (83,42%) регистрировалась иммунологическая активность (42,85%), с преимущественным повышением уровня a-ds-ДНК (65%), реже с гипоккомплементемией (35%).

Пациенты СКВ из Северной Африки, в частности Туниса отличались большей частотой распространенности волчаночного дерматита (фотосенсибилизации – 67,6%, скуловой сыпи – 68,7%), волчаночного гломерулонефрита (49,5%) и иммунологических нарушений (44,8%), которые преимущественно были представлены позитивными антителами к Sm антигену [13].

У большинства кыргызских пациентов (97%) наблюдался волчаночный дерматит, с преобладанием острой кожной волчанки (83%), в половине случаев с иммунологическими нарушениями

(50%), преимущественно с гипокомплементемией (70%).

По результатам другого ретроспективного наблюдения 78% тунисских пациентов имели артриты, волчаночный дерматит – 63%, плеврит – 64%, нейropsychические нарушения – 25% [11] больных. Волчаночный нефрит был диагностирован у 43% человек, в половине случаев с иммунологическими нарушениями (повышение a-ds-ДНК – у 56%, к Sm антигену – у 61% и с гипокомплементемией – у 48%).

Среди многообразия клинических симптомов у кыргызских пациентов превалировало поражение кожи (97,23%), серьезных оболочек (65,54%) и почек (59,4%). Тяжесть клинического течения болезни у наблюдавшихся нами пациентов была обусловлена острым вариантом течения (40%), для которого характерна полисиндромная картина с вовлечением в процесс жизненно важных органов и систем. Так, у половины наблюдавшихся больных регистрировался волчаночный нефрит (59,4%), у одной трети (22,3%) из них – тяжелого течения. На втором месте – поражение нервной системы (27,7%), преимущественно ЦНС (76,7%), проявившегося нейropsychическими нарушениями, с преобладанием психоза со зрительным и слуховым галлюцинаторным синдромом (84%). Следующей по частоте тяжелого клинического течения была патология со стороны органов дыхания (15,07%), в подавляющем большинстве это были пациенты с острым волчаночным пневмонитом (46,93%), с иммунологической активностью в 70% случаях, чаще с повышением a-ds-ДНК (69,35%) и гипокомплементемией (48,92%).

Среди пациентов СКВ из Южной Кореи, в основном регистрировались гематологические нарушения (93%), артриты (66%), волчаночный нефрит (50%), с иммунологическими нарушениями (93%) [18].

У иранских пациентов с СКВ, в клинике преобладал суставной синдром (83,2%), поражение кожи (81,1%), гематологические нарушения (66,4%) и нефрит (66,4%), реже ЦНС (23,4%) и легкие (21,5%), с высокой иммунологической активностью (повышение a-ds-ДНК – у 82,3%, антиядерных антител – у 86,4%). Как оказалось, частота волчаночного нефрита превалировала у иранских пациентов по сравнению с европейскими, в то время как гематологические нарушения регистрировались с одинаковой частотой в обоих наблю-

давшихся группах. В данной работе не исключалась возможность влияния генетических и климатических факторов на формирование этнического субтипа СКВ у иранских пациентов, страдающих этим заболеванием [4].

Результаты ряда других однокортных исследований, свидетельствуют о тяжелом течении СКВ у выходцев из Азии, с преобладанием у них волчаночного нефрита, с высокой частотой ХПН и иммунологических нарушений (позитивными a-ds-ДНК, антителами к Sm, Ro/La антигенам и гипокомплементемией) [4].

По результатам крупного многоцентрового исследования, проведенного в Канаде, у большинства афро – карибских пациентов и выходцев из Азии превалировал волчаночный нефрит. Азиатские пациенты отличались по возрасту, они были моложе. Большая длительность заболевания с высокой активностью, необходимость длительной терапии преднизолоном и циклофосфаном, приведших к необратимым органным повреждениям, низкие социальные доходы были предикторами неблагоприятного исхода СКВ, преимущественно у представителей черной расы, что также не исключало у них наличие клинического волчаночного фенотипа, ассоциированного с этнической принадлежностью [15].

Таким образом, многие исследования указывают на существование клинического волчаночного фенотипа у пациентов СКВ с разной расовой и этнической принадлежностью. Было выявлено, что наиболее тяжелые клинические формы, варианты течения и исходы СКВ наблюдаются у афроамериканцев и азиатов по сравнению с европейцами. Эти различия одни авторы связывают с влиянием генетических и климатических факторов на течение и исход СКВ, другие – в большей мере с низкими социально – экономическими условиями, в меньшей степени – с расовой и этнической принадлежностью [6,16].

Как показали результаты нашего исследования, кыргызские пациенты отличаются большей частотой тяжелых клинических проявлений в дебюте СКВ, с преимущественным поражением жизненно важных органов, с регистрацией у большинства из них иммунологической активности, что требует изучения генетических особенностей в регуляции, пока еще неизученных аутоиммунных реакций на формирование волчаночного фенотипа у кыргызских пациентов с СКВ.

Литература

1. Иванова М.М. Системная красная волчанка. Диффузные болезни соединительной ткани: Руководство для врачей под редакцией Я.А. Сигидина, Н.Г. Гусевой, М.М. Ивановой. М.: Медицина, 2004: 253 – 341.
2. Клинические рекомендации по ревматологии. 2 – е издание, исправленное и дополненное.

Под редакцией Е.Л. Насонова. Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2010: 429 – 481.

3. Насонова В.А. Системная красная волчанка. «Медицина». Москва, 1972г.:111–145.

4. Akbarian M., Faezi S.T., Gharibdoost F., Shahram F. Systemic lupus erythematosus in Iran: A study of 2280 patients over 33 years. International Journal of Rheumatic Diseases, 2010; 13 (4): 374 – 379.

5. Bernatsky S., Boivin, J.F., Joseph, L. et al. Mortality in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2006; 54 (8): 2550–2557.
6. Cervera R., Khamashta M.A., Font J. Morbidity and mortality in lupus erythematosus during a 5-year period: a multicenter prospective study of 1000 patients. *European working party on systemic lupus erythematosus. Medicine (Baltimore)*, 1999; 78: 167–175.
7. Gladman D.D., Ibanez D., Urowitz M.B. Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000. *Journal of Rheumatology*, 2002; 29: 288–291.
8. Golder V., Connelly K., Staples M., Morand E., Hoi A. Association of Asian ethnicity with disease activity in SLE: An observational study from the Monash Lupus Clinic. *Lupus*, 2013; 22 (13): 1425–1430.
9. Franco C., Yoo W., Franco D., Xu Z. Predictors of end stage renal disease in African Americans with lupus nephritis. *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases*, 2010; 68 (4): 251–256.
10. Flower C., Hennis A.J., Hambleton I.R., Nicholson G.D., Liang M.H. Systemic lupus erythematosus in an African Caribbean population: Incidence, clinical manifestations, and survival in the Barbados National Lupus Registry. *Arthritis Care and Research*, 2012; 64(8): 1151 – 1158.
11. Houman M.H., Smiti-Khanfir M., Ghorbell I.B., Miled M. Systemic lupus erythematosus in Tunisia: Demographic and clinical analysis of 100 patients. *Lupus*, 2004; 13 (3): 204–211.
12. Hochberg M.C. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1997; 40 (9): 1725.
13. Khanfir M.S., Houman M.H., Cherif E., Hamzaoui A. TULUP (TUNISIAN LUPUS): A multicentric study of systemic lupus erythematosus in Tunisia. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 2013; 16 (5): 539–546.
14. Petri M., Orbai A., Alarson G. et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria for Systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2012; 64 (8): 2677–2686.
15. Peschken C.A., Katz S.J., Silverman E., Pope J.E. The 1000 Canadian faces of lupus: Determinants of disease outcome in a large multiethnic cohort. *Journal of Rheumatology*, 2009; 36 (6): 1200 – 1208.
16. Uramoto K.M., Michet C.J. et al. Trends in the incidence and mortality of systemic lupus erythematosus 1950–1992. *Arthritis Rheum.* 1999; 42: 46–50.
17. Urowitz M.B., Gladman D.D., et al. Evolution of disease burden over five years in a multicenter inception systemic lupus erythematosus cohort. *Arthritis Care and Rheumatism*, 2012; 64 (1): 132 – 137.
18. Joo Y.B., Bae S.C. Assessment of clinical manifestations, disease activity and organ damage in 996 Korean patients with systemic lupus erythematosus: Comparison with other Asian populations. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 2015; 18 (2): 117–128.

ДИАБЕТИККАРДИОМИОПАТИЯНЫНЭРТЕАНЫКТООЫКМАСЫ КАТАРЫ КОЛЛАГЕНАЛМАШУУСУНУНБИОРМАРКЕРЛОРУНПАЙДАЛАНУУ

Корутунду. Жүрөктүн өнөкөт алсыздыгы жана 2 типтеги кант диабетинин айкалышы бейтаптардын божомолунун начарлашы жана жогорку өлүмү менен туруктуу байланыштуу. Кант диабетинин- жүрөктүн жабыркоосунун өзгөчө мүнөздүү белгиси бар, жанаал жүрөктүн коронардык оорусужанаартериялдык гипертензия болбогон учурда да пайда болот деген маалыматтар бар [8]. Диабеттик жүрөктүн, башкача айтканда, диабеттик кардиомиопатиянын, маркерлорунанын өнүгүшүнүн алгачкы этаптарында аныктоо, мындай категориядагы бейтаптарды өз убагында диагностикалоо жана дарылоо мүмкүчүлүгүн бермек, жана ошондой эле 2 типтеги кант диабети менен өлүмдүнне гизги себеби болгон жүрөк-кантамыр ооруларынын кесепеттерин алдын ала сактамак.

Негизгисөздөр: өнөкөт жүрөк алсыздыгы, 2 типтеги кант диабети, диабеттик кардиомиопатия биомаркерлор, миокарддын фиброзу, диастолдун дисфункциясы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКЕРОВ КОЛЛАГЕНОВОГО ОБМЕНА КАК МЕТОДА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Курманбекова Б.Т., Османкулова Г.Э., Норузбаева А.М.

*Национальный центр кардиологии и терапии им. академика М. М. Миррахимова при МЗКР,
г. Бишкек*

Резюме. Сочетание хронической сердечной недостаточности и сахарного диабета 2 типа ассоциируется с достоверным ухудшением прогноза и высокой смертностью больных. Имеются данные о

том, что поражение сердца при сахарном диабете носит специфический характер, и возникает даже в отсутствии коронарной болезни сердца и артериальной гипертензии [8]. Определение маркеров диабетического сердца или, так называемой диабетической кардиомиопатии, на ранних этапах ее развития, позволило бы своевременно диагностировать и лечить данную категорию больных, предотвращая развитие сердечно-сосудистых осложнений – основной причины смертности при сахарном диабете 2 типа.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет 2 типа, диабетическая кардиомиопатия, биомаркеры, фиброз миокарда, диастолическая дисфункция.

USING BIOMARKERS OF COLLAGEN TURNOVER AS METHOD OF EARLY DIAGNOSIS OF DIABETIC CARDIOMYOPATHY

Summary. *Combination of chronic heart failure (CHF) and type 2 diabetes mellitus (T2DM) is associated with reliable adverse prognosis and high mortality in patients. It's determined that cardiac abnormalities in T2DM are specific and occur even in the absence of coronary artery disease and hypertension [8]. Definition of biomarkers of diabetic heart, or so-called, diabetic cardiomyopathy, would allow to timely diagnosis and start therapy to prevent development of cardiovascular complications – the main cause of mortality in patients with T2DM.*

Keywords: *chronic heart failure, type 2 diabetes mellitus, diabetic cardiomyopathy, biomarkers, myocardial fibrosis, diastolic dysfunction*

В настоящее время хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из наиболее распространенных и прогностически неблагоприятных состояний. Это глобальная пандемия, затрагивающая около 26 млн человек в западном мире, результатом чего является более 1 млн госпитализаций в год [1]. Распространенность только в Соединенных Штатах Америки составляет более 5,8 миллионов людей, тогда как во всем мире насчитывается более 23 миллионов [2]. В ряде пандемий хронических заболеваний также особое место занял сахарный диабет (СД) 2 типа, демонстрирующий стремительную распространенность. За последних три года еще 86 миллионов человек пополнили ряды больных диабетом. К 2012 году эта цифра составила 371 млн больных, а к 2025 году ожидается 552 млн [3]. Что касается ситуации в Кыргызстане, также отмечается тенденция к росту заболеваемости. Так, по данным Республиканского медико-информационного центра в 2014 году зарегистрировано 47,7 тыс. человек с сахарным диабетом, в то время как по оценке экспертов число лиц с сахарным диабетом в Кыргызстане составляет 169 590 тыс. [4].

Актуальность изучения ХСН у больных СД 2 типа обусловлена широкой коморбидностью этих заболеваний. Кроме того, СД 2 типа ассоциируется с увеличением риска развития ХСН, так и наличие ХСН способствует развитию СД 2 типа. Так Felker G.M. и соавт. установили, что у пациентов ХСН со стабильным течением, СД 2 типа встречается у 24%, а у госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН достигает 40% [5]. С учетом патофизиологических, метаболических и нейрогуморальных нарушений эти пациенты имеют худший прогноз [6]. Фремингемское исследование было первым эпидемиологическим исследованием, доказавшим нарастание риска разви-

тия ХСН у больных СД 2 типа [7]. Причем, независимо от возраста, наличия артериальной гипертензии (АГ), ожирения, коронарной болезни сердца (КБС), дислипидемии [8].

Учитывая, что основной причиной смертности и утраты трудоспособности у лиц с СД 2 типа являются кардиоваскулярные осложнения, одним из наиболее актуальных вопросов является проблема поражения сердца при диабете. Так Bertoni A.G. и соавт. в крупном исследовании случай-контроль, подтвердили гипотезу о том, что СД 2 типа независимо ни от каких факторов риска ассоциировался с идиопатической кардиомиопатией [9].

Поражение сердца при СД 2 типа проявляется в виде: 1) КБС - за счет прогрессирующего атеросклероза; 2) кардиальной автономной нейропатии; 3) диабетической кардиомиопатии (ДКМП). Однако наибольший интерес на сегодняшний день представляет именно ДКМП, ввиду наименьшей осведомленности терапевтов и эндокринологов данной патологии, а также трудностей диагностики [10]. ДКМП – это специфическое поражение миокарда, возникающее на фоне СД 2 типа, характеризующейся диастолической дисфункцией (ДД), развивающееся без четкой связи с АГ и/или ишемией миокарда [11]. У пациентов с СД 2 типа распространенность ДКМП составляет 12% и достигает 64% у пациентов старше 64 лет [12,13]. Известно, что развитие ДКМП проходит в три этапа: 1) ранний этап, когда изменения происходят на клеточном уровне и не проявляются систолической дисфункцией; 2) второй этап, характеризуется началом апоптоза, увеличением размеров левого желудочка (ЛЖ), ДД с фракцией выброса (ФВ) менее 50%; 3) поздняя стадия прогрессирования СН.

Считается, что ДД является первым проявлением ДКМП и выявлена у 40-60% пациентов с бессимптомным СД 2 типа [14]. Пятилетний риск смерти у пациентов с субклинической ДД составляет 30,8%, в то время как у пациентов с СД без ДД - 12,1% [15]. Существуют доказательства, что ДД вызвана гипертрофией кардиомиоцитов (КМЦ) и фиброзом миокарда и характеризуется нарушением раннего диастолического наполнения, продлением фазы изоволюметрического расслабления и увеличением предсердного наполнения [16]. Недавние исследования показали, что у 30% больных с хорошо контролируемым СД 2 типа, была выявлена ДД [17]. Однако эти результаты основывались на данных стандартной эхокардиографии (ЭхоКГ), при которой ранние стадии ДД не выявляются примерно в одной трети случаев. Так, Bertoni A.G. и соавт. указывают, что распространенность кардиомиопатий у больных СД 2 типа существенно выше [9].

Milwidsky A. и соавт. в 2015 г. провели крупное исследование, отобрав 2971 человек, предварительно исключив у них систолическую дисфункцию ЛЖ и клапанные заболевания сердца. Они были разделены на 3 группы: группа эугликемии, гипергликемии натощак и СД 2 типа. За ДД принимали нарушение релаксации ЛЖ, псевдонормальный или рестриктивный типы наполнения. В результате, ДД была выявлена у 574 больных (19%), преобладающее большинство которых находилось в 2 и 3 группах соответственно. Также выявлено, что у пациентов с гипергликемией натощак в 43% случаев есть вероятность развития ДД ЛЖ в сравнении с группой эугликемии [18].

Распространенность ДД находится в прямой зависимости от степени фиброза миокарда, а по данным Strong Heart Study степень выраженности и частота ее прямопропорциональны уровню гликированного гемоглобина (HbA1C) [19]. Так например, в United Kingdom Prospective Diabetes Study увеличивающаяся распространенность ХСН была связана с СД 2 типа и напрямую коррелировала с уровнем HbA1C [20]. Заболеваемость ХСН составляет 2,3 случая на 1000 человек в год у пациентов с HbA1C менее 6% и 11,9 случаев на 1000 человек в год со значительно высокими показателями HbA1C более 10%. В крупном популяционном когортном исследовании The Reykjavik Study Thrainsdottir A.I. и соавт. исследовали ассоциацию между СН и предиабетом: нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ) и гипергликемией натощак. В данном исследовании выявлено, что риск развития СН при СД 2 типа почти в 2 раза превышает таковой при предиабете [21].

В исследованиях на животных наличие СД приводило к накоплению конечных продуктов гликирования (AGE) в миокарде, а также к усилению экспрессии их генов, увеличению синтеза коллагена и фиброзу миокарда [22]. Фиброз миокарда (интерстициальный и периваскулярный) и

гипертрофия КМЦ – это наиболее частые возможные механизмы поражения сердечной мышцы при СД 2 типа. Впервые он был описан Rubler и соавт. в исследованиях на экспериментальных животных и людях и представляет собой последовательность процессов ремоделингаэкстрацеллюлярного матрикса (ЭЦМ) в результате таких патологических процессов, как ишемия, воспаление, и что более специфично для СД 2 типа, оксидативный стресс, воздействие AGE и некоторых нейрогормональных медиаторов [23]. Миокардиальный фиброз изменяет миокардиальный комплаенс, а ассоциированная с фиброзом жесткость артерий может predispose к ДД и СН с сохранной ФВ (СНсФВ) [24]. Несколько исследований показали, что диабет является причиной дефектов в клеточном транспорте кальция [25], дефектов в работе сократительных белков миокарда [26] и увеличения отложения коллагена [27], которые в итоге приводят к анатомическим и физиологическим изменениям в миокарде. Основными факторами риска развития перечисленных патологий служат гипергликемия и инсулинорезистентность (ИР). Миокардиальный фиброз характеризуется нарастанием количества коллагенов I, III, IV и VI типа, а также снижением отношения между коллагенами I и III типов. Фиброз сердечной ткани влечет за собой значительные последствия для функции сердца, так как увеличение синтеза ЭЦМ обеспечивает повышение механической жесткости миокарда и способствует возникновению ДД. Клинические исследования предполагают, что при СД 2 типа в сердце происходит увеличение потери перекрестных связей коллагена и взаимосвязи коллагеновой сети с отдельными КМЦ, что возможно вызывает глубокие повреждения структуры и изменения функции ЛЖ. Прогрессивное увеличение фиброза в итоге приводит к гипертрофии ЛЖ и систолической дисфункции. Дальнейшая утрата перекрестно-связанного строения фибриллярного коллагена ассоциируется с прогрессирующей дилатацией ЛЖ вслед за повреждением миокарда. Доказано, что именно увеличение количества фиброзной ткани повышает жесткость миокарда, тем самым отрицательно влияя на его расслабление. Кроме того, повышение уровня коллагена нарушает электрофизиологические процессы в КМЦ [28]. Фиброз миокарда создает структурный субстрат для возникновения предсердных или желудочковых аритмий, разобщенности сокращений камер и/или сегментов миокарда - диссинхронии сердца и, таким образом, может стать причиной снижения инотропной функции миокарда ЛЖ и внезапной сердечной смерти [29]. Однако не все механизмы кардиального фиброза при диабетическом сердце остаются до конца выясненными.

Исследования циркулирующих биомаркеров метаболизма коллагена привлекают внимание медицинских сообществ, и некоторые из них даже предложены как потенциально необходимые для

улучшения диагностики, терапии и прогноза СН [30]. Однако имеющиеся данные далеки от неопровержимости, а оборот коллагена настолько динамичен, что не все циркулирующие молекулы, предлагаемые в качестве биомаркеров, фактически отражают изменения его метаболизма миокарде [31].

В ходе клинических исследований выделили 2 категории биомаркеров - связанные с синтезом молекул коллагена, которые в свою очередь в дальнейшем будут формировать новые волокна; связанные с деградацией молекул коллагена, интегрирующие старые волокна. Синтезируемые и секретируемые фибробластами и миофибробластами, проколлагены I и III типов расщепляются специфическими про-теиназами превращаются в растущую фибриллу. Достигая кровотока, они обнаруживаются в крови, расщепляясь в каждой молекуле коллагена. Отношение количества расщепленных молекул к образованным носит название коэффициента синтеза коллагена [32]. Маркеры синтеза коллагена I и III типов - аминотерминальные пропептиды проколлагена I, III типов (PINP, PIIINP) [33] и маркеры распада - C-терминальный пропептид проколлагена I типа (CICP), могут использоваться для неинвазивной оценки фиброза миокарда [34], а также стать клинически необходимым и важным инструментом, который может стать фармакологической стратегией кардиопротекции и кардиореабилитации [35].

Так, в крупном рандомизированном клиническом исследовании C. Jellis и соавт. [36] оценивали взаимосвязь между дисфункцией миокарда и маркерами диффузного фиброза, как возможную причину раннего развития ДКМП. У 67 пациентов с СД 2 типа функция миокарда была оценена путем стандартной ЭхоКГ, ишемия была исключена путем стресс - ЭхоКГ. Измерены уровни PINP, PIIINP и CICP. PIIINP продемонстрировал прямую связь с такими факторами риска, как возраст, индекс массы тела (ИМТ), объем талии, уровень триглицеридов, чувствительность к инсулину, а также с функциональными и структурными параметрами миокарда и Em (пиковой скоростью раннего диастолического расслабления). PINP продемонстрировал связь с такими показателями, как возраст, ОТ и растяжимость ЛЖ. В то время как CICP не показал достоверной связи с метаболическими и ЭхоКГ- параметрами. Van Neerebeek L и соавт. в результатах своего исследования показали, что прямой связи между временем релаксации T1 и маркерами коллагенового обмена нет, но при этом последние, в свою очередь, продемонстрировали связь с Eти ссIV (показателями интегрированного обратного рассеивания). Это подтверждает, что ДД зависит от уровня PIIINP, а также миокардиальный фиброз у пациентов с СД 2 типа связан с метаболическими расстройствами, связанными с AGE. Связь между PIIINP и ДД, представленная в настоящем когортном исследовании, под-

тверждает негативное влияние накопления коллагена III типа на функцию миокарда в развитии ранней ДКМП. И наоборот, коллаген I типа играет менее значительную роль в происхождении субклинической ДД миокарда [37]. В целом, проколлагеновые пептиды не проявили более высокую чувствительность по сравнению с визуализируемыми маркерами (сIV, T1) в отношении развития ранней ДКМП в ходе настоящего исследования. Quilliot и соавт. продемонстрировали увеличение содержания PIIINP у пациентов, имеющих избыточную массу тела и нарушенную чувствительность к инсулину, и подтвердили тот факт, что данный маркер миокардиального фиброза представляет из себя ранний индикатор дисфункции ЛЖ [38].

Попыткой недавнего исследования Cardiovascular Health Study Agarwa II и соавт. было определение метаболических параметров, которые связаны с циркулирующими фиброзассоциированными биомаркерами. Исследована взаимосвязь PIIINP с уровнями глюкозы и инсулина натощак, ИМТ, жирные кислоты (ЖК) - связывающим белком-4, неэстерифицированными ЖК. Результаты исследования показали, что ИМТ, уровни инсулина натощак и неэстерифицированных ЖК, ассоциировались с повышением уровня PIIINP [39].

Опубликован ряд клинических и экспериментальных исследований и с участием CICP. Так, в результате нескольких крупных исследований, ДД у больных с неосложненным СД 2 типа коррелировала с уровнем CICP [40, 41]. Целью исследования Sang-Hyun Ihm и соавт. было выяснить, существует ли связь между CICP и наполнением ЛЖ у больных ХСН с СД 2 типа. Группа больных с СД 2 типа имела меньшее соотношение E/Aи большее содержание CICP в плазме крови, по сравнению с контрольной группой. Эти результаты доказали связь между диастолической функцией ЛЖ и уровнем сывороточного CICP у больных с СД 2 типа [41]. Схожие исследования были проведены на моделях с животными, которые также продемонстрировали наличие кардиального фиброза, развившегося еще до начала гипергликемии. Так, Regan и соавт. выявили значительное увеличение отложения коллагена вокруг интрамуральных сосудов и между миофибриллами в сердечных биоптатах больных СД животных [42]. К тому же значительное увеличение коллагена III типа, а не I или VI типа, было отмечено при исследовании эндомикардиальных биоптатов, полученных у больных СД 2 типа, при том, что они не имели значимую КБС или АГ [43].

Таким образом, экстрацеллюлярный фиброз и отложение коллагена выявлены на стадии предиабета как на моделях с животными, так и с человеком [44]. Диагностические подходы в отношении ДКМП и миокардиального фиброза были рассмотрены в обзоре Maуа и Villarreal [45]. Однако использование данных анализов для диагно-

стики ДКМП остается спорным моментом, и нуждаются в подтверждении крупномасштабными исследованиями.

Анализ литературы показывает, что, несмотря на успехи в изучении кардиальной патологии при СД 2 типа, остаются не выясненными многочисленные аспекты формирования и прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений, сохраняются многочисленные разногласия во взглядах на возможные причины и иницирующие

механизмы, неизменно сопровождающие течение диабета. В свою очередь, определение биомаркеров – простой, неинвазивный, в то же время высокоинформативный метод диагностики, который может и должен использоваться в повседневной клинической практике у пациентов с потенциально возможным развитием ДКМП, для улучшения терапевтической стратегии и предотвращения прогрессирования заболевания.

Литература:

1. Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, et al. The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *J Am Coll Cardiol* 2014;63 (12):1123-33.)

2. Lloyd-Jones D, et al. Heart disease and stroke statistics—2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2010; 121:e46–e215.

3. IDF Diabetes Atlas 5th edition. 2012

4. IDF Diabetes Atlas, 6th edition, 2014)

5. Felker GM, Fiuzat M, Shaw LK, Clare R, Whellan DJ, Bettari L, Shirolkar SC, Donahue M, Kitzman DW, Zannad F, Piña IL, O'Connor CM. Galectin-3 in ambulatory patients with heart failure: results from the HF-ACTION study. *Circ Heart Fail*. 2012 Jan;5(1):72–8

6. Dei Cas A, Khan SS, Butler J, Mentz RJ, Bonow RO, Avogaro A, Tschoepe D, Doehner W, Greene SJ, Senni M, Gheorghide M, Fonarow GC. Impact of diabetes on epidemiology, treatment, and outcomes of patients with heart failure. *JACC Heart Fail*. 2015 Feb;3(2):136–45

7. Clark C, Perry R. Type 2 diabetes and macrovascular disease: epidemiology and etiology. *Am Heart J* 1999; 138: 330–3

8. Kannel WB, Hjortland M, Castelli WP. Role of diabetes in congestive heart failure: the Framingham study. *Am J Cardiol*. 1974; 34: 29-34

9. Bertoni AG, Tsai A, Kasper EK, Brancati FL. Diabetes and idiopathic cardiomyopathy: a nationwide case-control study. *Diabetes Care*. 2003; 26: 2791-2795

10. Pappachan JM, Varughese GI, Sriraman R, Arunagirinathan G. Diabetic cardiomyopathy: pathology, diagnostic evaluation and management. *World J Diabetes*. 2013; 4:177-89

11. Bell DS. Diabetic cardiomyopathy: a unique entity or a complication of coronary artery disease. *Diabetes Care* 1995; 18:708–714

12. Bertoni AG, Hundley WG, Massing MW, Bonds DE, Burke GL, Goff DC Jr. Heart failure prevalence, incidence, and mortality in the elderly with diabetes. *Diabetes Care*. 2004; 27: 699-703

13. Lam CS. Diabetic cardiomyopathy: An expression of stage B heart failure with preserved ejection fraction. *Diabetes & vascular disease research*. 2015

14. Miki T, Yuda S, Kouzu H, Miura T. Diabetic cardiomyopathy: pathophysiology and clinical features. *Heart failure reviews*. 2013; 18: 149-66

15. From AM, Scott CG, Chen HH. The development of heart failure in patients with diabetes mellitus and pre-clinical diastolic dysfunction a population-based study. *Journal of the American College of Cardiology*. 2010

16. Schannwell CM, Schneppenheim M, Perings S, et al. Left ventricular diastolic dysfunction as an early manifestation of diabetic cardiomyopathy. *Cardiology* 2002; 98:33–39

17. O.M. Drapkina, B.B. Gegenava, Rational Pharmacother. *Card*. 2013;9(1):62-65, Myocardial fibrosis in patients with diabetes mellitus

18. Milwidsky A, Maor E, Kivity S, Berkovitch A, Zekry SB, Tenenbaum A, Fisman EZ, Erez A, Segev S, Sidi Y, Goldenberg I, Kuperstein R., *Cardiovasc Diabetol*. 2015 Sep 15;14:119. doi: 10.1186/s12933-015-0282-4. Impaired fasting glucose and left ventricular diastolic dysfunction in middle-age adults: a retrospective cross-sectional analysis of 2971 subjects,

19. Devereux RB, Roman MJ, Paranicas M, et al. Impact of diabetes on cardiac structure and function: the Strong Heart Study. *Circulation* 2000; 101:2271–2276

20. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 Diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *Brit Med J*. 2000; 321: 405-412

21. Thrainsdottir IS, Aspelund T, Thorgeirsson G, et al. The association between glucose abnormalities and heart failure in the population-based Reykjavik study. *Diabetes Care*. 2005; 28: 612-616

22. Candido R, Forbes JM, Thomas MC, et al. A breaker of advanced glycation end products attenuates diabetes-induced myocardial structural changes. *Circ Res* 2003; 92:785–792.)

23. Rubler S, et al. New type of cardiomyopathy associated with diabetic glomerulosclerosis. *Am J Cardiol*. 1972; 30:595–602. [PubMed]

24. Bertram Pitt, MD*; Faiez Zannad, MD, PhD, 2012, The Detection of Myocardial Fibrosis An Opportunity to Reduce Cardiovascular Risk in Patients With Diabetes Mellitus?

25. Ganguly PK, Pierce GN, Dhalla KS, Dhalla NS. Defective sarcoplasmic reticular calcium trans-

port in diabetic cardio-myopathy. *Am J Physiol.* 1983; 244: E528-535

26. Giacomelli F, Wiener J. Primary myocardial disease in the diabetic mouse. An ultrastructural study. *Lab Invest.* 1979;40: 460-473

27. Regan TJ, Wu CF, Yeh CK, Oldewurtel HA, Haider B. Myocardial composition and function in diabetes. The effects of chronic insulin use. *Circ Res.* 1981; 49: 1268-1277.

28. Агеев Ф.Т. Сравнительная характеристика и безопасность длительного применения торасемида и фуросемида у больных с компенсированной сердечной недостаточностью. Влияние на маркеры фиброза миокарда / Ф.Т.Агеев, Е.С.Жубрина, С.Р. Гиляревский // Сердечная недостаточность. – 2013. – 14 (2). – С. 55-62.

29. Осипова О.А. Диссинхрония сердца при хронической сердечной недостаточности и хирургические методы ее лечения / О.А.Осипова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2011. – № 22 (117). – С. 146-153

30. Braunwald E. Biomarkers in heart failure. *N Engl J Med.* 2008;358: 2148–2159

31. Begon a Lopez, PhD; Arantxa Gonzalez, PhD; Javier Díez, MD, PhD, 2010, Circulating Biomarkers of Collagen Metabolism in Cardiac Diseases

32. Nimmi ME. Fibrillar collagens: their biosynthesis, molecular structure, and mode of assembly. In: Zern MA, Reid LM, eds. *Extracellular Matrix.* New York, NY: Marcel Decker; 1993:121–148

33. Ban C, Twigg S. Fibrosis in diabetes complications: pathogenic mechanisms and circulating and urinary markers. *Vasc Health Risk Manag.* 2008;4:575–596. [PubMed]

34. Lopez B, Gonzalez A, Díez J. Circulating biomarkers of collagen metabolism in cardiac diseases. *Circulation.* 2010;121: 1645–1654. And Zannad F, Rossignol P, Iraqi W. Extracellular matrix fibrotic markers in heart failure. *Heart Fail Rev.* 2010;15:319–329

35. Gonzalez A, Ravassa S, Beaumont J, Lopez B, Díez J. New targets to treat the structural remodeling of the myocardium. *J Am Coll Cardiol.* 2011; 58:1833–1843

36. C. Jellis, J. Wright, D. Kennedy, J. Sacre, C. Jenkins, B. Haluska, J. Martin, J. Fenwick, Th. Marwick, *Circ Cardiovasc Imaging.* 2011;Vol4: (693-702)

37. van Heerebeek L, Hamdani N, Handoko ML, Falcao-Pires I, Musters RJ, Kupreishvili K, Ijsselmuiden AJ, Schalkwijk CG, Bronzwaer JG, Diamant M, Borbely A, van der Velden J, Stienen GJ, Laarman GJ, Niessen HW, Paulus WJ. Diastolic stiffness of the failing diabetic heart: importance of fibrosis, advanced glycation end products, and myocyte resting tension. *Circulation.* 2008;117:43–51

38. Quilliot D, et al. Myocardial collagen turnover in normotensive obese patients: relation to insulin resistance. *Int J Obes (Lond)* 2005;29:1321–1328. [PubMed]

39. Glazer NL2, Barasch E3, Djousse L4, Gottdiener JS5, Ix JH6, Kizer JR7, Rimm EB8, Siscovick DS9, King GL10, Mukamal KJ11, 2015 Oct;64(10):1316-23. doi: 10.1016/j.metabol.2015.07.013. Epub 2015 Jul 21,

Associations between metabolic dysregulation and circulating biomarkers of fibrosis: the Cardiovascular Health Study. Agarwal II,

40. Gonzalez-Vilchez F, Ayuela J, Ares M, Pi J, Castillo L, Martin-Duran R. Oxidative stress and fibrosis in incipient myocardial dysfunction in type 2 diabetic patients. *Int J Cardiol* 2005;101 (1): 53–8. (PubMed: 15860383)

41. Ihm SH, Youn HJ, Shin DI, Jang SW, Park CS, Kim PJ, et al. Serum carboxy-terminal propeptide of type I procollagen (CICP) is a marker of diastolic dysfunction in patients with early type 2 diabetes mellitus. *Int J Cardiol* 2007;122(3):e36–8. (PubMed: 17920710)

42. Regan TJ, Lyons MM, Ahmed SS, Levinson GE, Oldewurtel HA, Ahmad MR, et al. Evidence for cardiomyopathy in familial diabetes mellitus. *J Clin Invest* 1977;60(4):884–99. [PubMed: 893679]

43. Shimizu M, Umeda K, Sugihara N, Yoshio H, Ino H, Takeda R, et al. Collagen remodeling in myocardia of patients with diabetes. *J Clin Pathol* 1993; 46(1):32–6. PubMed: 7679418

44. Mizushige K, Yao L, Noma T, Kiyomoto H, Yu Y, Hosomi N, et al. Alteration in left ventricular diastolic filling and accumulation of myocardial collagen at insulin-resistant prediabetic stage of a type II diabetic rat model. *Circulation* 2000;101(8):899–907. [PubMed: 10694530]

45. Maya L, Villarreal FJ. Diagnostic approaches for diabetic cardiomyopathy and myocardial fibrosis. *J Mol Cell Cardiol.* 2010; 48:524–529

Сведения об авторах:

1. Курманбекова Бермет Темирбековна. Национальный центр кардиологии и терапии им. академика М. Миррахимова при МЗКР. Младший научный сотрудник отделения ХСН. Т 0772 09-00-53 Bermet101191@gmail.com

2. Османкулова Гузалия Эльдаровна Национальный центр кардиологии и терапии им. академика М. Миррахимова при МЗКР. младший науч-

ный сотрудник отделения ХСН т.0772 040483. guzaliyaeldosm@gmail.com

3. Норузбаева Айгуль Мукашевна. д.м.н., профессор кафедры терапевтических дисциплин № 2 Кыргызско-Российского Славянского университета, заведующий отделением ХСН НЦКиТ им. М.Миррахимова при МЗКР. т. 0772 217018 noruzbaeva@mail.ru

К ВОПРОСУ ОБ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ КАРДИОЛОГИИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.
СООБЩЕНИЕ I (советский период).

Кыдыралиева Р.Б., Молдоташев И.К., Кудайбергенова Н.Т., Осмонов Д.А.
Национальный Центр кардиологии и терапии им. академика М. Миррахимова.
Кардиологическая клиника «Бикард».
Международная высшая школа медицины. г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Корутунду. Макалада өткөн кылымдын 50-жылдарынан тартып бүгүнкү күнгө чейинки Кыргыз Республикасындагы (КР) кардиология тармагынын өнүгүүсү баяндалат. КР кардиология илиминин жана кызматынын пайда болуп, өнүгүп өрчүүсүнө залкар окумуштуу, врач, педагог жана саламаттык сактоо тармагында уюштуруучу академик М.М.Миррахимовдун салымы зор экендиги көрсөтүлгөн. Кардиологиянын өнүгүү тарыхы эки мезгилге бөлүнгөн жана алардын ар бири өзгөчөлөнүп, КР тарыхына, академик М.М.Миррахимовдун жашоосуна жана эмгегине тыгыз байланышканы макалада баяндалат. Илимий практикалык иштердин жыйынтыгы боюнча Кыргыз кардиология илимий изилдөө институту 80-жылдардын аягында Советтер Союзунда биринчилердин катарына кирип, Борбордук Азия боюнча алдынкы болуп, бийик тоолук кардиология боюнча дүйнөгө таанылган борбор катары саналган.

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

Резюме. В статье излагается история развития кардиологии, начиная с 50-х годов прошлого столетия до сегодняшних дней. Показано, что кардиологическая служба и кардиологическая наука в КР обязана своим возникновением, становлением и развитием выдающемуся ученому, врачу, педагогу и организатору здравоохранения академику М.М.Миррахимову. Выделены два периода в истории развития кардиологии в КР, каждый из которых характеризуется своеобразием и тесно связан с историческими этапами развития КР и с жизнью и деятельностью академика М.М.Миррахимова. В Советском Союзе к концу 80-х годов по результатам своей научно-практической деятельности Кыргызский научно-исследовательский институт кардиологии входил в первую тройку лидеров, являлся ведущим центром в Центральной Азии и стал одним из признанных мировых центров в области высокогорной кардиологии.

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

Annotation. This article states the history of development of cardiology since 50th years of the last century to the present day. The beginning, formation and development of cardiac service and science in the Kyrgyz Republic (KR) indebted to leading scientist, physician, educational specialist and health professional of cardiology M.M.Mirrakhimov. We are distinguish four periods in the history of cardiology in KR and each period characterized by originality and connected with historical stages of the KR development and with the life activity of academician M.M.Mirrakhimov. Kyrgyz scientific research institute of Cardiology due to result of scientific and practical activities had been one of the leaders in the Soviet Union and Central Asia and has become one of the acknowledged high altitude cardiological centers in the world.

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

История развития кардиологии и кардиологической службы в Кыргызской Республике (КР) неразрывно связана с историей самой республики и прежде всего с жизнью и деятельностью выдающегося ученого, врача, педагога и организатора здравоохранения академика М.М. Миррахимова. С позиции сегодняшнего дня в становлении и развитии кардиологии в КР можно выделить два периода: советский период (с 50-х годов прошлого столетия до 1991г.) и период независимости КР (с 1991г. по настоящее время). В настоящем сообщении мы решили осветить совет-

ский период, который также можно разделить на два этапа: первый этап – с 50-х годов прошлого столетия до открытия Кыргызского научно-исследовательского института кардиологии (КНИИК) в 1978 году и второй – с 1978г. до 1991г., когда произошел распад Союза Советских Социалистических Республик (СССР).

Первый этап (1950-1978гг.).

В начале 50-х годов появляются первые научные исследования в области кардиологии, выполненные М.М. Миррахимовым под руководством его учителя профессора М.Е. Вольского.

Это были работы, посвященные изучению влияния длительного пребывания на высоте 1600 метров на сердечнососудистую систему (1952-1955гг.). В конце 50-х годов были опубликованы данные М.М.Миррахимова и его сотрудников о высокой распространенности коронарной болезни сердца (КБС), в том числе острого инфаркта миокарда (ОИМ) среди жителей г. Фрунзе. Тогда смертность от КБС на 100 человек составляла 160,0, а от ОИМ более 28,0. В это же время выходит первая книга М.М.Миррахимова о мерах профилактики заболеваний сердца: «Предупреждение заболеваний сердечнососудистой системы», 1960 г. [1].

Изучая проблему распространения сердечнососудистых заболеваний (ССЗ) и предвидя большой размах заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения в республике в будущем и большие людские потери от них, М.М.Миррахимов одним из первых ученых СССР бьет тревогу, поднимая вопрос о необходимости создания в масштабах страны специализированной кардиологической службы. По его инициативе в 1963 году при республиканской клинической больнице (РКБ) открывается кардиологическое отделение на 60 коек с палатой интенсивной терапии (ПИТ).

Учитывая высокую распространенность и летальность от ОИМ, а также опираясь на опыт других крупных городов СССР (Москвы, Ленинграда, Киева и др.), М.М.Миррахимов выступает с инициативой о создании службы по борьбе с тромбозомболическими заболеваниями на базе городской станции скорой медицинской помощи (СМП) и клиники факультетской терапии. Такая служба создается в 1964 году при РКБ в г. Фрунзе. В ее задачу входили ранняя диагностика, квалифицированное обследование пациента, применение современных мер борьбы с ОИМ и его осложнениями, а также своевременная госпитализация пациентов в клинику, оборудованную всем необходимым для обследования и оказания неотложной помощи. Понимая значение обучения и повышения знаний медицинского персонала в эффективности лечения пациентов, М.М.Миррахимов усиленно занимается вопросами подготовки кадров, собирает вокруг себя специалистов различного профиля, способную молодежь, постоянно проводит обучающие семинары в клинике. В 1971 году при РКБ М.М.Миррахимов организует цикл усовершенствования врачей по кардиологии.

В конце 1960-х и в начале 1970-х годов на базе факультетской терапии проводятся ежегодные научно-практические экспедиции в высокогорные районы КР. Внедряются такие методы исследования, как векторэлектрокардиография (ЭКГ), фонокардиография, поликардиография, велоэргометрия (ВЭМ), определение гемодинамики методом разведения красителя. По результатам этих исследований защищают кандидатские диссертации

Б.Я. Гринштейн, З.М.Кудайбердиев, О.Н. Нарбеков, Ж.С.Дубинина, Т.Ф.Калько, Т.М.Мураталиев, Р.О.Хамзамулин, А.Н. Даниярова и другие.

В 1967 году на основании Постановления Государственного комитета (ГК) по науке и технике при Совете Министров СССР была создана проблемная лаборатория «Физиология и патология организма человека в условиях высокогорья» под руководством профессора М.М.Миррахимова при кафедре факультетской терапии Кыргызского Государственного медицинского института (КГМИ).

22 августа 1977 года выходит Постановление Совета Министров Кыргызской ССР «Об организации Кыргызского НИИ кардиологии Министерства здравоохранения Кыргызской ССР» в соответствии с решением коллегии №36 ГК Совета Министров СССР по науке и технике от 28 июня 1977г. Кыргызский НИИ кардиологии, созданный на базе проблемной лаборатории «Физиология и патология организма человека в условиях высокогорья» становится первым научно-исследовательским учреждением кардиологического профиля в Центральной Азии. С этого момента специализированная кардиологическая служба республики начинает свое официальное и полноценное функционирование.

Важно отметить, что с 1977 г. на базе Всесоюзного кардиологического научного центра, руководимого академиком Академии медицинских наук (АМН) СССР Е.И.Чазовым начинается усиленная подготовка высококвалифицированных кадров по кардиологии на рабочих местах, в клинической ординатуре и в аспирантуре. В этот период такую подготовку на рабочем месте в клинической ординатуре прошли Р.О.Хамзамулин, Т.С.Мейманалиев, И.К. Молдоташев, Н.Х. Габитова, Э.Ю. Максумов, в аспирантуре обучались А.М.Норузбаева, Э.Д.Джишамбаев, Н.Н. Усубалиев, Д.А. Усупбаева, Р.К.Урумбаев, Э.М. Миррахимов и др.

Второй этап (1977-1991гг.).

Созданный Кыргызский НИИ кардиологии, не имея собственного здания, располагался в стенах бывшей Проблемной лаборатории «Физиология и патология организма человека в условиях высокогорья». В 1979 году на средства, собранные за счет коммунистических субботников, было построено здание главного корпуса института с клинической базой на 260 коек. В 1982 году в эксплуатацию сдан экспериментальный корпус с консультативной поликлиникой, и в 1985 году – кардиохирургический корпус.

В Кыргызстане во главе с КНИИК организуется сеть кардиологических учреждений (кардиокабинеты, кардиологические отделения, кардиобригады СМП). В 1979 году при КНИИК создается дистанционно-диагностический центр, в котором круглосуточно принимают ЭКГ по телефонным каналам связи из 50 лечебных учреждений республики, в том числе и от линейных бри-

гад СМП столицы. Благодаря данному центру заметно улучшилась ранняя диагностика ОИМ и других форм кардиальной патологии, в 4-6 раз сократились сроки госпитализации urgentных пациентов.

М.М.Миррахимову удастся внедрить в практику здравоохранения нашей республики методику этапного лечения пациентов с ОИМ, начиная от догоспитального до санаторно-курортного этапа (подобные методы лечения ОИМ проводились до этого только в г. Москве.). Наряду с открытием ПИТ и реабилитационного подразделения в стационарном отделении КНИИК начали применять санаторный этап восстановительного лечения. Проводилось оно в среднегорном кардиологическом санатории «Кыргызстан», расположенном на высоте 1600 м. над уровнем моря (с. Малиновка).

Необходимо отметить, что до шестидесятих годов больничная смертность при ОИМ в республике достигала 40-60%. Благодаря организационно-методическим мероприятиям со стороны КНИИК, направленным на оптимизацию лечения urgentных форм сердечной патологии, удалось добиться снижения анализируемого показателя до 18-20% (это соответствовало показателям ведущих центров России и Соединенных штатов Америки (США)). Ранее использование системных тромболитиков снизило летальность от ОИМ примерно в 2 раза. Неотложная помощь оказывалась в первые два часа от начала заболевания почти у 80% пациентов. В итоге летальность при ОИМ в КНИИК снизилась до 4-6% и более 80% выживших пациентов возвращались к трудовой деятельности.

Уже в первые годы деятельности института на базе клиники создаются научные отделения ишемической болезни сердца (ИБС), сердечной недостаточности (СН), пороков сердца, артериальных гипертензий, кардиохирургии, экологической и экспериментальной кардиологии.

В 1979 году из РКБ в институт переводятся отделения ОИМ и нефрологии. Начинают функционировать консультативная кардиологическая поликлиника, отделение инструментальной диагностики, отдел лабораторно-экспериментальной кардиологии, включающий лаборатории иммунологии, биохимии, гематологии, коагулологии и генетики человека, а также группы биохимии атеросклероза и морфологии. В начале 80-х годов произошел качественный скачок в диагностике заболеваний сердца. Он был связан с широким применением функциональных проб: ступенчато возрастающей нагрузочной пробы на велоэргометре (ВЭМ, Т.С.Мейманалиев), гипервентиляционной, холодовой и дипиридамоловой проб. Эти методы, увеличившие возможности диагностики коронарной недостаточности, сохраняют важное практическое значение и сегодня, оставаясь на вооружении в отделении функциональной диагно-

стики Национального Центра кардиологии и терапии (НЦКТ) (зав. отд. Н.Т.Давыдова).

В последующие годы широкое применение получили метод суточного мониторирования ЭКГ и чреспищеводной электростимуляции (ЧПЭС) предсердий. Впервые методика суточного мониторирования ЭКГ в КНИИК была внедрена в 1984 году тогда еще на отечественном комплексе «Лента-МТ» (Э.Ю. Максумов, М.П.Нозадзе). Внедрение методики неинвазивного электрофизиологического исследования с помощью ЧПЭС позволило значительно расширить возможности диагностики синдрома слабости синусового узла и пароксизмальных аритмий сердца (Э.Д. Джишамбаев, 1986г.).

Другим методом диагностики, стремительно вошедшим в клиническую практику и претерпевшим бурное развитие, явилась эхокардиография (ЭХОКГ). Впервые одномерный эхокардиограф был установлен в КНИИК в 1976 году. Внедрение одномерной ЭХОКГ (И.К. Молдоташев, Р.О. Хамзамулин) позволило разработать диагностические критерии минимально выраженного митрального стеноза, оценить реакцию левого предсердия на физическую нагрузку (Т. Б. Балтабаев), описать высокогорную кардиомиопатию (Р.И.Руденко).

Проблема борьбы с ССЗ и факторами риска их развития стала одной из важных в деятельности института кардиологии, следуя тому правилу, что болезнь всегда легче предупредить, чем лечить. С этой целью, уже с начала создания института кардиологии была организована научная группа по профилактической кардиологии во главе с Т.С.Мейманалиевым. Результаты научных исследований, проводимых в рамках Всесоюзной комплексной программы «Многофакторная профилактика ИБС», показали высокую частоту встречаемости ИБС и факторов риска ее развития среди мужского населения г. Фрунзе. При этом показано, что осуществление активных профилактических мероприятий (немедикаментозным путем) способствует достоверному снижению факторов риска – артериальной гипертензии, курения, гиперхолестеринемии.

С конца 70-х годов и далее приобретаются такие крупные научные приборы, как автоанализатор АА-2 фирмы «Техникон» для проведения исследований липидов и липопротеидов плазмы крови, аппарат искусственной почки, мингограф-82, физико-химическая лаборатория, вирусологическая лаборатория, биохимическая лаборатория «Контр», газоанализатор «Коренг».

Неоценимая заслуга в создании и наращивании материально-технической базы КНИИК принадлежит глубокоуважаемому Т.У. Усубалиеву, занимавшему в те годы (1961-1985гг) пост первого секретаря Центрального Комитета Кыргызской коммунистической партии. Подтверждение тому – архивные документы – письма за подписью

У.Т.Усубалиева на имя министров здравоохранения СССР Б.В. Петровскому, С.П.Буренко, заместителю председателя Совета Министров СССР академику Г.И.Марчуку и др. с просьбой о приобретении в КНИИК необходимого оборудования и проведения научных разработок и т.д.

Таким образом, КНИИК уже в те годы представлял собой достаточно крупное и оснащенное медицинское учреждение со сформировавшимся научным коллективом, способным решать самые ответственные задачи.

Восьмидесятые годы были наиболее динамичными в развитии научно-исследовательской деятельности института. В это время завершилось строительство всего комплекса зданий института (1985г.), сформировался основной интеллектуальный костяк, проводились экспедиции и командировки. Количество научных тем, разрабатываемых институтом в те годы, значительно возросло. Многие темы после признания их приоритетности экспертными советами АМН СССР выполнялись в рамках Международных научно-технических программ «Геном человека» и «Борьба с наиболее распространенными болезнями», а также межправительственного договора между СССР и США в области здравоохранения по разделу «Метаболизм сердца и легких». Результаты научных исследований сотрудников получили международное признание.

Показательным в этом отношении стал IX Всемирный конгресс кардиологов (Москва, 1982), в рамках которого в столице республики состоялся сателлитный симпозиум «Легочные артериальные гипертензии». В Москве с докладами выступили 10 кыргызстанцев (М.М. Миррахимов, М.И. Китаев, К.А. Айтбаев, С.Д. Джошибаев, Т.С. Мейманалиев, И.К. Молдоташев, Р.И. Руденко, Ж.С. Рафибекова, И.Т. Каложный, К.К. Кадыралиев). В работе сателлитного симпозиума приняли участие ученые из зарубежных стран (США, Чехословакия, Голландия, Япония, Италия, Швейцария, Перу, Турция), ведущих научных центров г. Москвы, г. Ленинграда и других городов союзных республик. Симпозиум прошел на высоком научно-техническом уровне и стал свидетельством значительных достижений кыргызских ученых-кардиологов республики.

Таким образом, подводя итоги научно-организационной деятельности КНИИК, руководимого М.М. Миррахимовым в восьмидесятые годы, следует выделить следующие моменты:

Под методическим руководством КНИИК была организована оптимальная сеть кардиологических учреждений, включающая кардиологический научный центр, кардиологические отделения в областных и некоторых районных больницах, кардиологические кабинеты в поликлиниках, мед. сан. частях, отделения восстановительного лечения.

Подготовлены высококвалифицированные кадры не только в области кардиологии, но и в области биологических и технических наук, имеющих отношение к кардиологии (защитены 21 докторская и 78 кандидатских диссертаций; аспирантуру и клиническую ординатуру завершили 182 специалиста, 260 врачей обучены на рабочем месте).

- Налажены и внедрены современные методы ядерной (радиоизотопной), ультра-звуковой, ангиографической, биохимической и иммунологической диагностики заболеваний сердца.

- Разработаны эффективные диагностические, лечебные и профилактические технологии в области практической медицины и кардиологии, такие, как методика прогнозирования адаптивной способности людей, переезжающих в горы; лечение острой СН воздействием отрицательного давления на нижнюю часть тела (ОДНТ); впервые в СССР при лечении ОИМ были внедрены системная тромболитическая терапия на догоспитальном этапе, трехэтапная система реабилитации пациентов с ОИМ, позволившая обеспечить почти 80%-й возврат таких пациентов к труду.

- Большим достижением в развитии кардиологической службы в республике было создание в КНИИ кардиологии дистанционно-диагностического центра с передачей ЭКГ по телефонным каналам связи, что позволяло врачу из любого уголка республики в кратчайший срок передать ЭКГ пациента и получить консультацию специалиста. Ежегодно центр расшифровывал до 40 тыс. ЭКГ и одновременно оказывал консультативную помощь по телефону.

Благодаря проводимым мероприятиям, в 80-х годах в Кыргызстане удалось реально снизить больничную смертность от ОИМ по республике до 12% (до 1970 г. она достигала 40-60%), в стационаре КНИИ кардиологии этот показатель стал ниже 4%.

За организацию кардиологической помощи населению республики, разработку и внедрение современных методов диагностики, лечения и профилактики ИБС в 1984 году авторский коллектив КНИИК в составе: М.М. Миррахимова, Т.Б. Балтабаева, Т.М. Мураталиева, Т.С. Мейманалиева, И.К. Молдоташева, Р.И. Руденко, Ж.С. Макаровой был удостоен Государственной премии в области науки и техники Кыргызской ССР.

Одним из приоритетных научных направлений руководимого М.М. Миррахимовым коллектива явилась разработка и внедрение в медицинскую практику современных методов диагностики начальных форм СН. Выявлена роль предсердий в механизмах компенсации и декомпенсации сердечной деятельности, разработаны диагностические критерии доклинической стадии СН, диагностики и лечения ее путем создания ОДНТ. За цикл работ по разработке и внедрению в медицинскую практику современных методов диагностики ран-

них форм СН, механизмов их развития, профилактики и лечения М.М. Миррахимову в 1980 году присуждена Государственная премия в области науки и техники СССР.

В 1987 году сотрудники отделения хронической СН (И.К. Молдоташев, А.М. Тененбаум, З.А.Ниязова, Б.Ж. Джумабекова, К.А. Джайлобаева) за цикл работ «Разработка и внедрение новых методов диагностики, лечения и профилактики хронической сердечной недостаточности в КР» были удостоены звания лауреатов премии Ленинского комсомола Киргизии в области науки и техники за 1985-1986гг.

Как уже сообщалось, впервые (в 1982 году) была показана высокая эффективность ранней догоспитальной тромболитической терапии у пациентов с ОИМ с применением стрептокиназы, инфузии нитроглицерина, аскорбиновой кислоты и гепарина. В 1989 году сотрудники отделения неотложной кардиологии КНИИК Э.М. Миррахимов, Ю.А. Тилис, Н.Л. Цой, Г.З. Кудайбердиева за создание и внедрение новых методик раннего лечения ОИМ награждены премией Ленинского комсомола. Позднее будет издана монография Э.М. Миррахимова и Г.З. Кудайбердиевой «Реперфузионная терапия в лечении острого инфаркта миокарда» (2000г.). В ней обобщаются последние достижения исследований в этой области отечественных и зарубежных ученых, излагаются современные подходы к применению тромболитиков, антикоагулянтов, антиагрегантов в лечении острого коронарного синдрома. Кроме того, в отделении неотложной кардиологии (заведующий отделением профессор Т.Б.Балтабаев) еще на начальных этапах проводился количественный анализ лимитирующих факторов системного кровообращения, создана принципиально новая математическая модель кровообращения, исследован системный механизм генеза феномена Анрепа и многое другое. Это получило отражение в монографиях М.М. Миррахимова и В.П. Бакалова «Прикладные аспекты биотелеметрии» (1979г.), «Вероятностные модели электрофизиологических процессов и полей» (1984 г.) [2,3].

К наиболее существенным разработкам восьмидесятых годов в области кардиологии (выделенным академиком М.М. Миррахимовым) можно отнести следующие:

- методику выявления скрытой СН при развитии гипертрофии миокарда правой и левой половины сердца посредством оценки не только функции желудочков сердца, но и реакции предсердий на дозированные нагрузки, оцениваемой по данным предсердной ЭКГ, предсердной интегральной кардиотопографии и ЭХОКГ. В повседневной практике зарекомендовал себя наиболее простой методический подход, а именно – применение предсердной ЭКГ. Данный способ оправдывает себя и при решении вопроса об эффективности лечения явной СН посредством создания «не-

догрузки» сердца путем временного депонирования крови с помощью ОДНТ аппаратом «Вакуум-2» или инфузией вазодилатора нитроглицерина;

- метод диагностики подверженности нарушениям ритма сердца при гипертонической болезни, когда проявления гипертрофии левого желудочка сердца еще отсутствуют. Оказалось, что ремоделирование сердца в ранней стадии эссенциальной гипертонии (ЭГ) сопровождается повышенной встречаемостью аритмий сердца, причем наиболее благоприятным в этом отношении является эксцентрический вариант адаптивной перестройки сердца;

- распознавание объема некротического повреждения миокарда при помощи интегральной электрокардиотопографии (по методике Р.З. Амирова);

- ранняя ультразвуковая диагностика митрального стеноза с использованием критерия раннего «подтягивания» митрального клапана;

- доказательство более тяжелого течения застойной СН у аборигенов высокогорья и меньшей распространенности среди них КБС;

- характеристика эпидемиологии основных заболеваний сердечно-сосудистой системы в КР, позволившая выделить основные меры первичной и вторичной профилактики КБС и артериальной гипертонии. М.М. Миррахимов один из первых предложил выделять семьи с высоким риском заболевания КБС и применять меры первичной и вторичной профилактики на семейном уровне.

Под руководством М.М. Миррахимова, являющегося по существу основоположником высокогорной кардиологии, рассматриваются и проблемы, касающиеся диагностики и лечения основных заболеваний сердечно-сосудистой системы в условиях высокогорья. В этой серии работ изучено влияние адаптации к прерывистой гипоксии на течение ОИМ и на регрессию экспериментального атеросклероза («Сердечно-сосудистая система в условиях высокогорья», 1968 г.; «Болезни сердца и горы», 1971 г.; «Сердечно-сосудистая система в экстремальных природных условиях», 1983 г.; «Высокогорная кардиология» в соавт. с Т.С. Мейманалиевым, 1984 г. и др.) [4, 5, 6, 7, 8, 9]. Показана возможность использования гипоксических тренировок как немедикаментозного метода лечения атеросклероза, впервые разработаны критерии использования гипоксических тренировок в лечебных и реабилитационных целях при КБС и ЭГ. Установлено, что ежедневное дозированное вдыхание гипоксической газовой смеси улучшает клиническое течение неосложненного ОИМ, а также оказывает положительное влияние на течение ЭГ. На основании проведенных исследований была показана высокая эффективность использования средне- и высокогорного климата для первичной и вторичной профилактики КБС, ЭГ и реабилитации пациентов с ОИМ в условиях среднегорного кардиологического санатория. Изучен

сравнительный эффект высокогорной адаптации, ловастатины, экстракорпоральных методов и их сочетаний на липидный обмен при первичной гиперхолестеринемии [10, 11].

Резюмируя советский период развития кардиологии в КР можно считать, что благодаря неустанному труду академика М.М. Миррахимова и при поддержке руководства республики (Т.У.

Литература.

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

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

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

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

5. Миррахимов М.М. Сердечно-сосудистая система в условиях высокогорья. – Ленинград, Медицина. – 1968. – 158с.

Сведения об авторах:

1. Кыдыралиева Рыскуль Бекбаевна. Национальный Центр кардиологии и терапии им. академика М. Миррахимова. г. Бишкек. 720040. ул. Тоголок Молдо Занимаемая должность: заведующая научно-методическим отделом. E-mail: pccim@mail.kg, тел.: +996 312 625691, +996701 782236

2. Молдоташев Ишенбай Курманович. Ученая степень: доктор медицинских наук. Профессор. Кардиологическая клиника «Бикард». Адрес: г. Бишкек. 720005. ул. Тыныстанова 2/1. Заведующий реабилитационным отделением. E-mail: moldotashev53@mail.ru, тел.: +996312979688, +996 550 302053.

Усубалиева) удалось создать современный кардиологический центр. В Советском Союзе к концу 80-х годов по результатам своей научно-практической деятельности КНИИК входил в первую тройку лидеров и являлся ведущим центром в Центральной Азии, а также стал одним из признанных мировых центров в области высокогорной кардиологии.

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

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

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

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

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

11. Кыдыралиева Р.Б. Становление и развитие национального центра кардиологии и терапии. – Бишкек, 2007. – 107с.

3. Кудайбергенова Назира Төрөбаевна. Ученая степень: доктор медицинских наук. Старший научный сотрудник. Международная высшая школа медицины. Почтовый адрес: г. Бишкек. ул. Интергельпо 1. и.о. профессора кафедры терапии. Тел.: +996 557 190288, e-mail: nazira_@mail.ru

4. Осмонов Дамир Асилбекович. Место работы: Кардиологическая клиника «Бикард». Почтовый адрес: г. Бишкек. 720005. ул. Тыныстанова 2/1. Занимаемая должность: Главный врач кардиологической клиники «Бикард». Тел.: +996 312 979688, +996 772 931606, E-mail: dr.osmonov@gmail.com.

УДК 616.12-008.331.1-06:616-008.9 (575.2)

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ТУРГУНДАРЫНЫН АРАСЫНДА МАЙ ЗАТТАРЫНЫН АЛМАШУУСУНУН БУЗУЛУУЛАРЫНЫН ТАРАЛЫШЫ: ЖАШЫ, ЖЫНЫСЫ, ЖАНА ЭТНИКАЛЫК БЕЛГИЛЕРИ БОЮНЧА («ИНТЕРЭПИД» ЭЛ АРАЛЫК ИЗИЛДӨӨ МААЛЫМАТТАРЫ БОЮНЧА)

КР ССМ караштуу академик М. Миррахимоватындагы улуттук кардиология жана терапия борбору (Бишкек ш., Кыргыз Республикасы)¹

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз Орусия Славян Университети, медицина факультети (Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы)²

Аннотациясы. Бул макалада биздин Республикадагы жумушка жарай турган калктын май заттарынын алмашуусунун бузулуукөрүнүштөрү изилденди. Анын ичинде өзгөчө тыгыздыгы аз болгон липопротеиндерикездешти.

Негизги сөздөр: кан-тамыр оорулары, кооптуу белгилер, май-заттар алмашуусунун бузулушу.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛИПИДНЫХ НАРУШЕНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ: ВОЗРАСТНЫЕ, ГЕНДЕРНЫЕ И ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ (ПО ДАННЫМ МЕЖДУНАРОДНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ИНТЕРЭПИД»)

Полупанов А.Г., Романова Т.А., Рыскулова С.Т., Ческидова Н.Б., Мамасаидов Ж. А., Махмудов М.Т., Алтымешева А.Т., Джумагулова А.С.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика М. Миррахимова МЗ КР (г. Бишкек, Кыргызская Республика)¹

Кыргызско-Российский Славянский Университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина (г. Бишкек, Кыргызская Республика)²

Аннотация. В работе изучена частота встречаемости нарушений липидного обмена среди трудоспособного населения нашей республики. Показана высокая частота встречаемости нарушений липидного обмена, при этом наиболее распространенным видом дислипидемии является повышенный уровень ХС-ЛПНП, реже встречаются гипо-ЛПВП-емия и гипертриглицеридемия.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, дислипидемия.

PREVALENCE OF LIPID DISORDERS AMONG THE RESIDENTS OF KYRGYZREPUBLIC: AGE, GENDER AND ETHNIC ORIGIN (ACCORDING TO INTERNATIONAL STUDIE “INTEREPID”)

Polupanov A.G., Romanova T.A., Ryskulova S.T., Cheskidova N.B., Mamasaidov J.A., Makhmudov M.T., Al-tymysheva A.T., Djumagulova A.S.

Abstract. This work studied the frequency of lipid disorders among working age population of our country. The high incidence of lipid disorders were shown. The most common form of dyslipidemia was an increased level of LDL, less frequent hypo-HDL-emiya and hypertriglyceridemia.

Keywords: cardiovascular disease, risk factors, dyslipidemia.

Введение

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.

В результате Фремингемского и других исследований [4-6] было показано, что уровень холестерина в крови представляет собой прямой фактор риска ССЗ. По данным ВОЗ гиперхолестеринемия (ГХС) (более 5 ммоль/л) вызывает около 4,4 миллиона смертей в год, что составляет 7,9% от общей смертности. Данный показатель ответственен за развитие мозгового инсульта (МИ) в 18% случаев и КБС – в 56% случаев [7].

К настоящему времени проведены многочисленные исследования, посвященные изучению распространенности нарушений липидного обмена в различных регионах мира. В частности, по данным Национального Института Здоровья (США) распространенность ГХС среди американцев составляет 25% [8]. Результаты NHANES 2001–2004 (NCHS) показали, что средний уровень общего холестерина в крови взрослых старше 20 лет составил 201 мг/дл у мужчин и 203 мг/дл у женщин [9].

В Кыргызской Республике исследования, касающиеся распространенности гиперхолестеринемии (ГХС), проводились преимущественно в 80-

е годы прошлого века. Согласно этим данным [10-11], распространенность ГХС в среднем по республике составляла 17,0-19,6%, увеличиваясь с возрастом. Данных по распространенности различных видов дислипидемий (ДЛП) в нашей республике нами не найдено.

Распространенность ДЛП и ее качественные характеристики подвержены существенными расовыми / этническими различиями, даже при проживании представителей разных рас / этнических групп в одной стране, что показано в США на примере афроамериканцев, липидный спектр которых характеризуется более низкими уровнями триглицеридов и высокими ЛПВП [12]. При этом вопрос о расовоэтнической детерминированности особенностей липидных нарушений до сих пор не решен окончательно.

На территории СНГ сложились благоприятные условия для изучения влияния этнических факторов на формирование АГ, так как во многих государствах СНГ имеются крупные популяции русских по национальности жителей, которые проживают в сходных условиях с коренным населением. Этнические различия распространенности ДЛП показаны на примере США [13], Непала [14], в которых различные этносы, проживая в сходных условиях, демонстрировали различную частоту встречаемости нарушений липидного обмена.

Поэтому целью настоящего исследования явилось изучение количественных и качественных характеристик ДЛП среди населения Кыргызской Республики с анализом этнических особенностей.

Материал и методы исследования. Данное исследование было проведено в рамках международного проекта «ИНТЕРЭПИД». Это одномоментное эпидемиологическое исследование распространенности основных хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска среди жителей малых городов и сельской местности нескольких стран, выполняемое по единому протоколу.

На первом этапе исследования, на основании избирательных списков жителей двух населенных пунктов Кыргызстана – малого города и села, была сформирована случайная выборка, включавшая 1774 человек, репрезентативная по половозрастному составу населения. Обследовано 1330 человек, включенных в выборку, что составило 75% от общей численности выборки.

Обследование включало опрос по специальной карте, объективные изменения (АД, рост, вес, пульс) и лабораторные анализы. «Карта профилактического обследования», разработанная Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины (Москва, Россия) включала 9 блоков информации, в том числе паспортную часть, вопросы по семейному и личному анамнезу, наличию факторов риска, включая, данные по обращаемости за медицинской помощью и нетрудоспособности, объективные данные, а также вопросники: Роузе, на наличие симптомов сердечной недостаточности, вопросник на уровень стресса [ReederL., 1973], вопросник по качеству жизни, а также госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS.

Кровь для исследования брали из локтевой вены в положении сидя утром натощак после 12-ти часового ночного перерыва в приеме пищи.

Результаты исследования

Структура обследованной выборки по национальности и полу представлена в табл. 1. Большинство обследованных нами лиц были кыргызами – 753 человека (56,6 %), русских – 477 человека (35,9%). На долю остальных национальностей (казахи, немцы, корейцы, дунгане, татары, узбеки, уйгуры, украинцы, грузины, армяне, азербайджанцы, белорусы) приходилось 7,5 %. Выявлены возрастные различия: обследованные

Содержание общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) определяли на биохимическом автоанализаторе Sinhron CX4-DELTA фирмы «Beckman», США. Концентрацию холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) вычисляли по формуле Friedewald W.T (1972): $ЛПНП = ОХ - (ТГ/2,2) - ЛПВП$.

Наличие ГХС признавалось при уровне общего холестерина (ОХС) 5,0 ммоль/л и выше, гипертриглицеридемии – при уровне ТГ 1,7 ммоль/л и выше. Повышение ХС-ЛПНП признавалось при его уровне выше 2,58 ммоль/л, снижение ХС-ЛПВП – при его уровне менее 1,29 ммоль/л у женщин и менее 1,03 ммоль/л у мужчин.

Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинской Декларации. Протокол исследования был одобрен Этическими комитетами всех участвующих клинических центров. До включения в исследование у всех участников было получено письменное информированное согласие.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программ STATISTICA 6.0, BIOPSTAT и статистической среды R [www.r-project.org]. Достоверность различий между группами определяли с помощью непараметрического критерия Z, критерия Манна-Уитни, а также параметрического t-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Стандартизация распространенности ДЛП была произведена прямым методом с использованием европейского стандарта ВОЗ.

кыргызы оказались моложе русской популяции (табл. 1).

Распространенность дислипидемий

Общая частота ДЛП в обследованной выборке составила 89,1% без существенных гендерных различий (87,5% у мужчин и 90,3% у женщин, $p > 0,05$). Однако, у женщин по сравнению с мужчинами отмечались более высокие уровни ОХС ($5,15 \pm 1,15$ ммоль/л и $4,95 \pm 1,26$ ммоль/л

Таблица 1. Структура обследованной выборки по возрасту.

	Все	Муж	Жен	Средний возраст, все
Русские	477	185	292	43,6
Кыргызы	753	332	421	38,0
Прочие	100	54	46	40,8
Все	1330	571	759	40,2

соответственно, $p < 0,01$), ХС-ЛПНП ($3,29 \pm 0,99$ ммоль/л и $3,07 \pm 1,0$ ммоль/л соответственно, $p < 0,001$) и ХС-ЛПВП ($1,26 \pm 0,34$ ммоль/л и $1,08 \pm 0,31$ ммоль/л соответственно, $p < 0,001$). В то

же время мужчины характеризовались более высокими уровнями ТГ ($1,61 \pm 1,07$ ммоль/л у мужчин против $1,26 \pm 0,69$ ммоль/л у женщин, $p < 0,001$).

Таблица 2. Гендерные различия в частоте липидных нарушений.

Вид ГЛП	Вся выборка	мужчины	женщины	p
ГХС (ОХС > 5,0 ммоль/л)	640 (48,1%)	257 (43,5%)	383 (50,2%)	<0,01
ЛПНП > 2,58 ммоль/л	945 (71,1%)	373 (65,8%)	572 (75%)	<0,001
ТГ > 1,7 ммоль/л	349 (26,2%)	197 (34,7%)	152 (19,9%)	<0,001
ЛПВП < 1,29 ммоль/л (у женщин); < 1,03 ммоль/л (у мужчин)	759 (57,1%)	321 (56,6%)	438 (57,4%)	нд

Примечание: ГЛП – гиперлипидемии; ГХС – гиперхолестеринемия; p- достоверность различий между мужчинами и женщинами; нд – различия недостоверны.

Наиболее частым видом ГЛП являлся повышенный уровень ХС-ЛПНП, который был выявлен у 71,1% респондентов, сниженный уровень ХС-ЛПВП диагностирован у 57,1% населения, ГХС – у 48,1%, гипертриглицеридемия – у 26,2%. При изучении гендерных различий в частоте различных видов ГЛП оказалось, что женщины достоверно чаще страдают гипер-холестеринемией (50,2% против 43,5% у мужчин, $p < 0,01$) и гипер-ЛПНП-емией (75% против 65,8% у мужчин, $p < 0,001$). В то же время частота гипертриглицеридемий преобладала у мужчин (34,7% против 19,9% у женщин, $p < 0,001$). По распространенности сниженного уровня ЛПВП группы мужчин и женщин между собой значимо не различались (56,6% и 57,4% соответственно, $p > 0,05$).

Поло-возрастная динамика распространенности дислипидемий

Как следует из данных представленных на рис. 1, отмечается четкая зависимость распространенности ГЛХ от возраста как у мужчин, так и у женщин. Так, в возрасте до 30 лет частота ГХС у мужчин составляла 21,6%, резко возрастая в 4-ой декаде жизни до 43,2%. В дальнейшем рост распространенности ГХС замедляется и у лиц старше 60 лет достигает 64,2%. Уровень ОХС в зависимости от возраста у мужчин описывается следующей закономерностью: $ОХС = 3,42 + 0,037 * \text{возраст}$. У женщин в возрасте до 30 лет распространенность ГХС составляла 27,1%. В возрастных диапазонах 30-39 лет и 40-49 лет частота гипер-холестеринемии у женщин была ниже, чем у мужчин. С 50-летнего возраста частота ГХС у женщин резко увеличивается, достигая у пожилых лиц 79,6%. У женщин зависимость уровня ОХС от возраста может быть представлена следующей формулой: $ОХС = 3,65 + 0,034 * \text{возраст}$.

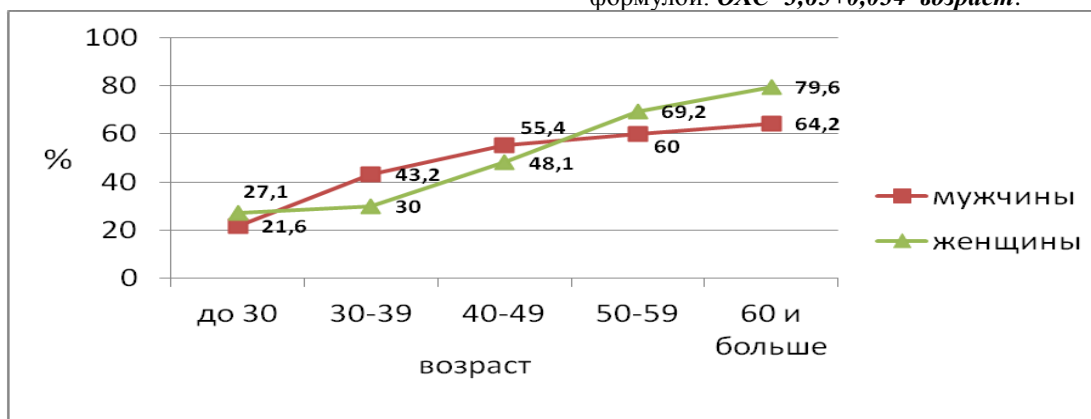


Рис. 1. Поло-возрастная динамика распространенности гиперхолестеринемии в изучаемой популяции.

Как следует из данных представленных на рис. 1, отмечается четкая зависимость распространенности ГХС от возраста как у мужчин, так и у женщин. Так, в возрасте до 30 лет частота ГХС у мужчин составляла 21,6%, резко возрастая в 4-ой декаде жизни до 43,2%. В дальнейшем рост распространенности ГХС замедляется и у лиц старше 60 лет достигает 64,2%. Уровень ОХС в зависимости от возраста у мужчин описывается следующей закономерностью: $ОХС = 3,42 + 0,037 * \text{возраст}$. У женщин в возрасте до 30 лет распространенность ГХС составляла 27,1%. В возрастных диапазонах 30-39 лет и 40-49 лет частота ГХС у женщин была

ниже, чем у мужчин. С 50-летнего возраста частота ГХС у женщин резко увеличивается, достигая у пожилых лиц 79,6%. У женщин зависимость уровня ОХС от возраста может быть представлена следующей формулой: $ОХС = 3,65 + 0,034 * \text{возраст}$.

На рис. 2 представлены данные по половозрастной динамике частоты повышенного уровня ХС-ЛПНП. У мужчин распространенность данного вида ГЛП до 30-летнего возраста составляет 44,6%. В возрастном диапазоне 30-39 лет отмечается резкий скачок частоты гипер-ЛПНП-емии (до 66,9%).

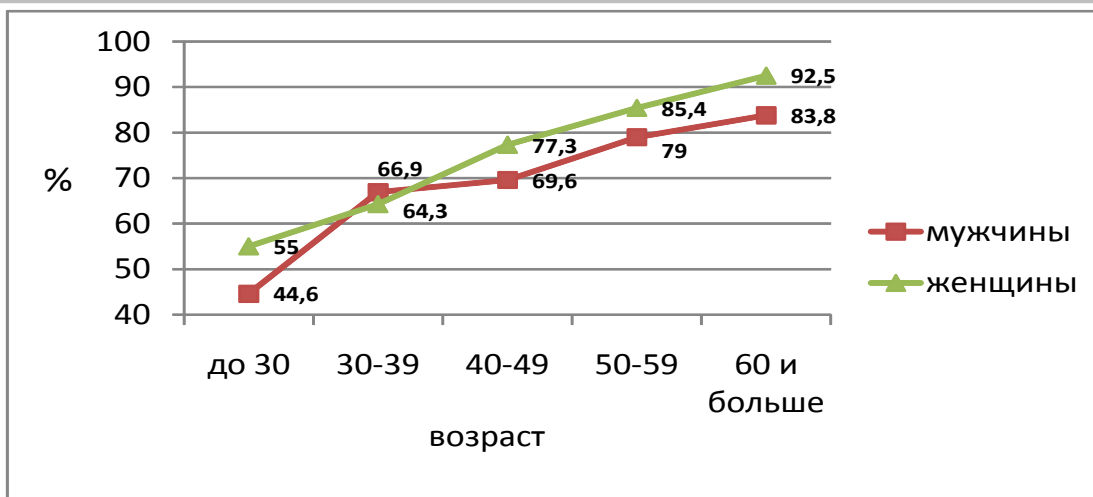


Рис. 2. Поло-возрастная динамика распространенности гипер-ЛПНП-емии в изучаемой популяции.

В дальнейшем отмечается плавное нарастание частоты ГЛП среди мужчин и в возрасте 60 лет и старше распространенность повышенного уровня ЛПНП достигает 83,8%. Зависимость уровня ХС-ЛПНП от возраста описывается следующей закономерностью: $ХС-ЛПНП = 2,01 + 0,026 * \text{возраст}$.

У женщин до 30 лет распространенность повышенного уровня ХС-ЛПНП составила 55,0%, медленно и почти линейно нарастая в течение всей жизни, достигая к возрасту 60 лет и старше 92,5% (рис. 2). Уровень ЛПНП в зависимости от возраста у женщин описывается следующей закономерностью: $ХС-ЛПНП = 2,09 + 0,027 * \text{возраст}$.

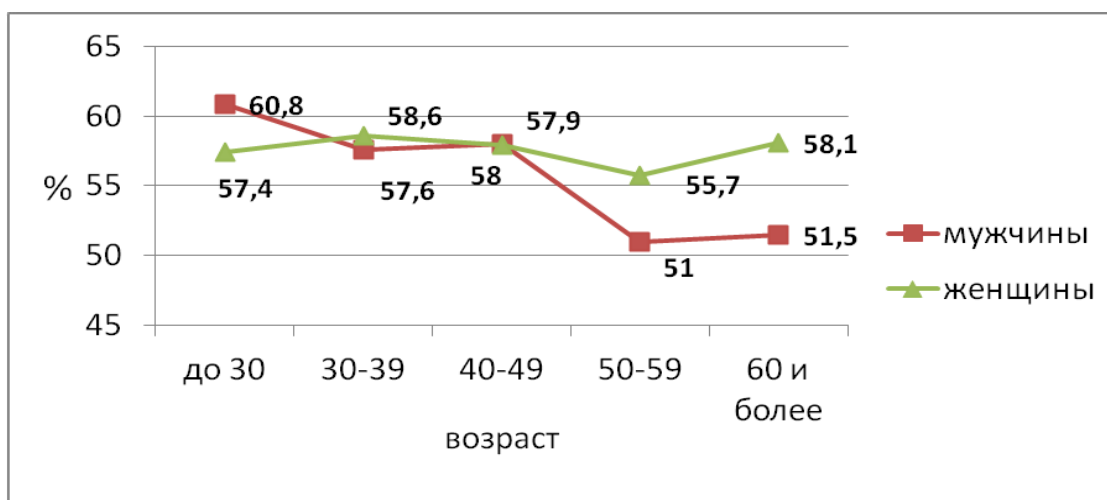


Рис. 3. Поло-возрастная динамика распространенности сниженного уровня ХС-ЛПВП в изучаемой популяции.

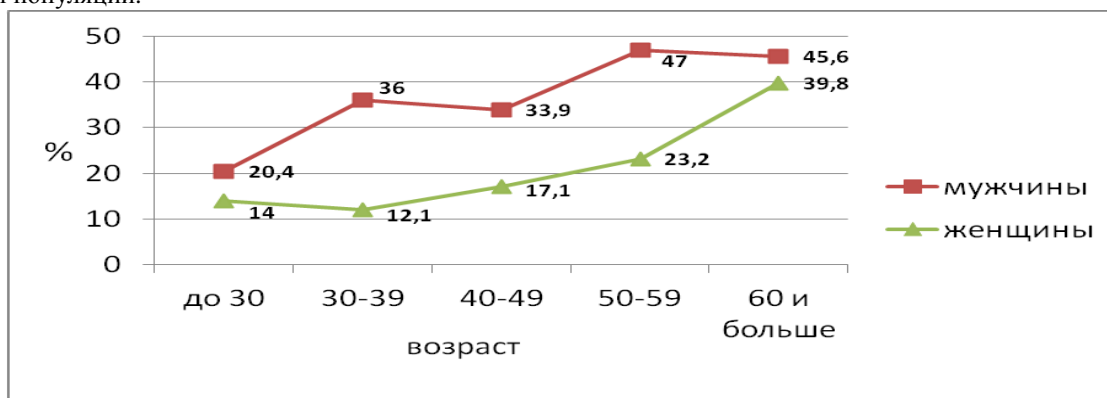


Рис. 4. Поло-возрастная динамика распространенности гипертриглицеридемий в изучаемой популяции.

Четкой зависимости сниженного уровня ЛПВП от возраста в нашем исследовании не отмечалось, что было справедливым для мужчин и женщин. Распространенность данного вида ДЛП в различные возрастные периоды колебалась в пределах 51,8-60,8% (рис. 3).

Распространенность гипертриглицеридемии превалировала у мужчин. У них частота повышенного уровня ТГ до 30-летнего возраста составляла 20,4%. В возрастном диапазоне 30-39 лет наблюдалось резкое (почти в 2 раза) увеличение распространенности данного вида ДЛП (до 36,0%). В старших возрастных группах отмечался медленный прогрессирующий рост данного показателя (до 45,6% в возрасте 60 лет и старше). У женщин частота гипертриглицеридемии оказалась ниже, чем у мужчин во всех возрастных группах ($p < 0,05-0,01$).

Этнические различия в частоте встречаемости дислипидемий.

Распространенность ДЛП среди коренных жителей республики составила 86,4%, что оказалась достоверно ниже, чем у русских по национальности жителей Кыргызстана (92,7%,

$p < 0,001$), что было характерно как для мужчин (84,7% и 90,5%, $p = 0,057$), так и для женщин (87,8% и 94,0%, $p < 0,01$). Вследствие того, что распространенность ДЛП характеризовалась гендерными различиями (рис. 1-4), то было проанализировано, насколько эти гендерные различия характерны для лиц разных национальностей.

ГХС достоверно чаще регистрировалась у русских, чем у кыргызов (54,9% против 42,4%, $p < 0,01$) и было характерно как для мужчин, так и для женщин. Выраженная ГХС ($> 6,2$ ммоль/л) регистрировалась у 21,8% русских мужчин и только у 11,3% мужчин коренной национальности ($p < 0,01$). У женщин частота встречаемости ГХС $> 6,2$ ммоль/л регистрировалась у 21,8% русских и 11,2% кыргызов ($p < 0,01$). Повышение ЛПНП ($> 2,58$ ммоль/л) также выявлялось чаще у русских (79,0%), чем у лиц коренной национальности (65,6%, $p < 0,001$) и было характерно и для мужчин и для женщин (табл. 3). Существенных этнических различий в частоте встречаемости сниженного уровня ЛПВП и гипертриглицеридемии нами выявлено не было.

Таблица 3. Этнические и гендерные различия уровня липидов и частоты дислипидемий среди жителей Кыргызской Республики.

Показатель	Мужчины			Женщины		
	кыргызы	русские	P	кыргызы	русские	p
ГХС $>5,0$	42,6%	48,6%	нд	42,3%	58,8%*	$<0,001$
ГХС $>6,2$	11,3%	21,8%	$<0,01$	11,2%	21,8%	$<0,001$
Уровень ОХС	4,84 \pm 1,24	5,21 \pm 1,35	$<0,001$	4,95 \pm 1,15	5,41 \pm 1,11	$<0,001$
ЛПНП $>2,58$	61,7%	70,9%	$<0,05$	68,7%	84,2%**	$<0,01$
ЛПНП $>4,9$	2,5%	10,1%	$<0,01$	5,0%	9,9%	нд
Уровень ЛПНП	2,98 \pm 0,97	3,25 \pm 1,07	$<0,01$	3,13 \pm 0,97*	3,50 \pm 0,99**	$<0,001$
ЛПВП $<1,03$ (м); $<1,29$ (ж)	56,4%	56,4%	нд	56,9%	58,8%	нд
Уровень ЛПВП	1,08 \pm 0,30	1,06 \pm 0,29	нд	1,25 \pm 0,32**	1,27 \pm 0,37**	нд
ТГ $>1,7$	33,1%	35,8%	нд	19,1%**	20,8%**	нд
ТГ $>2,3$	15,0%	21,2%	нд	6,0%*	6,7%**	нд
Уровень ТГ	1,54 \pm 1,04	1,71 \pm 1,15	нд	1,21 \pm 0,69	1,31 \pm 0,67**	нд

Примечание: данные представлены в виде ммоль/л; ГХС – гиперхолестеринемия; ТГ – триглицериды; p – достоверность различий между этническими группами; нд – различия недостоверны; * - достоверность различий между мужчинами и женщинами в пределах одной этнической группы; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Обсуждение

К настоящему времени проведены многочисленные исследования, посвященные изучению распространенности нарушений липидного обмена в различных регионах мира. В частности, по данным Национального Института Здоровья (США) распространенность ГХС среди американцев составляет 25% [8]. Результаты исследований, проведенных в нашей республике в 80-х годах 20-го века, свидетельствуют о том, что распространенность ГХС (ОХС $>5,2$ ммоль/л) составляла 17,0-19,6% (10,11). Согласно результатам нашего исследования частота ГХС (ОХС $\geq 5,0$ ммоль/л) оказалась существенно выше, составляя у мужчин 43,5%, у женщин – 50,2%. Высоким оказался и

средний уровень ОХС (4,95 ммоль/л у мужчин и 5,15 ммоль/л у женщин).

Данных по распространенности различных видов дислипидемий в нашей республике нами не найдено. Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что наиболее распространенным видом дислипидемий в Кыргызстане является повышенный уровень ХС-ЛПНП, который регистрируется у 65,3% мужчин и 74,3% женщин. Несколько реже встречаются липидные нарушения, характеризующиеся снижением уровня ХС-ЛПВП (у 56,6% мужчин и 57,4% женщин). Наиболее редко встречается гипертриглицеридемия. Такие виды дислипидемий как ГХС, гипертриглицеридемия и сниженный уровень ХС-ЛПВП сущест-

венно чаще встречаются у женщин, напротив, гипер-триглицеридемия чаще регистрируется у мужчин. Частота ДЛП (за исключением сниженного уровня ЛПВП) нарастает по мере увеличения возраста.

О гендерных различиях в распространенности ДЛП сообщается в исследованиях Игониной Н.А. и соавт. (2012)[15], Eremci соавт. (2008)[16], Stewart CP и соавт. (2013)[14]. Eremci соавт. (2008)[16], обследовав турецкую популяцию, выявили существенные гендерные различия в распространенности отдельных видов ДЛП: распространенность всех видов ДЛП, за исключением гипертриглицеридемии, оказалась выше среди мужчин. При этом, также как и в нашем исследовании, наиболее распространенным видом ДЛП являлась гипер-ЛПНП-емия (44,5%). Обращает на себя внимание высокая частота встречаемости сниженного уровня ЛПВП в нашем исследовании, которая существенно превышает данные ряда других авторов в отношении распространенности данного вида ДЛП [14,16-18]. (Erem C et al., 2008; Wang JW et al., 2011; Stewart CP et al., 2013; Jago R et al., 2013).

Нами были выявлены этнические различия в распространенности ДЛП среди жителей

республики. В частности, коренные жители республики в сравнении с русскими имели более низкие уровни ОХС и ХС-ЛПНП. При этом традиционно кыргызы употребляют с пищей больше мяса и жира по сравнению с русскими. По частоте сниженного уровня ЛПВП и гипертриглицеридемии разные этносы существенно не различались. Об этнических различиях в распространенности ДЛП сообщается Stewart CP и соавт. (2013) [14], которые выявили отличия в частоте ДЛП у различных народностей, проживающих в Непале.

Изучение вопроса о роли этнической принадлежности в развитии ДЛП имеет большое значение для понимания механизмов их развития, включая взаимодействия генотипфакторы окружающей среды. В этом отношении, в таких странах как Кыргызстан, где есть крупные популяции разных национальностей проживающих в сходных условиях в течение длительного времени можно анализировать влияние различных факторов на риск развития ДЛП. На следующем этапе работы будет проведен детальный анализ предикторов наличия ДЛП у разных национальностей, включая фактор питания и социально-демографические параметры.

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. Sarwar N., Danesh J., Eiriksdottir G. et al. Triglycerides and the Risk of Coronary Heart Disease. 10 158 Incident Cases Among 262 525 Participants in 29 Western Prospective Studies. // Circulation. – 2006. – Vol.115. – N.4. – P. 450-458.
5. Gordon D.J., Probstfield J.L., Garrison R.J. et al. High-density lipoprotein cholesterol and cardiovascular disease. Four prospective American studies. // Circulation. – 1989. – Vol. 79. – N. 1. – P. 8-15.
6. Danesh J., Collins R., Peto R. Lipoprotein(a) and coronary heart disease. Meta-analysis of prospective studies. // Circulation. – 2000. – Vol. 102. – N. 10. – P. 1082-1085.
7. World Health Organization. Report. Preventing Risks, Promoting Healthy Life, 2002.
8. 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.

9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disparities in screening for and awareness of high blood cholesterol: United States, 1999 – 2002. // MMWR Morb Mortal Wkly Rep. – 2005. – Vol. 54. – P. 117–119.

10. Миррахимов М.М., Мейманалиев Т.С. Заключительный отчет НИР «Разработать предложения по улучшению и совершенствованию воспитания здорового образа жизни среди населения Киргизской ССР». – Фрунзе, 1990. – 53 с.

11. Миррахимов М.М., Мейманалиев Т.С., Айтбаев К.А. и др. Распространенность ишемической болезни сердца среди горцев Тянь-Шаня и Памира. // Ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия в Киргизии. – Фрунзе, 1983. – С.16-24.

12. Gaillard T, Schuster D, Osei K. Metabolic syndrome in Black people of the African diaspora: the paradox of current classification, definition and criteria. Ethn Dis. 2009;19(2):2-7.

13. Zeno SA, Deuster PA, Davis JL, et al. Diagnostic criteria for metabolic syndrome: caucasians versus African-Americans. Metab Syndr Relat Disord. 2010;8(2):149-56.

14. Stewart CP, Christian P, Wu LS, Leclercq SC, Khatry SK, West KP Jr. Prevalence and Risk Factors of Elevated Blood Pressure, Overweight, and Dyslipidemia in Adolescent and Young Adults in Rural Nepal. Metab Syndr Relat Disord. 2013 May 17. [Epub

ahead of print]

15. Игонина Н.А., Журавлева Е.А., Кондрашева Е.А. и др. Уровень холестерина в популяции взрослого населения РФ 20-70 лет. Атеросклероз и дислипидемии 2012; 4:68-72.

16. Erem C, Nacihasanoglu A, Deger O, Kocak M, Topbas M. Prevalence of dyslipidemia and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon lipid study. *Endocrine* 2008;34(1-3):36-51.

17. Jago R, Harrell JS, McMurray RG, Edelstein

S, El Ghormli L, Bassin S. Prevalence of abnormal lipid and blood pressure values among an ethnically diverse population of eighth-grade adolescents and screening implications. *Pediatrics*. 2006;117(6):2065-73.

18. Wang JW, Hu DY, Sun YH, Wang JH, Xie J. Gender difference in association between smoking and metabolic risks among community adults. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2011;91(12):805-9.

Сведения об авторах

1. Полупанов Андрей Геннадьевич – д.м.н., профессор Кыргызско-Российского Славянского университета имени Б.Н. Ельцина, медицинского факультета; в.н.с. отделения артериальных гипертензий Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова.

2. Романова Татьяна Анатольевна - д.м.н., зав. отделением артериальных гипертензий Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова.

3. Рыскулова Сайрагуль Токтобековна м.н.с. отделения артериальных гипертензий Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова.

4. Ческидова Наталья Борисовна – к.м.н., с.н.с. отделения артериальных гипертензий Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова.

5. Мамасаидов Ж. А. - преподаватель Кыргызско-Российского Славянского университета имени Б.Н. Ельцина, медицинского факультета.

6. Алтымьшева Алина Тариеловна – к.м.н., зав. отделением амбулаторно-диагностического отделения Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова.

7. Джумагулова Айнагуль Сексеналиевна – д.м.н., профессор, директор Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова. Почтовый адрес: 720040, Бишкек, ул. Тоголока Молдо, 3. Национальный центр кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова. E-mail: sayragys@mail.ru Тел: 996-312-62-56-79

8. Полупанов Андрей Геннадьевич – д.м.н., профессор Кыргызско-Российского Славян-

ского университета имени Б.Н. Ельцина, медицинского факультета; в.н.с. отделения артериальных гипертензий Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова.

9. Романова Татьяна Анатольевна - д.м.н., зав. отделением артериальных гипертензий Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова.

10. Рыскулова Сайрагуль Токтобековна - м.н.с. отделения артериальных гипертензий Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова, E-mail: sayragys@mail.ru Тел: 996-312-62-56-79

11. Ческидова Наталья Борисовна – к.м.н., с.н.с. отделения артериальных гипертензий Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова.

12. Мамасаидов Жахонгир Абдимуталибович - преподаватель Кыргызско - Российского Славянского университета имени Б.Н. Ельцина, медицинского факультета.

13. Алтымьшева Алина Тариеловна – к.м.н., зав. отделением амбулаторно-диагностического отделения Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова.

14. Махмудов Мурат Тоевич – врач-ординатор амбулаторно-диагностического отделения Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова.

15. Джумагулова Айнагуль Сексеналиевна – д.м.н., профессор, директор Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова. Почтовый адрес: 720040, Бишкек, ул. Тоголок Молдо, 3. Национальный центр кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова.

РЕЦИДИВИРЛЕНГЕН ПТЕРИГИУМДУ ДАРЫЛООНУН АЛГОРИТМИ

И. К. Ахунбаеватындагы КММАнын офтальмология кафедрасы: Сайдахметова Ч.Т., Сайдахметов Т.Б., Черных А.В., Гайдамак В.В., базистик жана клиникалык фармакология кафедрасы Тилекеева У.М.,

Корутунду. Бейтаптардын 3 тобуизилдөөгө алынды: 1-топ - контролдук, офтальмологиялык оорулар менен оорубаган бейтаптар. 2-топ птерициумдун баштальшы менен ооругандар, 3-топтогулар рецидивирленген птерициум менен ооругандар. 3-топтогуларда I жана II типтеги жөнөкөй герпестин вирусна антителдин жогорку титри табылды, ошондой эле IgC чоңойгону белгилүү болду. Рецидивирленген птерициумду дарылоонун жаңы алгоритмин колдонуу гуморалдык жана ткандык иммунитетти жөнгө салынышына, операциядан кийин бейтаптардын тез арада калыбына келишине жардам берди.

Негизги сөздөр: птерициум, вирус, мексидол.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПТЕРИГИУМА

Сайдахметова Ч.Т., Сайдахметов Т.Б., Черных А.В., Гайдамак В.В. кафедра офтальмологии КГМА им. И. К. Ахунбаева, Тилекеева У.М. кафедра базисной и клинической фармакологии КГМА им. И. К.

Резюме. Исследованы 3 группы пациентов: 1 группа контрольная, здоровые пациенты без офтальмологической патологии. 2 группа с первичным птерициумом, 3 группа с рецидивирующим птерициумом. В 3 группе выявлен высокий титр антител на вирус простого герпеса I и II типа, а также увеличение IgC. Использование нового алгоритма лечения рецидивирующего птерициума способствовало нормализации гуморального и тканевого иммунитета, быстрой реабилитации пациентов в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: птерициум, вирус, мексидол.

ALGORITHM FOR THE TREATMENT OF RECURRENT PTERYGIUM

Saydahmetova CH.T., Saidahmetov TB, Kyrgyz State Medical Academy Department of Ophthalmology, IK.

Summary. 3 groups of patients were studied: one group control, healthy patients without ophthalmic pathology. Group 2 with primary pterygium, Group 3 with recurrent pterygium. In group 3 revealed high antibody titers against herpes simplex virus types I and II, as well as increasing IgC. Using a new algorithm of treatment of recurrent pterygium contributes to the normalization of humoral immunity and tissue, helping to reduce the aggressive course of the postoperative course of recurrent pterygium, a decrease in the rehabilitation of patients period.

Keywords: pterygium, a virus, a herpes.

В современной офтальмологии проблема рецидивирующего птерициума остается актуальной, несмотря на интенсивный поиск причин и изучение факторов приводящих к развитию рецидива птерициума. Птерициум (птеригх - крыло) заболевание, обычно двустороннее, обусловлено нарастанием на роговицу со стороны конъюнктивы фиброваскулярной ткани в форме треугольника, расположенного на уровне открытой глазной щели, чаще с медиальной стороны [4].

Этиопатогенез птерициума не ясен, особенно в аспектах дисплазии, органотипических нарушений структуры соединительной ткани и микроциркуляторных расстройств, с вращением волокон измененной ткани до боуменовской оболочке (Фокин В.П. 2014г., Золотарев А.В., Миллюдин Е.С., 2007.). В этиопатогенезе играет роль повышенное ультрафиолетовое излучение, наследственная предрасположенность [4], работа на открытом воздухе, повышенный уровень пыли, профессиональная принадлежность к сельскохозяйствен-

ным видам деятельности и строительной сфере [4]. Птерициум классифицируют по степени: 1 степень - рост плевы на роговицу на 1-2 мм, 2 степень - рост плевы на 4 мм, 3 степень - рост плевы до края проекции зрачковой зоны, 4 степень - рост плевы до проекции зрачковой зоны. 5 степень - плева прорастает зрачковую зону роговицы и распространяется до противоположного лимба [5]. Единственным методом лечения птерициума на сегодняшний день является оперативное вмешательство. Многообразие операций говорит о недостаточной их эффективности в стремлении найти более оригинальные способы лечебной коррекции, чтобы исключить рецидивы и удовлетворить косметические требования. Процент рецидивов по данным разных авторов колеблется в пределах 26,9% - 55,1% (Петраевский А.В., Тришкин К.С., 2012г.). Некоторые исследователи придают значение возможной инфекционной природе птерициума, а именно потенциально онкогенным вирусам. Отмечается наличие вируса папилломы человека в

ткани птеригиума у 27,5% пациентов, тогда как в ткани конъюнктивы контрольной группы в 9,7%, что указывает на возможную синергическую роль вируса папилломы человека в патогенезе птеригиума [7]. Сообщается также об обнаружении в 22% случаев в ткани птеригиума I типа вируса простого герпеса, который не отмечается в конъюнктиве здоровых глаз [7,8]. В доступной нам литературе не исследовали кровь пациентов с птеригиумом на вирус простого герпеса I и II типа. Агрессивное течение рецидивирующего птеригиума в клинике послеоперационного течения, привело нас к исследованию вирусологического и иммунологического статуса этих пациентов, для проблемы адекватного лечения послеоперационного периода.

Цель - разработать алгоритм лечения рецидивирующего птеригиума с учетом воздействия лечения на вирусологический и иммуноло-

гический статус больных с рецидивирующим птеригиумом.

Под наблюдением находилось 36 пациентов в возрасте от 40 до 68 лет, в среднем $54,12 \pm 3,03$ года. Из них 31 женщина и 5 мужчин. При сборе анамнеза было установлено, что трудовая деятельность 17 (83%) пациентов с птеригиумом была связана с работой на открытом воздухе, в сельском хозяйстве. Жалобы пациентов сводились к сухости глаза 20 (74%), ощущение «инородного тела», рези в глазах 7(26,1%). Пациенты были распределены на 3 группы: 1 группа – контроля, состоящая из практически здоровых лиц без глазной патологии, соответствующего возраста (9 пациентов), 2 группа – пациенты с первичным птеригиумом (10 пациентов), 3 группа - пациенты с рецидивом птеригиума (17 пациентов). Распределение пациентов по степени птеригиума показано в таблице 1.

Таблица 1. Распределение пациентов по степени птеригиума.

Степень птеригиума	1 группа контроля	2 группа первичный птеригиум	3 группа рецидивирующий птеригиум	итог
1		1		1
2		7	8	15
3		2	7	9
4			2	2
5				
итог	9	10	17	36 пациентов

Острота зрения пациентов до операции в среднем была $0,7 \pm 0,11$; у 60% отмечался астигматизм, с коррекцией острота зрения достигала 0,8. Острота зрения здоровой группы 1,0. В 3 группе с рецидивирующим птеригиумом, рецидив наблюдался в сроки от 6 месяцев до 20 лет. Операции проведены классическим методом по Мак Рейнольдсу во 2 и 3 группе (рис.1).

Группам 2 и 3 проведены оперативные вмешательства по Мак-Рейнольдсу [1], т.е. по традиционной методике, заключающейся в отсепаровке головки и тела птеригиума и перемещению его вниз или вверх, где удалена часть конъюнктивы с предварительным истончением тела птеригиума, т.е. производилась пластика конъюнктивы. Место удаленного тела птеригиума, расслаивателем для роговицы, тщательно удалялись помутневшие, фиброзные участки верхних слоев роговицы под микроскопом. Зона лимба и близлежащая часть склеры тщательно коагулировалась. В 3 группе после пластики конъюнктивы, в конце операции вводился интерферон 0,2 мл. До операции и в послеоперационном периоде пациентам исследовалась кровь на вирусологический и иммуно-логический статус, для чего утром, натощак брали венозную кровь пациентов 10,0 мл, в иммунологическую лабораторию научно-исследовательского института микробиологии и медицины г. Бишкек.

В наших исследованиях, мы впервые показали корреляционные изменения в отношении как клеточного, так и гуморального звена иммунитета при птеригиуме. Клеточный иммунитет оценивали с помощью показателей Т-лимфоциты (CD3+), Т-хелперы (CD4+) и цитотоксические лимфоциты (CD8+) и иммунорегуляторным индексом - отношением CD4+/ CD8+. Гуморальный иммунитет оценивали по содержанию в крови титра антител IgG, IgA и IgM и количества В-лимфоцитов (CD19+), а также по содержанию специфических антител IgG к ВПГ. Количественное определение содержания Т- и В-лимфоцитов проводили методом моно-клональных антител. Количество антител определяли методом ИФА набор фирмы Вектор-Бест. В результате проведенных исследований крови выявлены средние значения иммунного и вирусологического статуса пациентов (таблица 2).

Как видно из таблицы 1, отмечается значительное повышение титра антител к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа в 3 группе, где наблюдался рецидив птеригиума, при этом у 2х пациентов отмечалось длительное, торпидное течение послеоперационного периода, титр антител в группе колебался от 1:600 до 1:1400. Главная новизна нашей работы заключается в исследовании титра антител IgG к вирусу простого герпеса (методом иммуноферментного анализа - ИФА).

Трансплантационные методы по Мак-Рейнольдсу

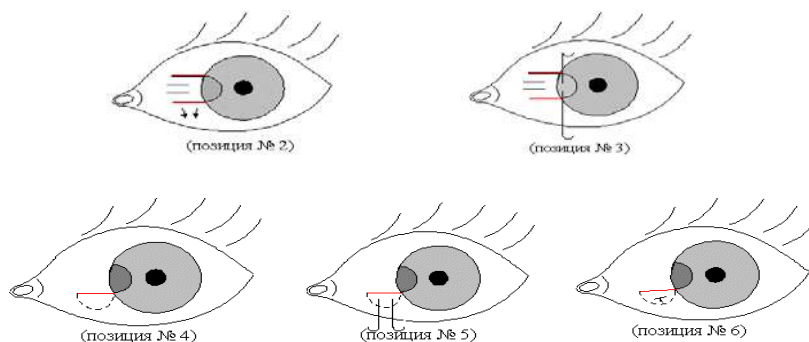


Рис. 1. Устранение птеригиума по Мак – Рейнольдсу.

Таблица 2. Результаты анализов крови пациентов к вирусу простого герпеса.

Иммунный статус Результат (Мср.)	1 гр-па конт-рольная	2 гр-па с первичным птеригиумом	3 гр-па с рецидивирующим птеригиумом до лечения	Достоверность	3гр-па после лечения
ВПГ I и II типа.	1. группа	2 группа	3 группа	Достоверность	
Результат (Мср)	1/130±61,5	1/145±61,5	1/865,5±111*,	P < 0.001	1/450*

Тем самым, прежде чем проводить операбельное лечение при высоких титрах антител и наличии антигена вируса ВПГ, мы проводили противовирусное лечение в сочетании с иммунокорригирующими препаратами. Мексидол 5%-2,0 №10. Виферон регестум свечи по 3 млн. ЕД – 3 раза-5 дней, 5 дней перерыв (2 курса по 5 дней) Виферон, как известно, способствует выработке в организме собственного интерферона для борьбы с вирусом [2]. Препарат "Мексидол", влияющий на физико-химические свойства клеточной мембраны, улучшающий энергосинтетическую функцию митохондрий и энергетический обмен в клетке, может оказывать модулирующее действие на активность любых клеток, в том числе и иммунных (Калинина Е.П. 2006, И.В. Евсегнеева А.И. Дол-

гушина. 2014). Использовали в инстилляциях Окомистин (Россия) универсальное средство в борьбе со многими вирусами, инфекциями и бактериями. Окомистин инстиллировали по 1к-6 раз в день, в течение 10 дней, основным действующим веществом препарата, является антисептик бензилдиметил-миристоиламино пропиламмоний [3]. В результате проведенного лечения иммунологический статус у пациентов с рецидивирующим птеригиумом значительно улучшился. Он достиг после лечения показателей иммунологического статуса пациентов контрольной группы, что говорит об улучшении клеточного и гуморального иммунитета, что будет способствовать предотвращению рецидива роста плевры в послеоперационном периоде, что отражено на рисунке 2.

Из 17 человек прооперированных с рецидивирующим птеригиумом в 10 (58,8%) глазах наблюдался рецидив птеригиума, но уже менее выраженного, чем до операции. В 7 (41,2%) глазах рецидива не наблюдалось. Результаты развития в

послеоперационном периоде рецидива птеригиума отражено в таблице 3.

Отмечалась более быстрая реабилитация пациентов пролеченных с использованием нового алгоритма лечения рецидивирующего птеригиума в послеоперационном периоде (таб. 4).

Таблица 3. Послеоперационный период рецидива птеригиума.

группы	2 группа первичный птеригиум 10 пациентов (10 глаз)	3 группа рецидивирующий птеригиум 17 пациентов (17 глаз)
Рецидив после операции	4 глаза	10 глаз
%	(40%)	(58,8%)

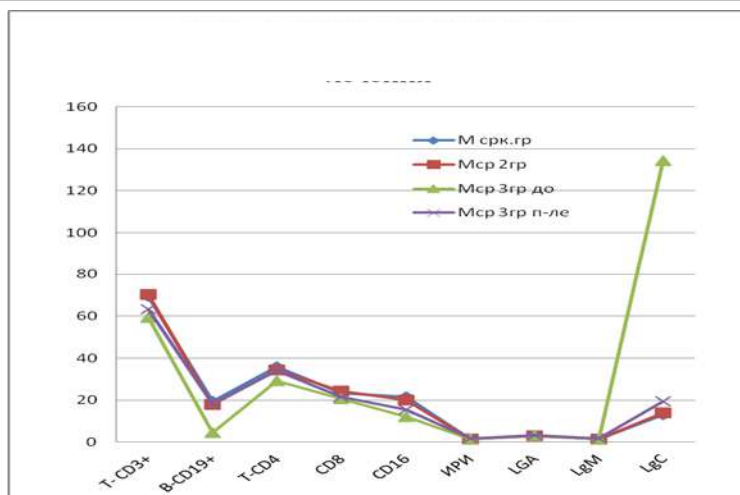


Рис.2 Характеристика клеточного и гуморального иммунитета до и после лечение.

Таблица 4. Алгоритм лечения рецидивирующего пteryгиума.

Рецидивирующий пteryгиум	Рекомендации до операции	Операция	Рекомендации после операции
Проба Ширмера Кровь на вирус простого герпеса I и II типа Снижение CD ₃ , CD ₄ , CD ₈ , CD ₁₆ . Повышение IgA, IgM, IgC	Мексидол 5%-2,0 №10. Виферонrectum свечи по 3 млн.ЕД – 3раза-5 дней 5 дней перерыв (2 курса по 5 дней)	В конце операции суб-конъюнктивально ввести 0,2 мл интерферона	После операции при повышенном титре на Вирус простого герпеса Валтрекс или Ацикловир по 1т-3 раза -7 дней. Мексидол 1т-3 раза 30 дней. Инстилляции окомистина по 1к-6 раз в день -6 -7 дней, затем -3 раза в течении 10 дней. Дексаметазон 1к-3 раза 6-7 дней.

Выводы:

1.Использование нового алгоритма лечения рецидивирующего пteryгиума способствует более быстрой реабилитации пациентов в послеоперационном периоде.

2.Впервые в Кыргызстане проведены исследования по анализу изменений в отношении как клеточного так и гуморального звена иммунитета при пteryгиуме.

Литература:

1. Краснов М.Л., Беляев В. С. и др. Руководство по глазной хирургии. М.: Медицина, 2-е изд., 1988. С.116-117

2.Машковский М.Д. Лекарственные средства. Изд.15. М. 2005. С.733.

3. Позднякова В.В., Яни Е.В., Токарев Д.Е. Сочетанное применение глазных капель. Окомистин и офтальмоферон в лечении аденовирусных конъюнктивитов. Журн. Офтальмохирургия. №1.2013. С.43.

4. Титаренко З.В., Гончар П.Ф., Титаренко И.В. Пteryгиум. Кишинев.1992.С. 87.

3.Выявление высокого титра в крови на вирус простого герпеса I и II типа может быть маркером рецидива пteryгиума.

4.Использование алгоритма предложенного нами лечения, будет способствовать снижению рецидива-пteryгиума в послеоперационном периоде.

5.Тришкин К.С. Оптимизация диагностики и хирургического лечения первичного пteryгиума. Диссертация. к.м.н. Волгоградский государственный мед.институт. 2014г.

6. Bradley J.C. et al. The science of pterygia. – 2010. J.Ophthalmol.- Vol. 97.- P815-820.

7. Piras F. et al.detection of humanpapillomavirus DNA in pterygia from different geographical regions.- 2003. Br. J.Ophthalmol.-Vol.87.-P.864-866.

8. Piecyk-Sidor M.et al.Occurrenceof human papillomavirus in pterygia. – 2009. - Acta Ophthalmol.-Vol.87.- P.890-895.

УДК 616.24-002.5:576.852.21:576.16:576.809.55(575.2)

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА КӨП ДАРЫЛАРГА ТУРУКТУУ ТУБЕРКУЛЕЗ ФОРМАЛАРЫ:
ТҮРЛӨРҮ**

Токтогонова А.А., Чонорова О.А., Разаков О.Р., Джумалиев Э.З., Батиров Р., Байтелиева А.К.

Улуттук фтизиатрия борбору, Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул илимий иште Кыргыз Республикасында көп дарыларга туруктуу туберкулездун формасынын 15 жыл ичиндеги түрлөрү баяндалган.

Ачыкч сөздөр. Көп дарыларга туруктуу туберкулез, көп дарыларга туруктуу туберкулездун түрлөрү.

ДИНАМИКА УРОВНЯ МЛУ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТБ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: РАЗЛИЧНЫЕ ИХ ВИДЫ

Токтогонова А.А., Чонорова О.А., Разаков О.Р., Джумалиев Э.З., Батиров Р., Байтелиева А.К.

Национальный центр Фтизиатрии, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье отражены результаты исследования распространенности различных видов МЛУ ТБ случаев в течение 15 лет.

Ключевые слова. Множественный лекарственно-устойчивый туберкулез (МЛУ ТБ), виды МЛУ ТБ.

CHANGES IN THE LEVEL OF MDR-TB PATHOGEN IN THE KYRGYZ REPUBLIC: THE DIFFERENT TYPES OF

Toktogonova A.A., Chonorova O.A., Razakov O.R., Djumaliev E.Z., Batirov R.,

Baytelieva A.K.

National TB center, Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. The article reflects the results of the study grafting different types of MDR-TB cases for 15 years.

Key words. Multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB), forms of MDR-TB.

Актуальность исследования. МЛУ туберкулез легких является тяжелым и опасным инфекционным заболеванием с высоким риском летального исхода и уровнем эпидемической опасности для окружающих, а также сложностью лечения, и в последние годы он выдвигается на первый план [1, 2].

Несмотря на внедрение стратегии DOTS и снижение показателей заболеваемости, распространенности и смертности от ТБ среди населения, Кыргызская Республика имеет высокий уровень ежегодно диагностируемых случаев МЛУ ТБ [3, 4]. Результаты исследований показали, что лечение пациентов со штаммами МБТ, устойчивыми к четырем или пяти препаратам первого ряда является более сложным и более дорогим, чем при лечении тех, чьи штаммы чувствительны к одному или двум из этих препаратов [5]. Было обнаружено, что у пациентов со штаммами, устойчивыми к пиперазину и этамбутолу, имелись плохие результаты лечения.

Цель исследования явилось изучение распространенности видов туберкулеза с МЛУ штаммами возбудителя в Кыргызской Республике.

Материал и методы исследования. Нами были изучены 24462 результатов ТЛЧ возбудителя туберкулеза Национальной референс-лаборатории

при НЦФ и бактериологических лабораторий ГЦБТ (г. Бишкек) и ОЦБТ (г. Ош), проводящие ТЛЧ по стране за период с 2001 по 2015 год. Используются данные ежегодных форм Euro-TB – Drug resistance surveillance data collection form. Эта форма включает результаты всех проведенных ТЛЧ: общее количество, тесты с сохраненной чувствительностью, любую устойчивость к каждому противотуберкулезному препарату первого ряда, монорезистентность с её общим уровнем.

Для изучения поставленной цели было использовано когортное ретроспективное исследование. Статистическую обработку результатов выполняли с использованием пакета прикладных программ SPSS-16.0.

Проведен анализ распространенности ТБ с МЛУ-штаммами возбудителя по данным культуральных исследований, проведенных в период 2001-2015 годы по 4 видам его штаммов: 1-ый - к HR, 2-ой - к HRE, 3-ий - к HRS, 4-ый – к HRES и в зависимости от случаев заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. Показатели резистентных штаммов возбудителя ТБ одновременно к двум основным препаратам колебались в пределах от 0,5% в 2015 году до 2,4% в 2011 году при новых случаях (НС) и от 0,4% в 2009 году до 5,1% в 2011 году и 0,9% в

2015 году при ранее леченых(РЛ) случаях (табл. 1).

При анализе сочетанной резистентности к трем препаратам: HRE выявлено, что данная комбинация встречается крайне редко - при HC колеблется от 0,1% в 2006-2007 году до 2,1% в 2012 году и в 2015 году показатель составил 0,3%, при РЛ случаях – от 0,2% в 2010 году до 1,7% в 2012 году и 0% в 2015 (табл. 2).

Намного чаще, чем выше отмеченные комбинации лекарственной устойчивости МБТ, выявляются штаммы в комбинации трех препаратов: к HRS (табл.3). Данные о резистентности колеблются от 0,2% в 2001 году до 15,6% в 2010 году и 5,3% в 2015 году при HC и от 5,3% до 31,5% 2010 году и 8,8% в 2015 году при РЛ.

Самый высокий показатель резистентности установлен на комбинацию HRES: при HC показатель этого варьирует в пределах от 4,5%

в 2003 году до 25,2% в 2015 году и при РЛ – от 18,2% в 2003 году до 55,5% в 2007 году. (табл.4). При анализе показателей общего уровня штаммов МБТ с множественной лекарственной устойчивостью выявлено следующее: при HC их удельный вес колебался от 12,1% в 2003 году до 40,4% в 2010 году и в 2015 году составил 31,4%, при РЛ – от 12,4% в 2012 году до 86,3% в 2010 году и 59,8% в 2015 году (табл. 5). Комбинированная устойчивость к 4 ПТП наиболее распространена среди общей популяции по сравнению с другими сочетаниями и наиболее часто встречается при РЛ случаях МЛУТБ, что является неблагоприятным прогностом с позиции эпидемиологии и лечения туберкулеза (рис.).

Вывод:

Широко распространены виды штаммов МЛУ с комбинацией HRS и HRES, и последняя комбинация наиболее часто встречается при РЛ случаях МЛУТБ.

Таблица 1. Динамика уровня МЛУ ТБ с устойчивостью штамма к HR за период 2001-2015гг. в Кыргызской Республике.

Годы	Устойчивость МБТ к H и R					
	HC		РЛ		общая	
	п	%	п	%	п	%
2001	1	0,2	3	1,1	4	0,6
2002	2	0,4	0	0,0	2	0,3
2003	2	0,4	0	0,0	2	0,3
2004	1	0,1	0	0,0	1	0,1
2005	2	0,2	1	0,7	3	0,3
2006	1	0,1	1	0,6	2	0,2
2007	2	0,2	0	0,0	2	0,2
2008	4	0,8	9	2,8	13	1,6
2009	5	0,7	1	0,4	25	1,3
2010	7	0,8	11	2,6	17	1,4
2011	14	2,4	14	5,1	35	3,1
2012	26	1,6	13	1,5	41	1,5
2013	25	1,2	17	1,7	42	1,3
2014	16	0,7	17	1,5	33	0,9
2015	10	0,5	4	0,9	15	0,6
Всего	118		91		237*	

Примечание: * - количество тестов, не включают 28 тестов с отсутствующей информацией о ранее принятом лечении

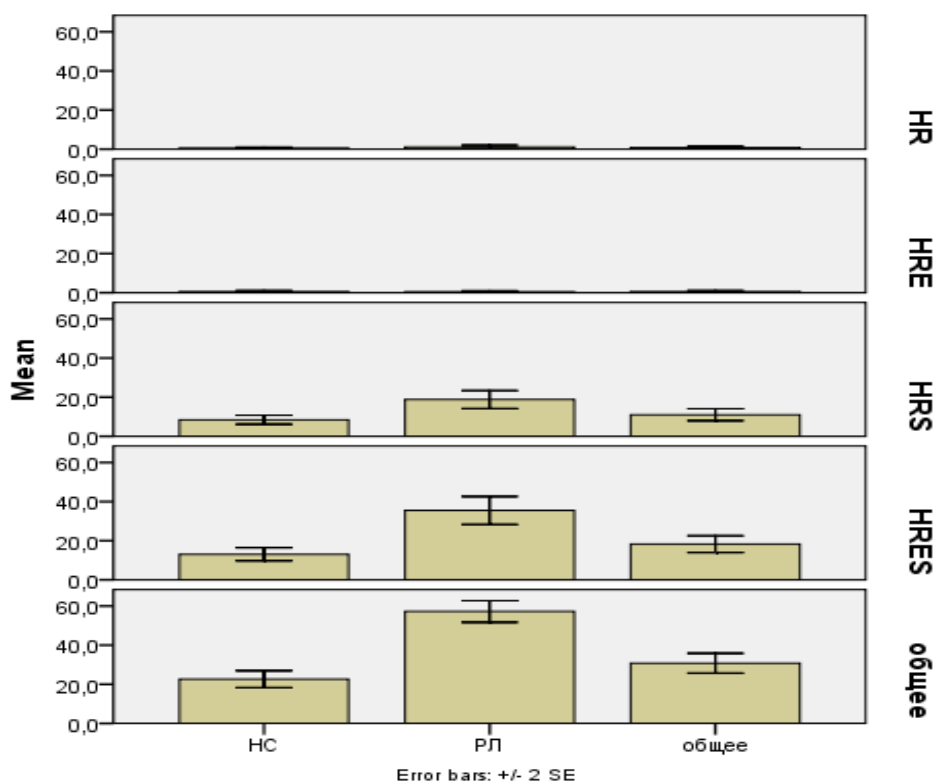


Рис 1. Удельный вес МЛУ ТБ в зависимости от их штаммов, $M \pm m$.

Таблица 2. Динамика уровня МЛУ ТБ с устойчивостью штамма к HRE за период с 2001 по 2015гг. в Кыргызской Республике.

Годы	Устойчивость МБТ к H, R и E					
	Новый случаи		Ранее леченные		общая	
	n	%	n	%	n	%
2001	1	0,2	1	0,4	2	0,3
2002	1	0,2	0	0,0	1	0,2
2003	1	0,2	0	0,0	1	0,2
2004	0	0,0	1	0,6	1	0,1
2005	5	0,6	0	0,0	5	0,5
2006	1	0,1	0	0,0	1	0,1
2007	1	0,1	2	1,0	3	0,2
2008	2	0,4	0	0,0	2	0,2
2009	1	0,1	1	0,4	10	0,5
2010	7	0,8	1	0,2	10	0,8
2011	7	1,2	3	1,1	19	1,7
2012	34	2,1	14	1,7	48	1,7
2013	31	1,4	12	1,2	43	1,4
2014	13	0,5	6	0,5	19	0,5
2015	5	0,3	0	0,0	5	0,2
Всего	173		61		275	

Примечание: * - количество тестов, не включают 41 тестов с отсутствующей информацией о раннее принятом лечении

Таблица 3. Динамика уровня МЛУ ТБ с устойчивостью штамма к H, R и S за период с 2001 по 2015гг. в Кыргызской Республике.

годы	Устойчивость МБТ к H, R и S					
	HC		PL		Общая	
	n	%	n	%	n	%
2001	9	2,2	15	5,3	24	3,4
2002	28	5,3	11	9,7	39	6,1
2003	40	7,1	29	26,4	69	10,3
2004	68	8,9	32	18,5	100	10,6
2005	66	7,9	32	21,1	99	10,0
2006	96	10,0	30	19,4	126	11,3
2007	41	4,0	41	20,5	82	6,7
2008	56	11,7	82	25,5	138	17,2
2009	75	11,1	43	16,3	272	14,1
2010	129	15,6	135	31,5	264	21,1
2011	82	14,0	52	18,9	190	17,0
2012	141	6,5	82	8,3	223	7,1
2013	119	7,2	130	15,9	284	10,3
2014	119	4,9	126	11,4	245	6,9
2015	98	5,3	40	8,8	151	5,1
Всего	1167		880		2306	

Примечание: * - количество тестов, не включают 259 тестов с отсутствующей информацией о ранее принятом лечении

Таблица 4. Динамика уровня МЛУ ТБ с устойчивостью штамма к HRES за период с 2001 по 2015гг. в Кыргызской Республике.

годы	Устойчивость МБТ к HRES					
	HC		PL		Общая	
	n	%	n	%	n	%
2001	88	21,4	142	49,8	232	33,2
2002	39	7,4	41	38,3	80	12,5
2003	25	4,5	20	18,2	45	6,7
2004	100	13,0	57	32,9	157	16,7
2005	96	11,5	63	41,4	159	16,0
2006	150	15,6	57	36,8	207	18,5
2007	124	12,2	111	55,5	235	19,3
2008	33	6,9	78	24,3	111	13,9
2009	144	21,3	110	44,1	528	27,4
2010	107	13,0	131	30,6	237	18,9
2011	70	12,0	73	26,5	194	17,4
2012	237	14,4	285	34,8	575	20,9
2013	416	19,3	436	43,9	852	27,0
2014	419	17,1	470	42,5	889	25,0
2015	464	25,2	228	50,1	789	31,9
Всего	2512		2302		5290	

Примечание: * - количество тестов, не включают 475 тестов с отсутствующей информацией о ранее принятом лечении

Таблица 5. Динамика общего уровня МЛУ ТБ за период с 2001 по 2015гг. в Кыргызской Республике.

годы	Общее количество МЛУ ТБ					
	НС		РЛ		Общая	
	п	%	п	%	п	%
2001	99	24,0	161	56,5	262	37,5
2002	70	13,3	52	46,0	122	19,1
2003	68	12,1	49	44,5	117	17,5
2004	169	22,0	90	52,0	259	24,1
2005	169	20,2	96	61,5	266	23,5
2006	248	25,8	88	56,8	336	26,9
2007	168	16,5	154	77,0	322	23,7
2008	95	19,8	169	52,6	264	32,9
2009	225	33,2	155	12,4	835	41,4
2010	250	40,4	278	86,3	528	56,1
2011	173	12,2	142	24,2	438	19,2
2012	438	26,7	394	48,1	887	32,3
2013	591	27,4	595	59,9	1221	38,8
2014	567	23,1	619	56,0	1186	33,3
2015	577	31,4	272	59,8	960	38,8
Всего	3907		3314		8003	

Литература:

1. Мишин, В.Ю. Химиотерапия туберкулеза легких [Текст] / В.Ю. Мишин // Пульмонология. – 2008. - № 3. - С. 5-14.
 2. Черноусова, Л.Н. Алгоритм микробиологических исследований для диагностики туберкулезной инфекции [Текст] / Л.Н. Черноусова // Туб. и болезни легких. – 2011. - № 11. - С. 58-67.
 3. Исакова, Ж.Т. Характеристика спектра лекарственной устойчивости рифампицинрезистентных штаммов *M.tuberculosis* к другим противотуберкулезным препаратам первого ряда [Текст] / Ж.Т. Исакова, З.К. Гончарова, А.А. Алдашев //

Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2008. - № 11. - С. 39-42.

4. Токтогонова, А.А. Распространенность МЛУ-ТБ случаев в Кыргызской Республике [Текст] / А.А. Токтогонова // Фтизио-пульмонология. – 2013. - №1(22). - С. 29-32.

5. Treatment outcomes among patients with multidrug-resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis [Electronic Resource] / EW. Orenstein, S. Basu, NS. Shah et al. // Lancet Infect Dis. – 2009. - P. 153-161. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19246019

СТАНОВЛЕНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

Мамадыев Бактыбек.

Ошское обласное бюро судебно-медицинской экспертизы.

«Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоонун ардактуу кызматкери».

2017.г.

История развития судебно-медицинской службы Кыргызской Республики неразрывно связана с историей развития судебно-медицинской службы Ошской области, поэтому история службы нашей области внесла немаловажную роль в этом. Высоко держать знамя судебно-медицинской экспертизы южного региона по чести выпала Ошскому областному бюро судебно-медицинской экспертизы (ООБ СМЭ), как одному из старейших областных бюро Республики.

Развитию службы условно можно разделить на три периода:

1-й период. 1948-1964 год. Открытия городских и межрайонных отделений СМЭ.

2-й период 1964-1978.г. Организация лабораторных служб в Ошской области.

3-й период с 1991 года. Период суверенитета Кыргызской Республики 25 лет.

1-й период. 1948-1961 годы. Открытия городских и межрайонных отделений СМЭ. Некогда бывшая Ошская область, ныне разделенная на три Баткенскую, Джалал-Абадскую и Ошскую области имеют свои предысторию. Становления судебно-медицинской службы неразрывно связана одним именем, ВЕРОЙ КУЗМИНИЧНОЙ АБРАМЕНКО. Она как единственный судмедэксперт в Ошской области того времени начала свою деятельность в г. Ош, после окончания Кыргызского Государственного медицинского института в 1948 году. Фактически она является основоположником судебно-медицинской службы юга страны. Она была начальником Ошского областного бюро судебно-медицинской экспертизы до 1983 года. Последующие годы, до 1998 год, она работала судмедэкспертом отдела потерпевших, обвиняемых и других лиц.

В 60-е годы в Ошской области организовались межрайонные отделения судмедэкспертизы в г. Кызыл-Кыя и Жалал-Абад. В Кызыл-Кийском межрайонном отделении работал Кобелев Валерий, который проводил экспертизу трупов и живых лиц в г. Кызыл-Кия, Фрунзенском, Ляйлякском районах и г. Сулюкта. Фактически в эти же года образовалось Ошское областное бюро судмедэкспертизы.

2-й период (1964-1978.г). Организация отделов, лабораторных служб в Ошского областного бюро СМЭ. С 1964-65 года в Ошской области начали функционировать лабораторная служба как судебно-химическая и судебно-биологическая лаборатории. Судмедэкспертом химиком был Колесников Николай Федорович. Он работал с 1964 года по 2013 года. Он внедрил работы газового хроматографа в Ошской области и долгие годы заведовал отделением. Врачом судебно-медицинским экспертом -биологом была Смоглеева Нина Григорьевна (с 1965-1977), последующие года судмедэкспертом –биологом была Богданова Надежда Григорьевна (с 1968 -по 2003г). В эти же года в г.Ош начал работать Тохтахунов Авазхан (1966 -1975) как общий судмедэксперт, который проводил экспертизы трупов и живых лиц г. Ош и Ошской области. В начале 1970-х годов судмедэкспертом – гистологом по совместительству занимался врач - патанатом, заведующий отделением патанатомии Ошской городской больницы Мустафин, кандидат медицинских наук. Последующие годы судмедэкспертом – гистологом по совместительству была к.м.н. патанатом Пелюкпашиди Наталья Ивановна.

Ряды общих судмедэкспертов с 1971-75 года дополнили в г. Ош и Ошской области Борлаков С.Ш (Ош), Токтомаматов С.Т (Узген), Мамидинов К.М (Жалал-Абад), Жапаров А.Ж (Ляйлякский район и г. Сулюкта), Кабылов М.А (г. Ош). С 1975 года Бокоев. А.Б и Туташов А.Т (Жалал-Абадская область), Давлеталиев С.Р (Кызыл-Кыя), Караев А.А (г. Ош)

В 1971 году, в Ошском областном бюро организованы отделы экспертизы трупов и экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц. Первыми заведующими стали Борлаков С.Ш и Кабылов М.А. Они начали целенаправленно изучать повреждения у умерших и живых лиц, с составлением годовых отчетов отделов. С 1978 года, с приходом Ахунжанова Расула Ахунжановича был открыт физико-техническое отделение. Он занимая должности заведующего отдела экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц, проводил физико-техническое исследования. К 1978-му году в Ошском областном бюро организованы Кызыл-Кийское, Жалал-Абадское, Узгенское, Ляйлякское межрайонные отделения, отдел экспертизы трупов, отдел экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц и судебно-медицинская лаборатория (судебно-химическое, судебно-биологическое, физико-техническое, судебно-гистологическое). Таким образом, к 1978 году в Ошское областное бюро фактически обеспечены кадрами и функционировали все ее подразделения. С 1978-1991годы произошли дальнейшее развитие службы. Укрепились лабораторные службы. Были организованы Алайское (1978, Каныбаев. Т.К) и Баткенское (1983, Эргешов Г.И) районные отделения.

«Кыргызстандын саламаттык сактоосу»

Илимий практикалык журналы

3-й период-период развития ООБ СМЭ в годы суверенитета Кыргызской Республики. Начиная с 1991 года по настоящее время, за 25 лет Ошское областное бюро в своей структуре претерпело изменения, с образованием в 1991 года Жалал-Абадского областного бюро судмедэкспертизы (города Жалал - Абад, Таш-Кумыр, Кара-Кул, Кок-Жангак, Сузакский, Базар-Коргонский, Ноокенский, Аксынский, Ала-Букинский, Токтогульский районы) и с разделением 1999 года Баткенской области (г. Кызыл-Кыя, Кадамжайский район, Баткенский район, Ляйлякский район, г. Сулюкта). Однако, со своими развитыми лабораторными службами и высоко профессиональными кадровыми потенциалами Ошское областное бюро оставалось ведущей службой южного региона К.Р. В дни массовых беспорядков 1990 года и в дни борьбы террористическими банд формированиями 1999 года, а также в дни беспорядков апреля и июня 2010 года сотрудники Ошского областного бюро показали высокую профессионализм, сплоченность и качество работы.

Коллектив ООБ СМЭ показали свою сплоченность, высокую профессионализм и личную преданность службе в тревожные для Кыргызской Республики дни апреля и июне месяца 2010 года. Они в эти дни сплоченно работали дни и ночи, проводив судебно-медицинскую экспертизу погибших в массовых беспорядках, помогая родственникам в опознании неизвестных трупов, установив причину их смерти. Производили освидетельствование более 1200 потерпевших, обвиняемых и других лиц, 363 экспертиз умерших, в том числе 156 эксгумаций. При содействии Минздрава КР помогли в исследовании образцов крови тканей 52 неизвестных трупов, помогая правоохранительным органам в направлении образцов тканей для ДНК исследования в Российскую Федерацию, Китайскую Народную Республику и в Южно Корейскую Республику. Результатами этих исследований у 27 неизвестных установлены и подтверждены личности по ДНК. Похоронили в братскую могилу 16 неизвестных лиц.

В 2011 году с помощью международной организации "Красный Крест" установлен стационарный холодильник на 24 мест. С помощью Минздрава КР, международной организации "Красный Крест" приобретены 7 комплектов компьютерной техники, 2 цифровых фотоаппаратов. В 2013 году при поддержке Минздрава произведен капитальный ремонт лабораторного, административного корпуса и отдел исследования трупов на сумму 5 миллионов сомов. В 2015 году при поддержке "Всемирной организации молодежи" и своими силами проведен ремонт отопительной системы на сумму 80.000 сомов.



Административное здание ООБ СМЭ (после кап.ремонта 2013.г.)



Здание отдела по исследованию вещдоков (после кап.ремонта 2013.г.)

Сравнительная оценка основной деятельности Ошского ОБ СМЭ за 5 лет выглядит следующим образом:

	Наименование Исследований	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
1	Исследования трупов	363	330	315	252	263	252	
2	Освидетельствование потерпевших, обвиняемых и др. лиц.	5095	4703	5005	5080	4754	4716	
3	Судебно-гистологическое исследование	243	186	156	95	126	210	
4	Медико-криминалистическое исследование	73	80	73	69	84	102	
5	Судебно-биологическое исследование	335	206	201	225	218	231	
6	Судебно-химическое исследования (полных анализов)	557	560	383	270	231	345	
7	Комиссионные экспертизы	121	128	173	180	193	222	
8	Выезды на место происшествия	Случаев	66	134	238	281	292	261
		Затрачено часов	217	363	750	789	962	750
9	Участие на заседаниях суда	Случаев	35	51	25	30	37	27
		Затрачено часов	35	51	71	111	98	99

Таким образом, последний шесть лет идет тенденция к уменьшению количество исследований трупов, которые отражается на уменьшения количество судебно-гистологического, судебно-биологического и судебно - химического исследования. Количество уменьшения исследований трупов тесно связано религиозными мотивами у населения Ошской области. Однако увеличивается выезды на место происшествия и участие судмедэкспертов на заседаниях суда и затраченные на них часы. Также, каждым годом увеличивается количество комиссионных судебно - медицинских экспертиз. Причинами можно назвать повышение юридической грамотности населения, активность адвокатов.

Руководителями Ошского областного бюро судебно-медицинской экспертизы в разные годы были:

- Абраменко Вера Кузминична с 1948 по 1983 годы;
- Ахунжанов Расилджан Ахунжанович с 1883 по 1992 годы; затем с 1997 по 1998 годы;
- Мамадыев Бактыбек с 1992 по 1997 годы;
- Токтомаматов Садатбек Токтомаматович с 1998 по 2007 годы;
- Нарбаев Ибраим Нарбаевич с 2007 по 2011 годы;
- Мамадыев Бактыбек с 2011 года по настоящее время.



Абраменко В.К.(1948-83)



Ахунжанов Р.(1983-1992)



Мамадыев Б.М.(1992-1997)
и (2011-по настоящее время)



Токтомаматов С.Т.
(1998-2007)



Нарбаев И.Н.
(2007 по 2011)

Руководители ООБ СМЭ со своими деловыми качествами, организаторской способностью, личными примерами в труде внесли большую лепту в организации службы области. Каждый в своем трудовом поприще как руководитель внес особые заслуги, которые нуждаются в изучении исследователей развития службы.

В вечной памяти остаются товарищи которые ушли из жизни. Каждый из них имели заслуги в развитии службы. Они были организаторами районного и областного масштаба, решали вопросов связанные с раскрытием преступления, установления причины смерти умерших. Их имена:

- Рашев Жакен-судмедэксперт Узгенского района;
- Мамаджанова Дамира - судмедэксперт биолог Ошского ОБ СМЭ;
- Парманкулов Калыбек - судмедэксперт Алайского районного отделения;
- Максутов Жумамат Максutowич – судмедэксперт Ошского ОБ СМЭ;
- Исакова Хасиля Тугелбаевна - судмедэксперт-химик Ошского ОБ СМЭ;
- Караев Ариф Алшанович - судмедэксперт Ошского ОБ СМЭ;
- Борбугулов Каныбек Борбугулович – судмедэксперт Узгенского района;

«Кыргызстандын саламаттык сактоосу» Илимий практикалык журналы

-Нарбаев Ибраим Нарбаевич – бывший начальник Ошского ОБ СМЭ;
-Абраменко Вера Кузминична - первый начальник Ошского ОБ СМЭ;
-Колесников Николай Федорович – судмедэксперт – химик Ошского ОБ СМЭ;
-Орозматов Кушбак - судмедэксперт Кара-Кулжинского района Ошского ОБ СМЭ;
2017 год.

Сведения об авторе: Мамадыев Бактыбек. Начальник Ошского Областного бюро судебно-медицинской экспертизы, судмедэксперт высшей квалификационной категории. Тел.: 2-12-55; 0556183700.

ИНСТРУКЦИИ, ПОЛОЖЕНИЯ, ПРИКАЗЫ.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

БУЙРУК
ПРИКАЗ

12.01.17. № 21

Бишкек ш.

**«О реализации решения коллегии Министерства Здравоохранения
Кыргызской Республики № 9-4 от 23.12.2016г.»**

Несмотря на проводимую работу, остается на низком уровне выполнения стандартов лабораторного процесса и отсутствие контроля проводимых исследований. Недостаточно уделяется внимания подготовке кадров, отсутствует техническое обслуживание оборудования, не налажена государственная транспортировка проб, не соблюдаются требования соответствующих приказов Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики. Остается низким качество проводимых исследований на бруцеллёз, вирусный гепатит В. Имеет место нарушение алгоритма тестирования на ВИЧ, что приводит к ошибкам диагностики и отсутствию своевременных лечебных и противоэпидемических мероприятий. Отмечается низкая загруженность лабораторий. При наличии необходимого оснащения большинство лабораторий диагностики ВИЧ не расширили спектр исследований.

На основании вышеизложенного и в целях реализации решения коллегии Минздрава КР № 9-4 от 23.12.2016г. «О состоянии качества диагностики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и бруцеллеза в организациях здравоохранения Кыргызской Республики»

Приказываю:

1. Признать работу проверенных организаций здравоохранения по лабораторной диагностике ВИЧ, вирусных гепатитов и бруцеллёза недостаточной.
2. За нарушение алгоритма тестирования на ВИЧ, низкое выполнение требований стандартизации всех этапов лабораторного процесса и отсутствие контроля качества проводимых исследований на ВИЧ и

вирусные гепатиты Главным врачам Таласской ОЦПБС (Ниязалиев Б. К.), Кара-Бууринской ТБ (Усупбеков Н. С.), Аксыйской ТБ (Осмонов М.С.), Сузакской ТБ (Жолдошев А. С.), Ак-Талинской ТБ (Бектуров Д.) объявить по выговору.

3. За недостаточное выполнение требований стандартизации лабораторного процесса, контроля качества в лаборатории ЖОЦПБС, слабый контроль выполнения стандартов и соблюдения алгоритма тестирования в лабораториях диагностики ВИЧ Жалал-Абадской области Главному врачу Жалал-Абадской ОЦПБС (Сатарова Э. А.) объявить по замечанию.
4. За недостаточное обеспечение условий качественного выполнения исследований на бруцеллез, нарушение приказов МЗ КР №103 «Об эпидемиологическом надзоре за бруцеллёзом на территории республики» от 24.02.2010 г. и № 468 «Об утверждении методического руководства по лабораторной диагностике бруцеллёза» от 27.09.2010 г., приказ МЗ КР от 07.03.2012 г. №111 «О мерах по совершенствованию качества лабораторных исследований социально-значимых инфекционных заболеваний» главным врачам Баткенской РЦПЗиГСЭН с ФКСДО (Жунусалиев Д.Ж.), Узгенского РЦПЗиГСЭН (Каныбаев А.К.), Алайской ТБ (Белекбаев Т.М.) объявить по замечанию.
5. Руководителям организаций здравоохранения, на базе которых проводятся исследования на ВИЧ, вирусные гепатиты и бруцеллёз обеспечить:
 - 5.1 Стандартизацию всех процессов лабораторной диагностики;
Срок: постоянно.
 - 5.2 Внутрилабораторный контроль качества;
Срок: постоянно
6. Руководителям территориальных больниц, на базе которых находятся оснащённые лаборатории диагностики ВИЧ обеспечить расширение спектра исследований методом иммуноферментного анализа.
Срок: 1 кв. 2017 г
7. Заведующей ООЗ (Исмаилова Б.А.), директору РЦ СПИД (Кадырбеков У.К.) создать комиссию по оптимизации лабораторий диагностики ВИЧ.
Срок: 1 кв. 2017 г.
8. Начальнику УОМПиЛП (Тойматов С.Ш.), заведующей ООЗ (Исмаилова Б.А.) проработать вопрос внедрения централизованных лабораторий в пилотных Тонском, Жети-Огузском, Тюпском районах Иссык-Кульской области в рамках проекта «Автономия организаций здравоохранения»
Срок 1 квартал 2017г.
9. Ректору КГМИПиПК (Чубаков Т.Ч.), директору РЦКиООИ (Абдикаримов С.Т.), организовать выездные семинары по вопросам лабораторной диагностики и контроля качества бруцеллеза.
Срок: IV- квартал 2017г.
10. Директору РЦКиООИ (Абдикаримов С.Т.)
 - 10.1 Обеспечить проведение входного контроля препаратов по диагностике бруцеллеза, поступающих в страну.

- Срок: постоянно
- 10.2 Утвердить стандартные формы учетно-отчетной документации по диагностике бруцеллеза
- Срок: 1 кв. 2017 г.
- 10.3 Разработать и утвердить типовые стандартные операционные процедуры по лабораторной диагностике бруцеллеза.
- Срок: IV- квартал 2017г.
11. Директорам НПО «Профилактическая медицина» (Касымов О.Т.), РЦ СПИД (Кадырбеков У.К.), РЦКиООИ (Абдикаримову С.Т.) обеспечить оказание консультативно-методической и практической помощи организациям здравоохранения по усовершенствованию лабораторной диагностике ВИЧ, вирусных гепатитов и бруцеллѐза.
- Срок: постоянно
12. Директору НПО «Профилактическая медицина» (Касымов О.Т.) обеспечить контроль устранения выявленных нарушений в лабораториях диагностики ВИЧ и бруцеллеза Таласского ОЦПБС, Кара-Бууринской ТБ, Аксыйской ТБ, Сузакской ТБ, Ак-Талинской ТБ, Жалалабадского ОЦПБС, Баткенского РЦПЗиГСЭН с ФКСДО, Узгенского РЦПЗиГСЭН и Алайской ТБ.
- Срок: апрель 2017г.
13. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Горина О.В.

Министр



Т.А. Батыралиев

Полное изложение приказа см. на сайте zdrav.kg

МАЗМУНУ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

3 Абдылаева Г.М., Кожомкулов Д., Кожомкулов М.Д. Ситуация по внелегочному туберкулезу среди работников медицинских организаций и населения кыргызской республики/ Саламаттык сактоо мекемелеринин кызматкерлери жана кыргыз мамлекетинин калкынын арасындагы өпкөдөн тышкары кургак учук оорусунун кырдаалы/ Situation in extrapulmonary tuberculosis among workers medical organizations and population of the kyrgyz republic

6 Асыкбекова Б.Ш. Итоги развития и проблемы в иммунопрофилактике.

9 Естебесова Б.М., Шералиев У.У., Маражапов Н.Х., Сооронбаев Т.М. Время хронической обструктивной болезни легких (хобл) в кыргызстане

13 Кадыров А.С., Кожомкулов Д.К., Кожомкулов М.Д., Байназаров Э. А.,

Ботобеков О.Р. Факторы задержки диагностики костно-суставного туберкулеза/ Сөөк-муун туберкулез оорусунун кеч аныкталышынын себебтери/ Factors diagnosis delays osteoarticular tuberculosis

18 Койлубаева Г.М., Решетняк Т.М., Асеева Е.А., Соловьев С.К., Насонов Е.Л., Джумагулова А.С., Эралиева В.Т., Мамажакыпов А.Т., Каримова Э.Р. Клинические проявления системной красной волчанки у пациентов кыргызской национальности/ Тутумдашкан кызыл жүгүрүк менен сыркоологон кыргыз улутундагы бейтаптардагы клиникалык белгилери/ The clinical features of kyrgyz patients with systemic lupus erythematosus

23 Курманбекова Б.Т., Османкулова Г.Э., Норузбаева А.М. Использование маркеров коллагенового обмена как метода ранней диагностики диабетической кардиомиопатии/ Диабетик кардиомиопатиянын эртеаныктооыкмасы катары коллагенал машуусунун биормаркерлорун пайдалануу/ Using biomarkers of collagen turnover as method of early diagnosis of diabetic cardiomyopathy

29 Кыдыралиева Р.Б., Молдоташев И.К., Кудайбергенова Н.Т., Осмонов Д.А. К вопросу об истории развития кардиологии в кыргызской республике. сообщение I (советский период).

35 Полупанов А.Г., Романова Т.А., Рыскулова С.Т., Ческидова Н.Б., Мамасаидов Ж. А., Махмудов М.Т., Алтымышева А.Т., Джумагулова А.С. Распространенность липидных нарушений среди жителей кыргызской республики: возрастные, гендерные и этнические особенности (по данным международного исследования «интерэпид»)/ Кыргыз республикасынын тургундарынын арасында май заттарынын алмашуусунун бузулууларынын таралышы: жашы, жынысы, жана этникалык белгилери боюнча («интерэпид» эл аралык изилдөө маалыматтары боюнча)/ Prevalence of lipid disorders among the residents of kyrgyz republic: age, gender and ethnic origin (according to international studie "interepid".

42 Сайдахметова Ч.Т., Сайдахметов Т.Б., Черных А.В., Гайдамак В.В., Тилекеева У.М. Алгоритм лечения рецидивирующего пterygium/ Рецидивирленген пterygiumду дарылоонун алгоритми/ Algorithm for the treatment of recurrent pterygium

45 Токтогонова А.А., Чонорова О.А., Разаков О.Р., Джумалиев Э.З., Батиров Р., Байтелиева А.К. Динамика уровня млу возбудителя тб в кыргызской республике: различные виды/ Changes in the level of mdr-tb pathogen in the kyrgyz republic: the different types of/ Кыргыз республикасында көп дарыларга туруктуу туберкулез формалары: түрлөрү

51 Мамадыев Б. Становление Судебно-Медицинской Службы Ошской Области.

55. ИНСТРУКЦИИ, ПОЛОЖЕНИЯ, ПРИКАЗЫ.

Научно-практический журнал

“Здравоохранение
Кыргызстана”

№1 2017 январь-март

Издается с 1938 года

Адрес редакции:

720005, Кыргызская Республика

г. Бишкек, ул. Байтик-Баатыра, 34

Ежеквартальный тираж: 200 экз.

Заказ №1

Отпечатано в

ИП Джолдошев А А,

720005, Кыргызская Республика,

г. Бишкек, ГК 47, номер 814

Правила оформления статьи

Принимаются материалы по следующим рубрикам:

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

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

Заявка на публикацию должна содержать:

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

Требования к оформлению статей

Текстовый редактор –Microsoft Word.

Формат – А4.

Поля – 2 см со всех сторон.

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

Размер шрифта – 14.

Межстрочный интервал – 1,5.

Абзацный отступ – 1,25.

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

Редактор формул – пакет Microsoft Office (MathType).

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

УДК.

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

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

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

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

Текст статьи – выравнивание по ширине.

Фамилии и инициалы.

Ссылки в тексте статьи заключаются в квадратные скобки

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

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

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

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

«Кыргызстандын саламаттык сактоосу» Илимий практикалык журналы

Руководителям медицинских учреждений Кыргызской Республики. Распоряжение от 14.11.16 № 0109/4842. Журнал «Здравоохранение Кыргызстана».

Подписной индекс 77316. Выходит на русском языке. Периодичность: ежеквартальная, четыре выпуска в год. Подписная цена одного номера 600 сом. За полугодие 1201 сом 11 тыйын. Годовая подписка 2400 сом. Подписка осуществляется 2 раза в год в отделения почты КР.

Министерство транспорта и коммуникаций Кыргызской Республики											
АБОНЕМЕНТ на газету журнал										77316 (индекс издания)	
(наименование издания) Журнал «Здравоохранение Кыргызстана»										количество комплектов	
на 20 17 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда				(почтовый индекс)				(адрес)			
Кому											
(фамилия, инициалы)											
ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА											
на газету журнал										77316 (индекс издания)	
(наименование издания)											
Стоимость	подписки	сом		тый		количество комплектов					
	пере- адресовки	сом		тый		комплек- тов					
на 20 17 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда				(почтовый индекс)				(адрес)			
Кому											
(фамилия, инициалы)											

Министерство транспорта и коммуникаций Кыргызской Республики											
АБОНЕМЕНТ на газету журнал										77316 (индекс издания)	
(наименование издания) Журнал «Здравоохранение Кыргызстана»										количество комплектов	
на 20 17 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда				(почтовый индекс)				(адрес)			
Кому											
(фамилия, инициалы)											
ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА											
на газету журнал										77316 (индекс издания)	
(наименование издания)											
Стоимость	подписки	сом		тый		количество комплектов					
	пере- адресовки	сом		тый		комплек- тов					
на 20 17 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда				(почтовый индекс)				(адрес)			
Кому											
(фамилия, инициалы)											