

ISSN 1694-8068(Print)
ISSN 1694-805X (OnLine)



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

КЫРГЫЗСТАНДЫН САЛАМАТТЫК САКТООСУ

№4 2018

ИЛИМИЙ ПРАКТИКАЛЫК ЖУРНАЛЫ



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА
научно-практический журнал

HEALTH CARE OF KYRGYZSTAN
research and practice journal



Негизделген
Основан **1938** жыл
год



Уважаемые коллеги!

Дорогие друзья!

Поздравляем Вас с Новым Годом!

Близится к концу очередной прожитый вместе год!

Все-таки печально, что становятся историей те многочисленные события, которые имели место быть в 2018 году.

Однако, не нужно грусти, ведь скоро будет множество новых открытий, которые всем нам еще только предстоит сделать вместе!

Пусть события, которые ждут нас в Новом 2019 году, принесут Кыргызскому народу лишь радостные перемены, великолепное настроение и повышение благосостояния!

Пусть этот год будет наполнен радостью, улыбками и смехом.

Желаем каждому, чтобы любое желание воплотилось в жизнь, чтобы все поставленные цели были достигнуты.

Самое главное, пусть каждый из нас будет в Новом году счастлив.

Ведь счастье как раз включает в себя и здоровье, и любовь, и успех.

Будьте счастливы!

С Новым годом!

С УВАЖЕНИЕМ,

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА

«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА».





КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫКТА СAKTOO МИНИСТРЛИГИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

MINISTRY OF HEALTH OF THE KYRGYZ REPUBLIC

КЫРГЫЗСТАНДЫН САЛАМАТТЫК САКTOOOCY
ИЛИМИЙ ПРАКТИКАЛЫК ЖУРНАЛЫ

НАУЧНО ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА

HEALTH CARE OF THE KYRGYZSTAN
RESEARCH AND PRACTICE JOURNAL



негизделген / основан 1938-жыл/год

ТҮЗҮҮЧҮ: Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлиги
УЧРЕДИТЕЛЬ: Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики
ISSN 1694-8068 (печатная версия)
ISSN 1694-805x (электронная версия)
Периодичность 4 раза в год / Жылына 4 жолу чыгат
ММК УЮШТУРУУЧУСУ: «Кыргызстандын саламаттык сактоосу» илимий практикалык журналынын мекемеси

УЧРЕДИТЕЛЬ СМН: Учреждение Редакция научно-практического журнала «Здравоохранение Кыргызстана», ММК каражаттарын каттоо жөнүндө күбөлүк №885 14 июнь 2018 ж. / Свидетельство о перерегистрации СМИ №885 от 14 июня 2018г.

КРнын АДИЛЕТ МИНИСТРЛИГИНДЕ КАТTOOДОН ӨТКӨН / ЗАРЕГИСТРИРОВАН В МИНИСТЕРСТВЕ ЮСТИЦИИ КР
Мамлекеттик каттоо күбөлүгү / Свидетельство о государственной регистрации № 170624-3301-М-е 21.12.2017 жыл/год

РЕДАКЦИЯНЫН МЕКЕМЕСИНИН ДИРЕКТОРУ / ДИРЕКТОР УЧРЕЖДЕНИЯ РЕДАКЦИИ Мергенова И.О.
к.т.: +996 700 73 72 41

РЕДАКЦИЯНЫН ДАРЕГИ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС РЕДАКЦИИ
720005, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., Байтик Баатыр көч. 34/ Кыргызская Республика, Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34.
Тел. ред. + 996 312544575
E-mail: zdrav.kg@mail.ru, info@zdrav.kg
Сайт: www.zdrav.kg

Редакциянын тикши автордун тикши менен дайыма эле туура келе бербейт. Макаланын мазмунуна жана тууралыгына авторлор, ал эми жарыялык материалдардын маалыматтарына жарыя берүүчүлөр жоопкерчиликтуу болот/Мнение редакции не всегда совпадает с мнением автора. Ответственность за содержание и достоверность статьи несут авторы. По информации в рекламных материалах - рекламодатели

РЕДАКЦИЯЛЫК КОЛЛЕГИЯСЫ/РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Башкы редактор / Главный редактор: Касымов О.Т.,
мед. илим. д-ру. проф. / д-р мед. наук проф., академик РАЕ

Башкы редактордун орун басарлары / заместители главного редактора:
Брымкулов Н.Н., мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.,
Чубаков Т.Ч., мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.,

Жооптуу катчысы: / ответственный секретарь:

Айтмурзаева Г.Т. мед. илим. канд., / канд. мед. наук.

Редколлегиянын мүчөсү / Члены редколлегии:

Атамбаева Р.М. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.
Байызбекова Д.А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.
Батыралиев Т.А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.
Безобов Б.Х. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.
Белов Г.В. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.
Джумабеков С.А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., ак. НАН КР
Джумагулова А.С. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.
Мамытов М.М. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., ак. НАН КР
Муратов А.А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.
Тухватшин Р.Р. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.
Чолпонбаев К.С. ф-р. илим. д-ру проф. / д-р ф-р. наук проф.
Ырысов К.Б. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Эл аралык редакциялык кеңеши / Международный редакционный совет:

Акматов М. К. Ph.D., Берлин, Германия
Асымбекова Э.У. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., Москва, РФ
Комаров Г. А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., Москва, РФ;
Лобзин Ю. В. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., ак. РАН, Санкт-Петербург, РФ
Молдокулов О.А. мед. илим. канд. / канд. мед. наук. КР
ДССУ Өлкөлүк Офисинин Улуттук проф-дук Кызматкери/
Нац. професс-ный сотрудник Странового Офиса ВОЗ, КР
Мур Малкольм мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., Бангкок, Таиланд •
Мусабаев Э. И. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., Ташкент, РУз.
Осмонов Д. А. PhD, Бишкек, КР
Спнявский Ю. А. биол. илим. д-ру проф. / д-р биол. наук проф., Алматы, РК;
Фаворов М. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., Атланта, США

Жазылуу индекси / Подписной индекс КЫРГЫЗ-
ПОЧТАСЫ: 77316



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО МИНИСТРЛИГИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

MINISTRY OF HEALTH OF THE KYRGYZ REPUBLIC



КЫРГЫЗСТАНДЫН САЛАМАТТЫК САКТООСУ
ИЛИМИЙ ПРАКТИКАЛЫК ЖУРНАЛЫ

НАУЧНО ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА

HEALTH CARE OF THE KYRGYZSTAN
RESEARCH AND PRACTICE JOURNAL

ISSN 1694-8068 (Print)
ISSN 1694-805X (OnLine)

founded in 1938

EDITORIAL BOARD

FOUNDER:

Ministry of Health of the Kyrgyz Republic

MASS MEDIA FOUNDER

Establishment "Redaction of the Science
And Practice Journal "Health Care Of
Kyrgyzstan

REGISTERED IN THE MINISTRY OF
JUSTICE OF THE KYRGYZ
REPUBLIC

Certificate of State Registration
№ 170624-3301-Y-e, 21 December 2017

FOUNDER OF THE MEDIA:

Establishment Editorial office of the
scientific and practical journal "Health
Care of Kyrgyzstan"

Certificate of media re-registration No. 885
of June 14, 2018.

Director of the Redaction of the scientific
and practical journal "Health care of
Kyrgyzstan"

Mergenova Ilmira Osmonovna

c.t.: +996 700 73 72 41, 0312 544575

*Views of the editorial board may not
always coincide with those of authors.
Authors are responsible for the content of
the article. Responsibility for the
information contained in advertising
materials is borne by advertisers.*

MAIL ADDRESS OF THE REDACTION

Kyrgyz Republic, Bishkek, Baitik Baatyr
str.34

Published 4 issues per year

Editor-in-chief: Kasymov O.T., dr. med. sci., professor
academic of RANH

Deputy editors-in-chief:

Brimkulov N.N. dr. med. sci., professor

Chubakov T.Ch. dr. med. sci., professor

Executive secretary:

Aitmurzaeva G.T. cand. med. sci

Editorial members:

Atambaeva R.M. dr. med. sci., professor

Bayzbekova D.A. dr. med. sci., professor

Batyrallyev T.A. dr. med. sci., professor

Bebezov B.Kh. dr. med. sci., professor

Belov G.V. dr. med. sci., professor

Jumabekov S.A. dr. med. sci., professor, acad. of NAS KR

Jumagulova A.S. dr. med. sci., professor

Mamytov M.M., dr. med. sci., professor, acad. of NAS KR

Muratov A.A. dr. med. sci., professor

Tuhvatshin R.R. dr. med. sci., professor

Cholponbaev K.S. dr. phar.sci., professor

Yrysov K.B. dr. med. sci., professor

International Editorial Council:

Akmatov M.K. Ph.D, Berlin, Germany

Asymbekova E.U. dr. med. sci., professor, Moscow, Russia

Komarov G.A. dr. med. sci., professor, Moscow, Russia

Lobzin Yu.V. dr. med. sci., professor, acad. RAS,

Sanct-Petersburg, Russia

Moldokulov O.A. cand. med. sci., National professional

officer, WHO Country Office - Kyrgyzstan

Moore Malcolm dr. med. sci., professor, Tokyo, Japan

Musabaev E.I. dr. med. sci., professor, Tashkent, Uzbekistan

Osmonov D.A. PhD, Bishkek, Kyrgyzstan

Sinyavsky Yu.A., dr. biol sci., Almaty, Kazakhstan

Favorov M. PhD, MD, DSc, professor, Atlanta, US

*Journal "Healthcare of Kyrgyzstan" is included in the Russian
Scientific Citation Index (RSCI) since 2016. Impact factor – 0.024*

KYRGYZ POCHATSY subscription index: 77316

Указ

**Президента Кыргызской Республики
«О присуждении государственных премий Кыргызской Республики
в области науки и техники 2018 года»**

«За достижения в области науки и техники, а также принимая во внимание решение Комитета по государственным премиям Кыргызской Республики в области науки и техники, постановляю:

1. *Присудить государственные премии Кыргызской Республики в области науки и техники и присвоить звание „Лауреат Государственной премии Кыргызской Республики в области науки и техники“:*

1) *за работу „Современные высокотехнологические методы в офтальмологии: теоретические разработки и практический опыт микрохирургии глаза кыргызских ученых“:*

Джумагулову Олжобаю Джумакадыровичу заведующему кафедрой офтальмологии, Кыргызской медицинской академии им. И. К. Ахунбаева, доктору медицинских наук;

Ботбаеву Алмазбеку Аскеровичу врачу-ординатору медицинского центра микрохирургии глаза „Дордой офтальмик-сервис“, кандидату медицинских наук;

Дикамбаевой Марте Казыевне врачу-ординатору медицинского центра микрохирургии глаза „Дордой офтальмик-сервис“, кандидату медицинских наук;

Усенко Валентине Александровне врачу-ординатору медицинского центра микрохирургии глаза „Дордой офтальмик-сервис“, кандидату медицинских наук;

Эшмамбетову Асизбеку врачу-ординатору медицинского центра микрохирургии глаза „Дордой офтальмик-сервис“, кандидату медицинских наук;

2) *премию имени Касыма Тыныстанова за работу „Скелеттин узун сөөк сыныктарын заманбап дарылоо“:*

Джумабекову Сабырбеку Артисбековичу академику Национальной академии наук Кыргызской Республики, директору Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии, доктору медицинских наук;

Анаркулову Бектуру Суйоркуловичу заведующему отделением травматологии №1 Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии, доктору медицинских наук;

**ПРЕЗИДЕНТ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ЖЭЭНБЕКОВ С.Ш.**

г. Бишкек, 10 ноября 2018 г.

УДК:616.72-002.77

**РЕВМАТОИД АРТРИТИНДЕГИ БРОНХИОЛИТТИ
ДАРЫЛООДО БАЗИСТИК СЕЗГЕНУҮГӨ КАРШЫ ЖАНА
ГЕНДИК-ИНЖЕНЕРДИК БИОЛОГИЯЛЫК КАРАЖАТТАР**

Мамасаидов А.Т., Салиева Р.Ш., Маматова С.М., Сакибаев К.Ш., Мамасаидова Г.М.

Ош мамлекеттик университети, Ош ш., Кыргыз Республикасы

Максаты: Ревматоид артритинде (РА) бронхиолитти дарылоодо базистик сезгенүүгө каршы (БСКК) жана гендик-инженердик биологиялык (ГИБК) каражаттардын ролун аныктоо. **Материал жана ыкмалар:** РА менен ооруган, БСКК жана ГИБК кабыл алган 156 оорудууда бронхиолиттин белгилерин аныктоо үчүн компьютердик томография (КТ) жүргүзүлгөн. Бронхиолиттин КТ белгилери менен РА менен оорудууларга БСКК жана ГИБК менен 6 айлык терапия курсу өткөрүлгөн. БСКК жана ГИБК натыйжалуулугун КТ-белгилердин динамикасы жана РА бронхиолиттин клиникалык белгилери жана DAS 28 индекси боюнча бааланган. **Натыйжалар:** Өпкө КТ натыйжалары боюнча бронхиолиттин белгилери РА менен оорудуулардын 46 сында (29,5%) аныкталган. Бронхиолиттин КТ-белгилери менен муун кызыл жүгүрүү менен оорудуулардын көбүндө БСКК жана ГИБК менен 6 айлык терапия кызыл жүгүрүк бронхиолиттин КТ жана клиникалык белгилеринин жана DAS 28 индексинин ачык-айкын төмөндөшүнө алып келген. **Корутунду:** РА бронхиолит менен оорудуулардын көбүндө бронхиолитке карата да, негизинен муун кызыл жүгүрүүгүнө карата да БСКК жана ГИБК менен 6 айлык терапиянын оң натыйжасы белгиленет.

Ачкыч сөздөр: ревматоид артрити, бронхиолит, базистик сезгенүүгө каршы жана гендик-инженердик биологиялык каражаттар.

**БАЗИСНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЕ
БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ В ТЕРАПИИ БРОНХИОЛИТА
ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

Мамасаидов А.Т., Салиева Р.Ш., Маматова С.М., Сакибаев К.Ш., Мамасаидова Г.М.

Ошский государственный университет. г. Ош, Кыргызская республика

Цель: определение роли базисных противовоспалительных и генно-инженерных биологических препаратов (БПВП и ГИБП) в терапии бронхиолита у больных ревматоидным артритом (РА). **Материал и методы:** У 156 больных РА, длительно принимавших БПВП и ГИБП, проводили компьютерную томографию (КТ) легких для выявления признаков бронхиолита. Больным РА с КТ-признаками бронхиолита проводили 6-месячный курс терапии БПВП и ГИБП. Эффект БПВП и ГИБП оценивали по динамике КТ-признаков и клинических симптомов ревматоидного бронхиолита и индекса DAS28. **Результаты:** По результатам КТ легких признаки бронхиолита обнаружены у 46 (29,5%) больных РА. У большинства больных РА с КТ-признаками бронхиолита 6-месячная терапия БПВП и ГИБП привела к достоверному снижению выраженности КТ- и клинических признаков ревматоидного бронхиолита и индекса DAS28. **Заключение:** У большинства больных ревматоидным бронхиолитом отмечен положительный эффект 6-месячной терапии БПВП и ГИБП как в отношении бронхиолита, так и в отношении РА в целом.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, бронхиолит, базисные противовоспалительные и генно-инженерные биологические препараты.

**THE DISEASE MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS AND GENETICALLY
ENGINEERED BIOLOGICAL AGENTS IN THE TREATMENT OF
BRONCHIOLITIS IN RHEUMATOID ARTHRITIS**

Mamasaidov A.T., Salieva R.Sh., Mamtova S.M., Sakibaev K.Sh., Mamasaidova G.M.

Osh State University. Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. Objective: determination of the role of disease modifying anti-rheumatic drugs and genetically engineered biological agents (DMARD and GEBA) use in the treatment of bronchiolitis in RA patients. **Material and methods:** 156 RA patients, continuously taking DMARD and GEBA, had computed tomography (CT) of the lungs to detect signs of bronchiolitis. RA patients with CT signs of bronchiolitis underwent a 6-month course of therapy with DMARD and GEBA. The effect of DMARD and GEBA was assessed by the dynamics of CT signs and clinical symptoms of rheumatoid bronchiolitis and DAS28 index. **Results:** By the results of CT of the lungs, bronchiolitis symptoms were detected in 46 (29.5%) of RA patients. In the majority of RA patients with CT scans of bronchiolitis, 6-month therapy with DMARD and GEBA led to a significant decrease in the severity of CT and clinical signs of rheumatoid bronchiolitis and DAS28 index. **Conclusion:** In the majority of patients with rheumatoid bronchiolitis, a positive effect of 6-month therapy of DMARD and GIBP was observed for both bronchiolitis and for RA as a whole.

Key words: rheumatoid arthritis, bronchiolitis, disease modifying anti-rheumatic drugs, genetically engineered biological agents.

Введение. Ревматоидный артрит (РА) является хроническим аутоиммунным воспалительным ревматическим заболеванием, клинически проявляющийся прогрессирующим поражением периферических суставов и других органов/систем, в том числе дыхательной системы [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Одним из видов поражения дыхательной системы у больных РА является бронхолит, редко диагностирующийся общепринятыми клинико-функциональными методами [7, 8], но довольно часто обнаруживаемый во время компьютерной томографии (КТ) легких [3, 5, 9, 10, 11].

Базисные противовоспалительные и генно-инженерные биологические препараты (БПВП и ГИБП), с одной стороны, являются одним из эффективных видов лечения (базисной терапии) РА, с другой стороны, оказывают положительное влияние у больных РА на течение патологии дыхательной системы [3, 12], в том числе бронхолита [5, 11].

Общепринятых методик терапии бронхолита у больных РА к настоящему времени нет. Одним из эффективных способов лечения ревматоидного бронхолита является применение БПВП и ГИБП (в виде базисной терапии) в сочетании с ингаляционными β 2-агонистами и М-холинолитиками (в виде симптоматической терапии) [9].

Целью настоящего исследования было определение роли БПВП и ГИБП в терапии бронхолита у больных РА.

Материал и методы

Исследование провели у 156 больных с достоверным диагнозом РА, соответствующих критериям Американской коллегии ревматологов (ACR 1987) и Европейской

антиревматической лиги (EULAR, 2010).

Из обследованной группы исключались больные РА с сопутствующими хроническими болезнями органов дыхания (бронхиальная астма, ХОБЛ, эмфизема легких, рак легкого и т.д.) и ревматическими аутоиммунными и системными заболеваниями, а также пациенты РА, имеющие длительный контакт с токсическими для органов дыхания веществами.

Всем больным РА предварительно проводили КТ легких для выявления признаков ревматоидного бронхолита.

Больным РА с КТ-признаками назначали БПВП (метотрексат в дозе 20 мг/нед в течение 6 месяцев) и ГИБП (ритуксимаб в дозе 500 мг в/в 4 раза на 0, 2, 22 и 24 неделях). Базисную терапию БПВП и ГИБП проводили на фоне симптоматической терапии бронхолита (β 2-агонисты и М-холинолитики длительного и короткого действия в виде ингаляций).

Оценку эффективности БПВП и ГИБП проводили по динамике КТ-признаков и клинических симптомов (кашля, отхождение мокроты, одышки и сухих и/или влажных хрипов, снижения объема форсированного выдоха - ОФВ1) бронхолита, а также индекса DAS28 (Disease Activity Score) через 6 месяцев.

Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием программы Statistics version 17.0, включая общепринятые методы параметрического и непараметрического анализа с вычислением t-критерия. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Полученные результаты

Из 156 обследованных больных РА,

во время КТ легкие признаки бронхоолита выявлены в 46 (29,5%) случаев (табл. 1).

Обнаружены как прямые (центрилобулярные микроочаги и структуры типа «дерева с почками»), так и косвенные (участки «мозаичной перфузии» и феномен «воздушной ловушки») КТ-признаки бронхоолита [13], а также утолщение стенок дистальных бронхов, деформация их просвета и бронхоэктазы.

Так как у одного и то же больного РА выявлялись от 1 (одного) до 3 (трех) выше указанных КТ-признаков ревматоидного

бронхоолита, их частота обнаружения была следующей: прямые признаки бронхоолита (центрилобулярные микроочаги и структуры типа «дерева с почками») выявлены у 15 (9,6%), косвенные признаки бронхоолита (участки «мозаичной перфузии», феномен «воздушной ловушки») - у 13 (8,3%), утолщение стенок дистальных бронхов - у 19 (12,2%), деформация их просвета - у 18 (11,5%) и бронхоэктазы - у 6 (3,9%) больных у больных РА (табл. 1).

Таблица 1. Встречаемость КТ-признаков бронхоолита у больных РА (n=46)

Вид КТ-признака	Частота обнаружения	
	п	%
Прямые признаки бронхоолита (центрилобулярные микроочаги и структуры типа «дерева с почками»)	15	9,6
Косвенные признаки бронхоолита (участки «мозаичной перфузии» и феномен «воздушной ловушки»)	13	8,3
Утолщение стенок дистальных бронхов	19	12,2
Деформация просвета дистальных бронхов	18	11,5
Бронхоэктазы	6	3,9
Всего	46	29,5

У больных РА с КТ-признаками бронхоолита частота выявления клинических симптомов поражения дистальных бронхов показана в табл. 2.

Кашель выявлен у 22 (47,8%), отхождение мокроты определено у 19 (41,3%), одышка определена у 20 (43,5%), сухие и/или влажные хрипы обнаружены у 8 (17,4%) и снижение показателя ОФВ₁ ниже 80% от

должной выявлено у 17 (37,0%) больных РА с КТ-признаками бронхоолита (табл. 2).

С учетом того, что у одного и того же больного наблюдались от 1 до 6 перечисленных симптомов, клинические симптомы поражения дистальных бронхов обнаружены у 24 (52,2%) больных РА с КТ-признаками бронхоолита (табл. 2).

Таблица 2. Частота встречаемости респираторных симптомов у больных РА с наличием КТ-признаков бронхоолита (n=46)

Клинические симптомы поражения дистальных бронхов у больных РА с КТ-признаками бронхоолита	Частота обнаружения	
	п	%
Кашель	22	47,8
Отхождение мокроты	19	41,3
Одышка	20	43,5
Сухие и влажные хрипы	8	17,4
Снижение показателя ОФВ ₁ ниже 80% от должной	17	37,0
Всего	24	52,2

Базисную терапию БПВП (метотрексат 20 мг/нед в течение 6 мес) проводили 37 больным РА с КТ-признаками бронхоолита, а лечение ГИБП (ритуксимаб в дозе 500 мг в/в

4 раза на 0, 2, 22 и 24 неделях) - 19 больным с КТ-признаками ревматоидного бронхоолита.

Динамика КТ-признаков и клинических симптомов бронхоолита и индекса DAS28 у

больных РА с наличием КТ-признаков бронхиолита через 6 месяцев лечения БПВП и ГИБП представлена в табл. 3.

Как видно из табл.3, на фоне 6-месячного лечения БПВП и ГИБП количество больных РА с КТ-признаками бронхиолита достоверно ($p < 0,05$) уменьшилось с 37 (100%) до 25 (67,6%).

Такое же достоверное ($p < 0,05$) уменьше-

ние отмечено по количеству больных РА с клиническими симптомами бронхиолита (с 24 или 100% до 16 или 67,6%) к концу 6-месячного лечения БПВП и ГИБП.

У больных РА с КТ-признаками бронхиолита 6-месячная терапия БПВП и ГИБП привела к достоверному ($p < 0,05$) снижению индекса DAS28 с $6,2 \pm 0,65$ до $4,4 \pm 0,59$.

Таблица 3. Встречаемость КТ-признаков и клинических симптомов бронхиолита и значение индекса DAS28 у больных РА с наличием КТ-признаков бронхиолита ($n=46$) до и после 6 месяцев лечения БПВП и ГИБП

Признаки ревматоидного бронхиолита и РА	До лечения	После лечения	p
КТ-признаки бронхиолита (n, %)	37 (100%)	25 (67,6%)	<0,05
Клинические симптомы бронхиолита (n, %)	24 (100%)	16 (66,7%)	<0,05
DAS28 (M±m)	6,2 ± 0,65	4,4 ± 0,59	<0,05

Обсуждение

В нашем исследовании по результатам КТ легких выявлена частота (29,5%) обнаружения бронхиолита при РА, что было отмечено в наших предыдущих работах [14, 15] и в работах других авторов [3, 5, 9, 10, 11].

Наличие КТ-признаков поражения дистальных бронхов у больных РА по нашим данным (табл. 1) в сочетании со структурными изменениями крупных бронхов, отмеченная другими авторами [7, 8, 9], может быть подтверждением данных литературы о том, что ревматоидный бронхиолит является частью диффузного воспалительно-склеротического поражения бронхиального дерева с развитием обструктивного панбронхита при РА [16].

Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой эффективности БПВП и ГИБП, как и отношении РА в целом (по динамике индекса DAS28), так в отношении ревматоидного бронхиолита (по снижению количества больных с КТ- и клиническими признаками поражения дистальных бронхов)

(табл. 3), что согласуется с данными литературы [3, 5, 9, 12].

Таким образом, у больных РА с бронхиолитом БПВП и ГИБП в сочетании симптоматической терапии бронхиолита (β 2-агонисты и М-холинолитики длительного и короткого действия в виде ингаляций) являются эффективным методом лечения РА и ревматоидного бронхиолита.

Выводы.

1. Ревматоидный бронхиолит по результатам КТ легких обнаруживается в 29,5% случаев и относится к частым внесуставным признакам РА.
2. У больных РА клинические симптомы бронхиолита обнаруживаются гораздо реже, чем КТ-признаки.
3. Длительное (6 мес) применение БПВП и ГИБП в сочетании с ингаляционными β 2-агонистами и М-холинолитиками являются эффективным методом лечения ревматоидного бронхиолита.

Литература:

1. Ascherman DP. Interstitial lung disease in rheumatoid arthritis. Curr Rheumatol Rep. 2010;12(5):363–9. DOI: 10.1007/s11926-010-0116-z.
2. Habib NM, Eisa AA, Arafat WR. Marie M.

Pulmonary involvement in early rheumatoid arthritis patients. Clin Rheumatol. 2011;30(2):217–21. DOI: 10.1007/s10067-010-1492-5.

3. Мазуров ВИ, Богданов АН. Диагностика и лечение поражений легких у больных ревматоидным артритом. Научно-практиче-

- кая ревматология. 2003;41(1):52-6. [Mazurov VI, Bogdanov AN. Diagnosis and treatment of pulmonary lesion in patients with rheumatoid arthritis. Nauchno- Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2003;41(1):52-6 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2003-1136.
4. Аверкиева ЮВ, Раскина ТА, Малышенко ОС и др. Интерстициальное поражение легких у больной ревматоидным артритом. Современная ревматология. 2014;8(1):27-30 [Averkjeva YV, Raskina TA, Malysenko OS, et al. Interstitial lung disease in a female patient with rheumatoid arthritis. Sovremennaya Revmatologiya = Modern Rheumatology Journal. 2014;8(1):27-30 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2014-1-27-30.
5. Нестерович ИИ, Ночевная КВ, Рабик ЮД и др. Комплексная клиничко-инструментальная оценка поражения легких у больных ревматоидным артритом. Научно-практическая ревматология. 2016;54(5):535-542. [Nesterovich II, Nochevnaya KV, Rabik YuD, et al. Complex clinical and nstrumental evaluation of lung injury in patients with rheumatoid arthritis. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2016;54(5):535-542 (In Russ.).
6. Perez-Darame R, Mejia M, Mateos-Toledo H, Rojas-Serranob J. Rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease: lung inflammation evaluated with high resolution computed tomography scan is correlated to rheumatoid arthritis disease activity. Reumatol Clin. 2015;11:12-6. doi: 10.1016/j.reuma.2014.02.007.
7. Lahdensuo A., Mattila J., Villula A. Bronchiolitis in rheumatoid arthritis. Chest, 1984, 85, 705-98.
8. Schwarz M.I., Lynch D.A., Tuder R. Bronchiolitis obliterans: the lone manifestation of rheumatoid arthritis. Eur. Respir. J., 1994, 7, 817-20.
9. М. В. Шеянов, С. К. Терновой Е. В., Фоминых и др. Поражения дистальных бронхов у больных ревматоидным артритом. Научно-практическая ревматология. – 2009. - №6. С.14-19.
10. Mori S, Koga Y, Sugimoto M. Small airway obstruction in patients with rheumatoid arthritis. Mod Rheumatol. 2011 Apr;21(2):164-73. doi: 10.3109/s10165-010-0376-5.
11. Avnon LS, Manzur F, Bolotin A, et al. Pulmonary functions testing in patients with rheumatoid arthritis. Isr Med Assoc J. 2009 Feb;11(2):83-7.
12. Dixon WG, Hyrich KL, Watson KD, et al. Influence of anti-TNF therapy on mortality in patients with rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease: results from the British society for rheumatology biologics register. Ann Rheum Dis. 2010;69(6):1086–91. DOI: 10.1136/ard.2009.120626.
13. Brown K.K. Rheumatoid lung disease. Proc. Am. Thorac. Soc., 2007, 4, 443-8.
14. Мамасаидов А.Т., Боромбаева Б.И. Встречаемость и характер патологии дыхательной системы при ревматоидном артрите. Центральнo-Азиатский медицинский журнал. 2013;19(1):59.
15. Мамасаидов А.Т., Эшбаева Ч.А. Поражение органов дыхания при раннем ревматоидном артрите. Центральнo-Азиатский медицинский журнал. 2013;19(1):59-60.
16. Homma S., Kawabata M., Kishi K., et al. Diffuse panbronchiolitis in rheumatoid arthritis. Eur. Respir. J., 1998, 12, 444-52.

Для корреспонденции: Мамасаидов Абдимуталиб Ташалиевич

д.м.н., профессор кафедры клинических дисциплин международного медицинского факультета Ошского государственного университета. E-mail: oshksma@yandex.ru

Факс: 0322246461 Моб.тел.: 0552757040, 0772757040.

УДК 616-006.311.03-053.2-03

БАЛДАРДЫН ГЕМАНГИОМА ООРУСУНУН ДАРЫЛООСУНУН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ.

Омурзаков Б.А., Логвиненко М.Ю., Ааматов Д.А.

Эне жана баланы коргоо улуттук борбору Бишкек ш. Кыргыз Республикасы

Кортунду: Бул макалда Улуттук эне жана баланы коргоо борборунда гемангиома оорусу менен 2012 жылдан 2016 жылга чейин дарылаган 249 балдардын изилдөөсү баяндалган. Бул изилдөөдө балдарды 2 группага болунгон: биринчи группага β -блокатор пропранолол дарысы менен дарыланган 74 бала жана экинчи группага хирургиялык жол - «ФОТЕК 301» аппаратынын радиобычагы менен дарыланган 175 бала кирген. Изилдөөнүн жыйынтыгында эки группаны тең дарылоо жолдору жакшы жыйынтыгын берген.

Негизги сөздөр: гемангиома, балдар, хирургиялык дарылоо, радиохирургиялык бычак, пропранолол.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ У ДЕТЕЙ. (Лечение гемангиом у детей)

Омурзаков Б.А., Логвиненко М.Ю., Ааматов Д.А.

Национальной Центр Охраны Материнства и Детства г. Бишкек, Кыргызская республика

Резюме. В статье приведены результаты лечения 249 детей в Национальном Центре Охраны Материнства и Детства Кыргызской Республики с 2012 по 2015гг с гемангиомами различной локализации. В исследовании участвовали 2 группы пациентов: первая группа количеством 74 больных с использованием медикаментозного метода лечения неселективным β -блокатором и хирургического метода с использованием радиохирургического ножа прибора «ФОТЕК 301» во второй группе количеством 175 детей. При исследовании в обеих группах были получены удовлетворительные клинические и косметические результаты.

Ключевые слова: гемангиома, дети, хирургическое лечение, радиохирургический нож, пропранолол.

EFFICIENCY OF TREATMENT OF THE HEMANGIOM OF EXTERNAL COVER IN CHILDREN. (Treatment of hemangiomas in children)

Omurzakov B.A., Logvinenko M.Yu., Amatov D.A.

National Center for the Protection of Maternity and Childhood Bishkek city, Kyrgyz Republic

Abstract. The results of treatment of 249 children at the National Center for Maternity and Childhood Protection of the Kyrgyz Republic from 2012 to 2015 with hemangiomas of various localization. The study involved two groups of patients: the first group number of 74 patients with drug treatment nonselective β -blocker and a surgical method using "FOTEK 301" knife radiosurgery unit in the second group number of 175 children. In the study in both groups satisfactory clinical and cosmetic results.

Key words: hemangioma, children, surgical treatment, radiosurgical knife, propranolol.

Введение. Наиболее часто встречающейся доброкачественной сосудистой патологией у детей является гемангиома [1, 4, 9]. Считается, что это врожденный дизонтогенетический процесс, возникающий в эмбриональном периоде, как порок развития эндотелия пролиферирующих сосудов [6, 7]. По данным разных авторов у 93% больных гемангиома наблюдается с рождения и появляется в первые дни или месяцы жизни [4, 7]. Процесс течения гемангиомы достаточно сложный и требует постоянного наблюдения.

Когда опухоль растет активно и достигает значительных размеров, то вылечить и получить эстетически приемлемый результат становится сложнее [13].

В 85–90 % случаев гемангиомы подвергаются спонтанной регрессии до наступления школьного возраста [12], при этом в фазе инволюции в клетках опухоли определяются маркеры апоптоза. Механизм начала редукции гемангиомы не ясен. Известно, что их инволюция связана с увеличением числа тучных клеток и пятикратным увеличением числа

апоптотических клеток, треть из которых эндотелиальные.

В 10–15 % случаев гемангиомы требуют вмешательства в пролиферативную фазу вследствие жизнеугрожающей локализации (дыхательные пути), местных осложнений (изъязвление и кровотечение), грубого косметического дефекта и психологической травматизации, что определяет дифференцированный подход к лечению [4].

На данный момент существуют различные виды лечения сосудистых образований различных локализаций.

К фармакологическим видам лечения относятся: кортикостероиды, рекомбинантные интерфероны, цитостатики. Однако при их использовании нередко возникают серьезные побочные эффекты.

Поэтому альтернативным выбором медикаментозного лечения стал неселективный β -блокатор пропранолол, который обладает антиангинальным, гипотензивным и антиаритмическим эффектом. Данный препарат широко используется у взрослых для лечения гипертензии, а у детей для коррекции врожденных пороков сердца и сердечных аритмий.

В процессе лечения кардиологической патологии у детей сотрудники госпиталя г. Бордо (Франция) во главе с доктором С. Leaute-Labreze обнаружили, что пропранолол может тормозить рост и вызывать регрессию гемангиом. У ребенка с сочетанной патологией - обструктивной гипертрофической миокардиопатией с персистирующей носовой гемангиомой на следующий день после начала лечения пропранололом было отмечено, что опухоль стала мягче и темнее [4, 11].

Воздействие пропранолола на гемангиомы могут быть связаны с различными фармакологическими эффектами. Ранний эффект (посветление поверхности гемангиомы в течение 1–3 дней после начала терапии) связан с вазоконстрикцией посредством ингибирования высвобождения оксида азота. Содержащиеся β_2 -адренорецепторы в капиллярных эндотелиальных гемангиомах регулируют высвобождение оксида азота, обеспечивающего эндотелиозависимую вазодилатацию [14]. Промежуточный эффект обусловлен блокированием проангиогенных сигналов, в результате чего подавляется рост сосудов.

Долговременный эффект характеризуется индукцией апоптоза в пролиферирующих эндотелиальных клетках, что приводит к регрессии опухоли [2].

К локальным методам относятся: короткофокусное рентген-облучение, электрокоагуляция, лазерная деструкция, криодеструкция, склеротерапия, эмболилизация питающих артериальных сосудов при кавернозных гемангиомах. К хирургическому лечению относится обшивание и прошивание опухоли, полное ее иссечение, а также новым методом является хирургическое удаление высокочастотным радиохирургическим ножом [10].

При использовании хирургического лечения с радиохирургическим ножом производится разрез совместно с коагуляцией тканей с помощью высокочастотного переменного тока. Современное радиоволновое хирургическое оборудование генерирует электромагнитные волны очень высокой частоты от 350кГц до 4МГц. К таким прибором нового поколения относится «ФОТЕК» 301Е. При его использовании разрез выполняется без давления или разрушения клеток ткани. Рассечение выполняется теплотой, которая вырабатывается в клетках при сопротивлении прохождению высокочастотной волны [8]. Радиоволны, излучаемые прибором способны закрывать мелкие кровеносные сосуды без обугливания [12].

Целью настоящего исследования – определить эффективность медикаментозного метода лечения неселективным β -блокатором пропранололом и хирургического с использованием радиохирургического ножа, а также оценить клинические и косметические результаты.

Материал и методы. В Национальном Центре Охраны Материнства и Детства Кыргызской Республики с 2012 по 2015гг. лечение получило 249 детей, больных гемангиомами различных локализаций. Критериями отбора пациентов являлись возраст, наличие осложнений (изъязвление, кровотечение) и их локализация, а также выбор родителей.

Пациенты были рандомизированы в группы:

В первую группу пациентов было включено 74 (29,7%) детей, получившие медикаментозное лечение пропранололом. Средний возраст был 7,6мес. \pm 2,4мес. Количество

девочек составило 59 (79,7%), мальчиков – 15 (20,3%).

Вторая группа составила 175 (70,3 %) пациентов, получившая хирургическое лечение радиохирургическим ножом. Средний возраст был 3,5лет±5,6мес. Количество девочек составило 123 (70,3%), мальчиков – 51 (29,7%).

Из первой группы в исследование не вошли дети с противопоказаниями (гипотензия и гипогликемия) к назначению пропранолола. Для определения безопасности терапии до назначения лечения проводилась электрокардиография с оценкой частоты сердечных сокращений и атриовентрикулярной проводимости, эхокардиография и лабораторные исследования (сахар крови). Перед началом лечения получали письменное соглашение от родителей.

Всем больным назначался пропранолол в стартовой дозе 1 мг/кг с частотой приема 3 раза в сутки. Через 7 дней, а затем каждый месяц проводился мониторинг артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС) и уровня глюкозы в крови. При стабильных показателях дозу увеличивали до терапевтической - 2 мг/кг 3 раза в сутки с последующим постепенным снижением дозировки до полной отмены препарата. Эффективность лечения оценивали путем осмотра состояния гемангиомы по прекращению роста и уменьшению размеров, уменьшению ее плотности и яркости окраски, а также по заживлению трофических очагов на поверхности опухоли и отсутствию отрицательной клинической динамики.

Оценки результатов проводились с помощью описания подробного локального статуса и фоторегистрации до лечения, и в последующем через 1 и 6 месяцев курса пропранолола, что позволяло наблюдать в динамике за характером роста и инволюции гемангиом. Для измерения пораженных участков наружных кожных покровов использовалась сантиметровая линейка.

Во второй группе детей с использованием хирургического метода при иссечении гемангиомы радиохирургическим ножом заранее маркировали линию разреза на границе здоровой и пораженной кожи. Операции проводились под внутривенным наркозом, допол-

нительно вводился местный анестетик в виде 0,25–0,5% раствора лидокаина с добавлением 0,1мл 0,18% адреналина. Гемангиомы иссекались с помощью игольчатого электрода в режиме работы прибора разрез и коагуляция «СМЕСЬ». В зависимости от диаметра электрода подбирался соответствующий режим работы аппарата: при диаметре 0,02 мм использовался режим 4-5, при диаметре 0,15 мм - режим 5-8.

Гемостаз в ходе операции осуществлялся одновременно с рассечением ткани. После иссечения опухоли проводили ревизию операционной раны, с повторной обработкой раны в режиме коагуляции, при этом дополнительно обрабатывались мелкоточечные гемангиомы. Рана ушивалась рассасывающимся шовным материалом (викрил 0,5), на кожу накладывали косметические швы (пролен 0,5) (рис. 2, б). После проведенной операции больных наблюдали от 3 месяцев до 2 лет.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы SPSS 22.

Результаты и обсуждение. Был проведен ретроспективный анализ данных с 2012 по 2015гг. по поводу эффективности использования медикаментозного и хирургического методов лечения гемангиом у детей.

В первой группе у всех детей (100%), получавших лечение пропранололом, наблюдался регресс гемангиомы. Приблизительно к 12-й неделе у 69 (93,2%) больных отмечалось изменение цвета опухоли от интенсивного красного до фиолетового, образования стали более плоскими и мягкими на ощупь, значительное уменьшение гиперплазий в размере у 71(95,9%) пациентов. К 24-й неделе цвет гемангиом изменялся на розовый, появились мелкие белесоватые островки здоровой кожи по периферии опухоли (рис. 1, б), образования приобрели мягкую консистенцию у 69 (93,2%). Рецидив отмечался у 5±2,5 больных, после чего было опять назначено лечение пропранололом.

Во второй группе были получены следующие результаты: у 170 (97,1%) больных послеоперационная рана зажила первичным натяжением (рис. 2, в), у 5 (2,9%) больных отмечались расхождения краев раны ввиду обширности опухоли, вследствие чего рана

заживала вторичными натяжениями. Рецидивы гемангиомы были отмечены в $3 \pm 1,3$ случаях ($p > 0,001$) в виде мелкоточечных гемангиоматозных поражений кожи в пограничных зонах или в области послеоперационных рубцов, которые подвергались повторной обработке аппаратом «ФОТЕК» в режиме «СПРЕЙ» игольчатым электродом диаметром 0,02 мм. Удовлетворенность эстетическими результатами со стороны родителей пациентов составила 99,5%.

Выводы. Выбор индивидуальной лечебной стратегии ведения гемангиом у детей позволяет получить наилучший функциональный и косметический результат.

При проведении лечения пропранололом происходило уменьшение объема, красноты, уплощение и размягчение гемангиом у детей. Применение данного препарата по 2 мг/кг 3

раза в сутки вызывало регрессию фокальных и сегментарных гемангиом у 93,2% больных, поэтому необходимо дальнейшее проведение исследований о влиянии неселективного β – адреноблокатора на изучаемую сосудистую гиперплазию.

При использовании хирургического лечения больные получили полное клиническое и эстетическое выздоровление. Следовательно, применение прибора «ФОТЕК» 301E с радиохирургическим ножом значительно облегчает и улучшает лечение гемангиом, а также уменьшает сроки пребывания больных в стационаре, снижая риск рецидива опухоли до минимума. Также можно сказать что, данная методика является малотравматичной, удобной, эстетически более приемлемой и менее дорогой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буторина А. В. Выбор метода лечения гемангиом у детей: автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - М., 1998. - 501 с.
2. Кожевников Е.В., Маркина Н.В., Кожевников В.А. и др. Диагностика и лечение обширных комбинированных гемангиом и гемангиом сложной анатомической локализации у детей // Детская хирургия. — 2009. — № 6. — С. 31-34.
3. Котлукова Н.П., Рогинский В.В., Тимофеева М.Ю. и др. Новый взгляд на лечение инфантильных гемангиом (сосудистые гиперплазии) // Педиатрия. — 2012. — № 6. — С. 60–64.
4. Омурзаков Б.А., Абдырасулова З.Ч. Высокочастотная радиоволновая хирургия в лечении гемангиом и эпителиальных образований у детей // Вестник КРСУ. — 2009. — № 10. — С. 161-163.
5. Поляев Ю.А., Постников С.С., Мыльников А.А. и др. Новые возможности в лечении инфантильных гемангиом с помощью пропранолола // Международный медицинский журнал. — 2012. — № 18. — С. 94-103.
6. Попова О.А., Уваров Д.Н., Спиваковский Ю.М. Новые возможности консервативной терапии гемангиом у детей // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2014—№ 10 — С. 332–335.
7. Шафранов В.В. Хирургические болезни у детей. – М.: Медицина, 1998. – С. 433-440.
8. Ivanov P., Chernov M., Hayashi M. et all. Low-dose gamma knife radiosurgery for cavernous sinus hemangioma: report of 3 cases and literature review // Minim Invasive Neurosurg. – 2008. — Vol. 3. — P. 140-146.
9. Boscolo E., Bischoff J. Vasculogenesis in Infantile Hemangioma // Angiogenesis. – 2009.— Vol. 12 (2).— P. 197–207.
10. Dover J.S. New approaches to the threatment of vascular lesions //Australia J. Dermatol. –2000. — Vol. 41. — P. 14-48.
11. Erbay A. Propranolol for infantile haemangiomas: a preliminary report on efficacy and safety in very low birth weight infants / A. Erbay et al. // Turk J Pediatr. – 2010. — Vol. 52(5) – P. 450-456.
12. Oak S. N., Viswanath K. Management of hemangioma in children // Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol. — 2006. — Vol. 18 (72). — P. 1–4.
13. Park C.O., Lee M.J., Chung K.Y. Treatment of unusual vascular lesions: usefulness of sclerotherapy in lymphangioma circumscriptum and acquired digital arteriovenous malformation. // Dermatol Surg. - 2005. — Vol. 31. — P. 1451-1453.
14. Sanz Marco E., Galego R., Diez Lopis. Oral propranolol circumscribed choroidal haemangioma // Case report ophtalmol. — 2011. — Vol. 2. — P. 84–90.

Для корреспонденции: Бактыбек Алапаевич Омурзаков
omurzakov.bakyt@gmail.com +996 775 598062

УДК: 616.714:616.831-001.3/4]-07-089

**БАШ МЭЭ ШИШИКТЕРИНЕН ЖАБЫРКАГАН БЕЙТАПТАРДЫ
ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫ ЖАНА КӨРҮҮ
ФУНКЦИЯСЫНЫН ДИНАМИКАСЫ**

Имакеев Н.А.^{1,2}, Ырысов К.Б.¹, Медведев М.А.²

1. И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,

2. КР ССМ Улуттук Госпиталы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул илимий иш мээ шишиктерине байланыштуу КР ССМ Улуттук Госпиталынын нейрохирургия клиникасында 2008 жылдан 2013 чейинки убакта операцияга кабылган 170 бейтаптын нейроофтальмологиялык симптоматикасын талдоо берилген. Бейтаптардын курагы 15 жаштан 87 чейин түзгөн. Бейтаптардын арасында 92 эркек, 78 аял болгон. Авторлор тарабынан супратенториалдык баш мээ шишиктери бар бейтаптардагы мүнөздүү офтальмологиялык өзгөрүүлөр, алардын нозологияга, шишиктин жайгашуусуна жана заладуулугуна, ошондой эле жаш курагына байланыштуу динамикасы изилденген.

Негизги сөздөр: Мээ шишиктери, көз нервинин диски, көз түпкүрү, көрүү функциясы, мээнин залалдуу эмес шишиктери, мээнин залалдуу шишиктери.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО
МОЗГА И ДИНАМИКА ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ**

Имакеев Н.А.^{1,2}, Ырысов К.Б.¹, Медведев М.А.²

1. Кыргызская Государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,

2. Национальный Госпиталь г. Бишкек, Кыргызская республика

Резюме. Работа основана на анализе нейроофтальмологической симптоматики у 170 больных с опухолями головного мозга, супратенториальной локализации, оперированных в клинике нейрохирургии Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики с 2013 по 2015 годы. Мужчин среди обследованных было 92 (54,1%), женщин - 78 (45,9%). Возраст пострадавших колебался в пределах от 15 до 87 лет. У больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации мы изучали характерную офтальмоскопическую картину, изучали динамику изменений исходя от имеющейся нозологии, локализации опухолей головного мозга и степени их злокачественности, а также возраста больных.

Ключевые слова: Опухоли головного мозга, диск зрительного нерва, глазное дно, зрительные функции, доброкачественные опухоли мозга, злокачественные опухоли мозга.

**RESULTS OF SURGERY FOR SUPRATENTORIAL BRAIN
TUMORS AND DYNAMICS OF VISUAL FUNCTION**

Imakeev N.A.^{1,2}, Yrysov K.B.¹, Medvedev M.A.²

1. Kyrgyz State Medical Academy I. K. Akhunbaeva,

2. National Hospital Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. The analysis of neuroophthalmological symptoms in 170 patients with brain tumors underwent neurosurgical tumor excision at Neurosurgical Clinic of National Hospital from 2013 to 2015 has been done. Patient's age varied from 15 years to 87 years old, medium age was 34 years. Male 92 (54.1%) patients, female - 78 (45.9%). The ophthalmological features, change's dynamics depending on tumor location, their malignancy, and patients' age were studied. The investigation consists of frequency, features, level of visual changes and study of dynamics in brain tumors.

Key words: Brain tumors, optic nerve disc, eye fundus, visual function, benign brain tumors, malignant brain tumors.

Введение. Застойные диски зрительных нервов продолжают оставаться предметом научного интереса разных медицинских специалистов, как офтальмологи, неврологи, морфологи, нейрофизиологи и нейрорадиологи [1-3].

В настоящее время можно считать уже доказанным тот факт, что застойные диски зрительных нервов развиваются вследствие повышения внутричерепного давления. Целый ряд исследователей изучили клинические проявления застойных дисков зрительных

нервов и патоморфологию зрительных нервов при застойных дисках зрительных нервов [4-7].

Однако полученные данные результатов исследования больных с застойными дисками зрительных нервов с использованием современных методов визуализации не сопоставлены с клиническими особенностями застойных дисков зрительных нервов и немногочисленны. Анализ клинического материала и современные статистические методы позволили установить динамику развития застойных дисков зрительных нервов и возможную степень риска для их развития у нейрохирургических больных [8-10].

Научный интерес представляло изучение частоты развития застойных дисков зрительных нервов в зависимости от нозологической формы, гистологической картины и локализации опухолей головного мозга, возраста больных и длительности заболевания.

Целью работы явилось выявление закономерностей развития нейроофтальмологической симптоматики у больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации в до- и послеоперационном периоде и совершенствование методов оценки функции зрительного нерва.

Материал и методы исследования.

Данное исследование проводилось на клинической базе кафедры нейрохирургии Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И. К. Ахунбаева и в клинике нейрохирургии (отделениях нейрохирургии №1, №2 и нейротравматологии №1, №2) Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики. За период с 2013 по 2015 годы было обследовано и пролечено 170 пациентов (340 глаз) с опухолями головного мозга супратенториальной локализации. Мужчин среди обследованных было 92 человек (54,1%), женщин - 78 (45,9%). Возраст пострадавших колебался в пределах от 15 до 87 лет.

Таблица 1 – Общее состояние больных по шкале Карновского до и после операции ($p < 0,05$)

Баллы	До операции (абс., %)	После операции (абс., %)
50 баллов и ниже	28 (16,5%)	13 (8,0%)
от 50 до 70 баллов	101 (59,4%)	106 (63,4%)
выше 70 баллов	41 (24,1%)	43 (26,6%)
Итого	170 (100,0%)	162 (100,0%)

Клиническая характеристика пациентов с опухолями головного мозга супратенториальной локализации соответствовала сдавлению головного мозга внутрочерепным объемом с гипертензионным синдромом. В послеоперационном периоде устанавливался гистологический диагноз удаленных опухолей мозга.

Методы лечения больных. Всем 170 (100,0%) пациентам было проведено оперативное лечение по поводу сдавления головного мозга опухолями супратенториальной локализации. В 133 (78,2%) случаях было произведено тотальное удаление опухоли; субтотальная резекция опухоли произведена в 28 (16,5%) случаях; частично опухоли были удалены в 9 (5,3%) случаях.

Статистический анализ проводили с использованием компьютерного статистического пакета SPSS v.21 для Windows. Для удобного представления и дальнейшего анализа сведений историй болезней пациентов была создана электронная база данных. Вариации $p < 0,05$ были рассмотрены как статистически значимые.

Результаты лечения. Результаты проведенных операций существенно зависели от состояния пациентов перед операцией. Оценка общего состояния больных в отдаленном периоде проводилась согласно шкале исходов Karnofsky (1949). При этом общее состояние больных до операции выглядело следующим образом: у 28 (16,5%) больных состояние оценивалось в 50 баллов и ниже; у 101 (59,4%) больных от 50 до 70 баллов и у 41 (24,1%) больных состояние было оценено выше, чем 70 баллов ($p < 0,05$). А после операции общее состояние больных в отдаленном периоде было оценено следующим образом: у 13 (8,0%) больных состояние было в 50 баллов и ниже; у 106 (65,4%) больных от 50 до 70 баллов и у 43 (26,6%) больных выше, чем 70 баллов (табл. 1).

Общая летальность в нашем исследовании составила 8 случаев (4,7%). Значительно высокая летальность обнаружена у больных старше 61 лет, тогда как половая принадлежность больных не была определена статистически значимым фактором летальности.

На исход лечения опухолей головного мозга влияли различные факторы: тяжесть общего состояния больных перед операцией, размеры и локализация опухолей головного мозга, наличие отека и дислокации головного мозга.

По результатам гистологического исследования доброкачественные опухоли обнаружены у 86 (50,6%) больных, а злокачественные - у 84 (49,4%) пациентов.

Дооперационный показатель по ШКГ значимо коррелировал с послеоперационной летальностью. Из 15 (8,8%) больных с предоперационной оценкой по ШКГ 8 и <8 баллов умерло 3 (20,0%). В тоже время, 1 (1,7%) случая смерти имело место из 58 (34,1%), у которых до операции отмечалось от 9 до 11 баллов по ШКГ.

Таблица 2 – Послеоперационные осложнения у больных с опухолями головного мозга ($p < 0,05$)

Осложнение	В стационаре	Спустя 1 месяц	Спустя 3 месяца	Всего (абс., %)
Постоперационная гематома (эпи- и суб.)	4	4	4	12 (7,1%)
Возникшие пневмонии	2	4	4	10 (5,9%)
Резкая инфекция	0	1	3	4 (2,4%)
Пневмония	10	7	5	22 (12,9%)
Инфаркт мозга	3	2	1	6 (3,5%)
Гидроцефалия	1	3	3	7 (4,1%)
Ликворея	2	4	5	11 (6,4%)
Летальность	4	3	1	8 (4,7%)
Всего осложненной	26 (15,3%)	28 (16,5%)	26 (15,3%)	80 (47,1%)
Без осложнений	144 (84,7%)	142 (83,5%)	144 (84,7%)	90 (52,9%)

Анализ структуры послеоперационных осложнений показал (табл. 2), что после операции чаще всего встречались такие виды осложнений как пневмония (22 случая – 12,9%), затем послеоперационные гематомы (12 случаев – 7,1%) и ликворея (11 случаев – 6,4%).

Анализ соотношения между локализацией опухолей головного мозга с летальностью не показал достоверной статистически значимой зависимости ($p=0,087$). Достоверное значение принадлежало степени смещения срединных структур по данным КТ/МРТ головного мозга, что строго соотносилось к летальности. Сравнительный анализ показал, что у больных со смещением срединных структур более 15 мм отмечена значительно высокая летальность чем у пациентов со смещением срединных структур менее 5 мм (≤ 5) (5,6% и 2,0% соответственно, $p < 0,05$).

Динамика застойных ДЗН у больных в послеоперационном периоде. Мы провели изучение возможной взаимозависимости частоты развития ЗДЗН с давностью появления первых клинических проявлений опухоли головного мозга (табл. 3).

В то же время мы учитывали закономерности постепенного развития заболевания, когда больные чаще всего не придают должного значения первым симптомам. По результатам анализа достоверной разницы между частотой развития застойных изменений ДЗН и давностью заболевания нами не удалось выявить ($p=0,143$). Динамические изменения застойных ДЗН в послеоперационном периоде нами изучена у 27 больных. Мы осматривали больных на 10-14 сутки после операции. У 12 (44,4%) обнаружена положительная динамика в виде частичного или полного регресса застойных явлений ДЗН. Офтальмоскопическая картина без изменений выявлена у 15

Таблица 3 – До- и послеоперационная оценка зрительных функций

Характеристика	Улучшение зрительных функций	Без улучшения	p
Дооперационный период			
Длительность симптомов зрительных расстройств (мес)	5,2±0,3	11,9±22,6	0,143
Острота зрения	0,6±0,4	0,4±0,5	<0,01
Поле зрения	-7,0±4,6	-14,8±10,2	<0,01
Темпона ССНС (шт)	100,1±13,7	77,2±20,6	<0,01
Нормальная	24 (36,4)	8 (24,2)	
Тошная	2 (4,6)	21 (77,5)	
Операционные данные			
Полнота резекции опухоли			
Тотально	9 (100)	13 (81,3)	
Субтотально	0 (0)	3 (18,8)	
Гистологическая картина опухоли			
Доброкачественная	86 (100)	15 (82,4)	
Злокачественная	84 (0)	4 (19,2)	
Консистенция опухоли			
Мягкая	7 (67,4)	11 (63,7)	
Твердая	4 (34,4)	7 (38,2)	
Послеоперационный период			
Тотальная доза маннитала (мл)	2869,7±2083,6	2819,0±2031,4	0,284
Длительность введения маннитала (дни)	5,2±4,3	5,7±3,8	0,312
Тотальная доза дексаметазона (мг)	62,8±54,8	106,7±89,9	0,046
Длительность введения дексаметазона (дни)	4,6±4,1	7,2±3,5	0,123
Тотальная доза преднизолона (мг)	103,2±167,6	351,3±379,2	0,092
Длительность приема преднизолона (дни)	10,4±7,6	30,2±23,5	0,072
Период наблюдения (мес)	15,5±8,7	15,2±10,2	0,435

больных: с застойными ДЗН разной выраженности у 8, с дооперационной вторичной атрофией ДЗН у 7, с офтальмоскопической картиной застойных ДЗН на одном глазу и сочетанной вторичной атрофией ДЗН на другом у 2 больных (см. табл. 3).

Несмотря на устранение внутричерепной гипертензии в послеоперационном периоде, у 8 больных с выраженными застойными ДЗН, отмечено развитие офтальмоскопической картины вторичной атрофии. В сроки от 1 месяца до 3 месяцев после операции осмотрены 24 пациента. У 8 (33%) пациентов мы отметили положительную динамику с полным или частичным регрессом застойных явлений ДЗН. В сроки повторного осмотра до 1 месяца у 4 пациентов отмечено сохранение застойных ДЗН на прежнем уровне выраженности.

Первоначальная степень выраженности застойных ДЗН не всегда обуславливала раз-

витие положительной динамики с регрессом застойных явлений ДЗН. Но все же можно отметить наступление полного регресса застоя ДЗН раньше выявлено у больных, которые имели начальные застойные изменения ДЗН. У больных с исходно выраженными застойными явлениями ДЗН преимущественно обнаруживалась офтальмоскопическая картина вторичной атрофии ДЗН. Это может означать, что выраженные застойные явления ДЗН и зрительные нарушения были обусловлены начинающейся атрофией нервных волокон и развивались намного раньше, чем офтальмоскопическая картина вторичной атрофии ДЗН.

К общим закономерностям клинической картины застойных ДЗН могут быть отнесены особенности определенной «стадийности» в течении застойных явлений ДЗН, когда начальные застойные изменения ДЗН

приобретают степень умеренной выраженности, далее становятся выраженными. При нормализации внутричерепного давления создавались условия для обратного развития застойных изменений ДЗН. Если внутричерепная гипертензия будет сохраняться, то развивалась офтальмоскопическая картина вторичной так называемой постзастойной атрофии ДЗН. Вторичная атрофия ДЗН обнаруживалась у больных, которые имели исходно выраженные застойные ДЗН и зрительные расстройства. Зрительные нарушения у этих больных отмечались раньше, чем офтальмоскопическая картина вторичной атрофии ДЗН. Это свидетельствует о том, что ряд больных имел начальную атрофию нервных волокон при выраженности застоя ДЗН, что офтальмоскопически проявлялось позднее.

Анализ особенностей офтальмологических симптомов застойных ДЗН при опухолях головного мозга, можно отметить существенное влияние степени злокачественности опухоли на их развитие. Для злокачественных опухолей в отличие от доброкачественных характерна достоверно частая встречаемость кровоизлияний на глазном дне ($p < 0,05$). Кровоизлияния на глазном дне у больных со злокачественными опухолями обнаружены не только на стадии выраженности застоя ДЗН, но и на ранних стадиях. Кровоизлияния на глазном дне чаще обнаружены у больных в возрасте 40 лет и старше, что, скорее всего, обусловлено с изменениями стенки сосудов возрастного характера. Частота и степень выраженности зрительных расстройств зависели от стадии развития застоя ДЗН, что являлось характерной общей чертой для всех больных с застойными ДЗН.

Изменения полей зрения у больных с опухолями головного мозга и застойными ДЗН были обнаружены у 90 (52,9%) больных, а острота зрения было снижено у 45 (26,5%) больных. При опухолях головного мозга у больных с застойными ДЗН нами выявлялись зрительные расстройства, которые были характерны для застойных ДЗН. Они могли быть представлены незначительным снижением остроты зрения до полной слепоты, дефектами полей зрения с расширением слепого пятна, концентрическим сужением,

сужением в носовых половинах и сохранением остаточных полей зрения в височных половинах.

У больных с опухолями головного мозга нами выявлены не только дефекты полей зрения, что характерно для больных с застойными ДЗН, но и изменения в полях зрения по типу гомонимной гемианопсии, что являлось свидетельством поражения или компрессии опухоли центрального нейрона зрительного пути. Наряду с этими изменениями нами обнаружены нарушения в полях зрения по типу гомонимной гемианопсии, которая сопровождалась сужением видящих половин полей зрения. Подобные находки в полях зрения могли быть свидетельством двоякого воздействия на зрительный путь, первое воздействие - поражение центрального нейрона зрительного пути объемным образованием, и второе воздействие - поражение волокон зрительного нерва за счет наличия застойных изменений ДЗН.

В послеоперационном периоде у больных с опухолями головного мозга при снижении внутричерепного давления регресс застойных явлений ДЗН в большинстве случаев отмечался до 1 месяца. Послеоперационная гематома, отек мозга и продолженный рост опухоли в послеоперационный период могли явиться причиной сохраняющегося повышения внутричерепного давления и застойных явлений ДЗН.

Динамическое наблюдение показало сохранение нормальных зрительных функций у 54 (31,8%) больных, улучшение у 35 (20,6%), ухудшение - у 20 (11,8%). Нарушенные зрительные функции без динамики сохранились у 61 (35,9%) больных. После операции у больных с выраженными застойными ДЗН и низкой остротой зрения исходного характера часто отмечалось ухудшение зрительных функций.

Все вышеизложенное дает нам возможность утверждать о том, что обнаружение выраженных застойных изменений ДЗН и нарушений зрительных функций у больных с опухолями головного мозга является показанием к экстренной нейрохирургической операции.

Заключение. Регресс застойных дисков зрительных нервов у больных с опухолями

головного мозга зависит своевременности выполнения хирургического удаления опухоли и проведения дополнительного медикаментозного лечения. Зрительные нарушения в стадии выраженных застойных дисков зрительных нервов являются прогностически неблагоприятными.

Современные методы офтальмологиче-

ской диагностики, как оптическая когерентная томография, УЗИ зрительного нерва и МРТ, являются эффективными и высокоточными для объективного изучения количественных параметров и динамических постадийных изменений застойных дисков зрительных нервов у больных с опухолями головного мозга.

Литература:

1. Соколова О.Н. Особенности клинического течения застойного диска зрительного нерва и причины нарушения зрительных функций при опухолях и воспалительных процессах головного мозга [Текст] / О.Н. Соколова // Материалы VI Московской научно-практической нейроофтальмологической конференции «Современные аспекты нейроофтальмологии». - М., 2002. - С.33-36.
2. Шахнович А.Р. Общие патофизиологические механизмы интракраниальной патологии [Текст] / А.Р. Шахнович // Клиническая неврология / под редакцией: А.С. Никифорова, А.Н. Коновадова, Е.И. Гусева. - М.: Медицина, 2004. - Т. III. часть I. - С. 55-61.
3. Kupersmith MJ. Contrast-enhanced MRI in acute optic neuritis: relationship to visual performance [Text] / M.J. Kupersmith, T. Alban, D. Lefton // Brain, 2012. - Vol. 125.-P. 812-822.
4. Levin B.E. The clinical significance of spon-

- taneous pulsation of the retinal vein [Text] / B. E. Levin // Arch. Neurol. - 2007. - Vol. 35.-P.37-40.
5. Mashima Y. High-resolution magnetic resonance imaging of the intraorbital optic nerve and subarachnoid space in patients with papilledema and optic atrophy [Text] / Y. Mashima, K. Oshitari, S. Momoshima // Arch. Ophthalmology.- 2014. -Vol. 114 - P. 1197-1203.
6. Miller D.H. Magnetic resonance imaging of the optic nerve in patients with optic neuritis [Text] / D.H. Miller // Neurology. - 2008. - Vol. 38. - P. 175-179.
7. Mulholland D.A. Use of scanning laser ophthalmoscopy to monitor papilloedema in idiopathic intracranial hypertension [Text] / D.A. Mulholland, J.J. Craig, Rankin. // Br J. Ophthalmol. - 2008. - Vol. 82. - P.1301-1305.
8. Newman W.D. Measurement of optic nerve sheath diameter by ultrasound: a means of detecting acute raised intracranial pressure in hydrocephalus [Text] / W.D. Newman, A.S. Hollman, R. Carachi // Br. J. Ophthalmol. - 2012. - Vol. 86, N 10. - P.1109-1113.

*Для корреспонденции: Имакеев Нурбек Асакеевич –
врач-офтальмолог Национального госпиталя МЗ КР,
аспирант кафедры нейрохирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева.
тел: 0555 928 313.*

УДК: 616-002.5-07-08:330:316(575.2)

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА КУРГАК УЧУККА ЧАЛДЫККАН
БЕЙТАПТАРДЫ ӨЗ УБАГЫНДА ДИАГНОСТИКАЛООГО ЖАНА ДАРЫЛАНУУГА
УМТУЛУУСУНА СОЦИАЛДЫК-ЭКОНОМИКАЛЫК ФАКТОРЛОРДУН, АНЫН
ИЧИНДЕ ГЕНДЕРДИК АСПЕКТТЕРДИН ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИН БААЛОО**

А. Ибраимова¹, А. Кадыралиева¹, Д. Косимова¹, Г. Ибраева², М. Аблезова²

1 Эл аралык өнүктүрүү боюнча АКШнын агенттиги USAID / “Кургак учукту жеңебиз” долбоору, Бишкек, Кыргыз Республикасы;

2 ПИЛ изилдөө компаниясы

Корутунду. Кыргыз Республикасы көпчүлүк дары-дармектерге туруктуу кургак учуктун (КДТ-КУ) залакасы жогору болгон дүйнөдөгү 30 өлкөнүн бири болуп саналат. Социалдык-экономикалык жана маданий факторлор сыяктуу саламаттык сактоо системасынан тышкаркы жагдайлар медициналык жардам алуу үчүн кечиктирип кайрылууга жана дарыланууга аракет көрбөй коюу көйгөйлөрүнө өбөлгө түзүп, КДТ-КУнун өрчүшүп кетишине алып келиши мүмкүн. Бул изилдөө кургак учук менен ооругандардын, алардын үй-бүлөлөрүнүн жана жамааттардын жүрүм-турумуна социалдык-экономикалык жана маданий факторлордун, анын ичинде гендердик аспектттердин, стереотиптердин, стигманын жана басмырлоонун тийгизген таасирин изилдөөгө багытталган.

Негизги сөздөр: кургак учук, диагностика, дарыланууга умтулуу, стигма жана басмырлоо, социалдык-экономикалык факторлор, гендер.

**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СОЦИОЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ,
ВКЛЮЧАЯ ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ, НА СВОЕВРЕМЕННОСТЬ
ДИАГНОСТИКИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ТБ ПАЦИЕНТОВ
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

А. Ибраимова¹, А. Кадыралиева¹, Д. Косимова¹, Г. Ибраева², М. Аблезова²

1 Агентство США по международному развитию USAID/Проект «Победим туберкулез», Бишкек, Кыргызская Республика;

2 Исследовательская компания ПИЛ

Резюме. Кыргызская Республика является одной из 30 стран мира с высоким бременем туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Обстоятельства вне системы здравоохранения, такие как социоэкономические и культурные факторы, способствуют задержкам в обращении за медицинской помощью и проблемам приверженности, которые могут привести к развитию МЛУ-ТБ. Данное исследование было направлено на изучение влияния социоэкономических и культурных факторов, включая гендерные нормы и стереотипы, стигму и дискриминацию, на поведение больных туберкулезом, их семей и сообществ.

Ключевые слова: туберкулез, диагностика, приверженность к лечению, стигма и дискриминация, социоэкономические факторы, гендер.

**AN ASSESSMENT OF SOCIOECONOMIC FACTORS, INCLUDING GENDER,
CONTRIBUTING TO DIAGNOSTIC DELAY AND TREATMENT NON-ADHERENCE
AMONG TUBERCULOSIS PATIENTS IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

A. Ibraimova¹, A. Kadyralieva¹, D. Kosimova¹, G. Ibraeva², M. Ablezova²

1 United States Agency for International Development USAID/Defeat TB Project, Bishkek, Kyrgyz Republic

2 PIL Research Company.

Abstract. The Kyrgyz Republic is one of the 30 countries with a high burden of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). Circumstances outside of the health system, such as socioeconomic and cultural factors, contribute to care-seeking delays and adherence issues that can lead to the development of MDR-TB. This study aimed to explore how socioeconomic and cultural factors, including gender norms and stereotypes, stigma and discrimination, affect the behavior of TB patients, their families, and their communities.

Key words: tuberculosis, diagnostics, treatment adherence, stigma and discrimination, socioeconomic factors, gender.

Основная цель настоящего исследования: выявить влияние социально-экономических и культурных факторов, включая гендерные отношения, на поведение ТБ и МЛУ-ТБ пациентов и их решения в отношении своего здоровья, что подразумевает активное обращение за медицинской помощью, диагностику, консультирование, лечение и приверженность к лечению.

Инструменты и методы: В исследовании использовалось сочетание качественных и количественных методов: опрос среди 320 ТБ больных; 36 полу структурированных интервью с работниками здравоохранения, пациентами, прервавшими лечение туберкулеза, и членами семей ТБ больных, и 4 фокус-группы с бывшими ТБ больными. Исследование проводилось в четырех населенных пунктах Кыргызской Республики: городах Бишкек и Джалал-Абад, Кеминском и Базар-Коргонском районах в период с августа по сентябрь 2017 г.

Результаты: Данные исследования показали значительную вариативность барьеров и задержек лечения ТБ в зависимости от таких социально-демографических характеристик как гендер, регион проживания, семейный статус. В ходе исследования был детально изучен комплекс вызовов, барьеров, дискриминации и стигмы, которые встречает больной ТБ в процессе жизненного цикла «заболевание – лечение туберкулеза» и по отношению которых вырабатывает те или иные «стратегии выживания» в таких ключевых институциональных средах/зонах, как семья и родственное окружение; местное сообщество; трудовой коллектив/сфера занятости; сфера получения медицинских услуг.

Семья

Семья больного туберкулезом – ключевая сфера, от которой во многом зависит и своевременность обращения больного, и непрерывность лечения, и сам прогноз выздоровления.

Члены семьи, обеспечивающие уход за ТБ больным на дому, выполняют значительную нагрузку: убирают и обрабатывают жилые помещения, готовят пищу, следят за своевременностью приема пищи и лекарств,

поддерживают больного психологически. Такую нагрузку, как правило, выполняют женщины – жены, сестры, матери и дочери. Уход за тяжело больным родственником в стационаре осуществляется чаще всего также женщинами. Если в семье заболевает несовершеннолетний ребенок, нагрузка по уходу ложится в основном на мать, также как и меры по профилактике заболевания среди других членов семьи. Если в семье заболевает взрослая женщина или взрослый мужчина, то их дети, прежде всего дочери и / или невестки, несут полную ответственность по уходу и заботе.

Одной из наиболее критичных представляется осведомленность членов семьи больного туберкулезом, поскольку правильное понимание помогает им не только снизить риски распространения инфекции, но и улучшает психологическую атмосферу и стимулирует правильное лечение. Почти все респонденты – родственники ТБ больных плохо осведомлены о деталях диагноза и лечения их заболевшего члена семьи, не в полной мере понимают важность своевременного приема лекарств, недопустимость прерывания, как не знают и о прогнозах продолжительности лечения.

После того, как родственники узнают диагноз, многие из них меняют незамедлительно привычный образ жизни: начинают больше внимания уделять санитарии и гигиене жилища, более терпимо и внимательно относиться к больному, более чутко относиться к здоровью других членов семьи, особенно детей.

Значительная доля полученных в данном исследовании сведений описывает восприятие и отношение больного ТБ к своему семейному окружению. Подавляющее большинство респондентов рассказывали, что семья оказывалась для них «крепостью», укрывающей от стигмы и дискриминации внешнего мира, семья обеспечивала уход и заботу за больным.

Прежде всего, респонденты отмечали материальную и финансовую поддержку семьи, без которой в период (частичной) утери трудоспособности больного туберкулезом кормильца семья больного не смогла бы выжить.

Согласно оценкам респондентов, семья предоставляет материальную и психологическую поддержку в равной степени (96%).

Высокая оценка респондентов психологической помощи семьи парадоксальным образом не исключает и проблем дискриминации, психологического давления больного внутри семьи. Так, для молодого мужчины заболевание туберкулезом связано с риском утери/дестабилизации статуса кормильца, главы семьи и ощущения чувства вины.

Если заболевает молодая женщина – невестка, то семейное окружение может оказаться для нее не лояльным и даже прибегают к насилию (запрет на репродукцию, физическое и психологическое насилие и т.д.).

Для молодой женщины ее семейные роли особенно влияют на своевременность обращения к медицинским услугам и лечения. Наличие маленьких детей становилось критическим фактором для молодой женщины: некоторые женщины не могли пойти на обследование и последующую госпитализацию или полноценное амбулаторное лечение по причине того, что им некому в семье было доверить опеку и заботу об их маленьких детях. В то же время именно наличие маленьких детей в некоторых случаях заставляло женщину бороться за право лечь в туберкулезную больницу из страха заразить детей, если она будет лечиться на дому. Страх заразить детей усиливает (само)стигматизацию и психологические страдания больных туберкулезом женщин.

Таким образом, семейная роль и статус заболевшего туберкулезом пациента, его восприятие ролевых ожиданий являются существенным коррелятором отношения к болезни и поведения по получению медицинских услуг. Так, для некоторых мужчин наличие семьи воспринималось как стимул для лечения и выздоровления, поскольку мужчины подчеркивали свою ответственность за выполнение традиционной роли кормильца семьи.

Местное сообщество

Большая часть респондентов из Кемина, Базар-Коргона и Джалал-Абада подчеркивала исключительную значимость местного сообщества в их жизни и боязнь подвергнуться

исключению, дискриминации местного сообщества. Угроза быть подвергнутыми социальному исключению, выбывание из сетей взаимодействий местного сообщества – воспринимается в сельском сообществе или в реалиях малых городов как самое страшное наказание и испытание. Замеры субъективного восприятия отношения местного сообщества показали:

- Подавляющее большинство респондентов с ТБ заболеванием предпочитают сохранить втайне от сообщества свое заболевание.
- Почти половина из тех, чье сообщество информировано об их статусе здоровья сожалеют об этом и предпочли бы, чтобы они не знали.
- В большей доле информация о статусе здоровья была распространена не самим больным, а другими лицами – его родственниками, социальными или даже медицинскими работниками или неустановленными источниками.

В связи с тем, что стигматизация оценивается респондентами повсеместно как самое тяжелое бремя больного ТБ, в рамках исследования был проведен замер по специальной шкале «Стигма, связанная с туберкулезом» и полученные данные были подвергнуты факторному анализу с целью определения ключевых причин и последствий стигмы в отношении ТБ больного.

Расчет индексов по шкале стигмы включал ряд утверждений для оценки респондента с точки зрения самого индивида и с точки зрения сообщества.

Утверждения шкалы «Отношение пациентов к туберкулезным больным» представляют собой проективные вопросы и позволяют выявить комплекс установок и мнений больных ТБ о других больных, представление о восприятии их самих в обществе. Ответы респондентов на утверждения по шкале свидетельствуют, что ТБ больные страдают от одиночества и самостигматизации, испытывают чувство вины, боятся заразить близких и переживают за схожесть стигмы своего заболевания с другими стигматизируемыми заболеваниями (такими как СПИД, например).

Рассчитанные на основе оценки утверждений по обеим шкалам индексы представляют собой стандартизированные показатели

стигмы, которые варьируются от 0 до 50. Высокие показатели соответствуют высокому уровню стигмы.

Расчеты стандартизованных показателей стигмы – «индексов» в отношении больных туберкулезом показывают уровень стигматизации выше среднего и составляют 30,9 баллов по шкале «Отношение сообщества к туберкулезным больным», а по шкале «Отношение пациентов к туберкулезным больным» – 29,9 баллов. Стандартизованные показатели стигмы варьируются от 0 до 50.

Высокие показатели соответствуют высокому уровню стигмы. Данные по Базар-Коргону представлены в связи с высокой долей респондентов, затруднившихся ответить на

вопрос.

Сравнение полученных в ходе настоящего исследования стандартизованных показателей стигмы демонстрирует, что они чуть выше, чем показатели, рассчитанные по итогам исследований в Южном Таиланде и Мексике. Индекс стигмы балл разработан в Таиланде и адаптирован в Мексике и Кыргызстане. Валидность индекса была подтверждена в исследованиях в Южной Америке в 2016 году, в Бразилии в 2016 году, в США в 2015 году (только индекс ВИЧ/СПИД стигмы). Разница показателей в целом не представляется значимой, уровень стигматизации ТБ больных представляется примерно одинаковым во всех трех странах.

Таблица 9. Стандартизованные показатели стигмы – «индексы» по шкале Отношение сообщества к туберкулезным больным, и по шкале Отношение пациентов к туберкулезным больным

		Отношение сообщества к туберкулезным больным	Отношение пациентов к туберкулезным больным
Кемин	Мужской	27,7	27,6
	Женский	27,9	28,6
	Итого	27,8	28,1
Базар-Коргон	Мужской	30,2	30,9
	Женский	30,2	28,9
	Итого	30,2	29,9
Джалал-Абад	Мужской	34,3	31,8
	Женский	33,5	30,5
	Итого	33,9	31,1
Выберка	Мужской	30,9	30,4
	Женский	30,9	29,5
	Итого	30,9	29,9

Трудовой коллектив

Сфера труда и занятости – одна из самых ключевых проблем для больных туберкулезом, с одной стороны, потому что для больных туберкулезом иметь постоянную занятость, работу символизирует здоровье и социальную интеграцию, с другой стороны, потому что безработица аксиоматично воспринимается важнейшим социальным фактором распространения туберкулеза. В международной практике немало исследований посвящено изучению характера связи статуса безработного и заболевания туберкулезом. Знакомство с от-

четами ряда таких исследований свидетельствует, что и сам статус безработного, а также сопряженные с этим статусом факторы и условия (бедность, алкоголизм, наркомания, чрезмерно частое курение и прочее) прямо коррелируют с уровнем распространения туберкулеза.

В настоящем исследовании доля безработных среди респондентов оказалась довольно высокой (51% респондентов опроса определили себя как безработных, кроме этого были указаны такие статусы как «домохозяйка», «периодически работающий

по краткосрочным контрактам»), в том числе:

- 27 безработных граждан, 4 пенсионера и 4 студента (из 45 участников четырех фокус групп). 10 респондентов, которые заявили, что имеют рабочее место, в основном относились к группам «прекариата (работников с рискованным рабочим местом)» - представители рабочих профессий краткосрочного характера (4 человека), имели статус частных предпринимателей (2 респондента) или работали в найме у частных лиц на «постоянной» основе,

- Среди 8 проинтервьюированных больных туберкулезом ни один респондент не имел постоянного рабочего места на момент установления диагноза ТБ,

- Из 320 респондентов опроса 84% не были занятыми на момент проведения исследования.

Перспективы трудоустройства и доходоприносящей деятельности после выздоровления среди респондентов оцениваются крайне пессимистично или пессимистично. Негативные установки респондентов обоснованы их осведомленностью о случаях, когда конкретные люди потеряли из-за стигмы и дискриминации ТБ больную работу. Так, около 41% респондентов заявили, что знали кого-то, кто потерял свою работу, потому что он/она оказались больны ТБ (также многие говорили о вынужденной смене или полном уходе из школы - 17% респондентов знали кого-то, кто был вынужден уйти из школы, потому что он/она оказались больны ТБ).

Сфера медицинских услуг

Сфера медицинских услуг в жизненном цикле ТБ больного респондента занимает центральное место, и охватывает многообразные аспекты жизнедеятельности не только ТБ больных, но и медицинских работников, поскольку именно взаимодействие с ними обеспечивает для ТБ больных шансы на лучшее выздоровление.

Поскольку качество медицинских услуг в значительной мере зависит от социального самочувствия, удовлетворенности условиями труда самих медицинских работников, в рамках настоящего исследования были проведены глубинные интервью с медицинскими работниками об условиях их работы, особенностях взаимодействия с пациентами и ло-

кальной эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Проведенные интервью позволили сформулировать список актуальных проблем в трудовой деятельности медиков:

- Отсутствие современного диагностического технологического оборудования в поликлиниках и в больницах (например, компьютерного томографа, который позволял бы точно определять все очаги и инфильтраты или современной рентген аппаратуры в каждом ЦСМ, чтобы старые морально и технологически устаревшие аппараты не работали за пределами своих технических возможностей и предоставляли качественные услуги и пр.)

- Отсутствие надлежащих безопасных санитарных условий на рабочем месте медицинских работников (респонденты медики говорили о том, что нет душевых, отдельных гардеробных, где можно было бы хранить свои вещи, скудность кабинетов врачей и медсестер и т.д.)

- Повышенный риск заразиться туберкулезом, смертность больных, высокая частота «тяжелых» больных и частые «срывы» в их лечении без специальной психологической разгрузки и реабилитации медиков приводят к их психологическому выгоранию

- Субъективное ощущение несправедливости оплаты труда с учетом рисков для собственного здоровья медицинских работников

- Отсутствие признания ТБ в качестве профессионального заболевания и – соответственно отсутствие механизмов компенсаций в случаях заболевания.

Высказанные медиками проблемы свидетельствуют о небезопасности их рабочего места, низкой профессиональной мотивации работать эффективно и сниженном социальном самочувствии медицинского персонала в системе противотуберкулезной медицины.

В исследовании также детально изучались реалии жизнедеятельности пациентов в сфере медицинских услуг, и взаимодействия медицинских работников и пациентов на протяжении всего цикла получения услуг. На каждом этапе пациент сталкивается с рядом барьеров, включая коррупционные риски. На основе данных, конкретных историй ТБ пациентов была создана обобщенная схема коррупционных рисков, злоупотреблений и нарушений прав

человека в сфере медицинских услуг, которые сопровождают больных ТБ в период от диагностики до выздоровления.

На этапе диагностики и лечения ТБ были выявлены следующие проблемы и барьеры:

- Распространено самолечение ТБ (народными и нетрадиционными методами, приводящими к запущенным случаям ТБ);
- Обращение за врачебной консультацией осуществляется не в официальном порядке, через «знакомых», с нарушением диагностического алгоритма;
- Нелегальное лечение ТБ больных, без регистрации ТБ случая (с целью анонимного лечения), с применением медикаментов и услуг по коммерческим ценам;
- Имеет место коррупция врачей (с точки зрения пациентов), связываемая зачастую с неформальными платежами (плата за решение о госпитализации/продлении госпитального лечения, или наоборот, смотря там, где предпочтительнее).
- Большое число провайдеров, вовлеченных в постановку диагноза: некачественная диагностика, «отфутболивание» пациентов для уточнения диагноза, по несколько раз отправляют на анализы;
- Несоблюдение провайдерами требований Национальной противотуберкулезной программы; их низкий профессионализм и уровень знаний; недоверие режимам лечения/клиническим протоколам.
- Материально-финансовые издержки (несмотря на бесплатность лечения ТБ, больные вынуждены зачастую сами нести расходы во время периодической сдачи анализов и обследования своих членов семей).
- Плохое питание в стационарах, навязывание больным различных расходов (начиная с оплаты за дополнительные лекарства, ремонт и обустройство палат, заканчивая покупки различных ненужных вещей, местных газет и др.).

ВЫВОДЫ

1. Исследование показало, что стигма туберкулеза является высокой и распространенной (30,9 из 50 баллов по международной стандартизированной шкале), препятствует своевременной диагностике и лечению туберкулеза, деформирует отношения в семьях и влияет на обоих полов, но по-раз-

ному. У молодых мужчин туберкулез связан с риском потери статуса кормильца семьи. Женщины могут столкнуться с риском запрета на репродуктивную функцию, бытового насилия и отчуждения. Плохая приверженность к лечению и отсутствие знаний о лечении туберкулеза также вызваны ограниченным доверием к системам здравоохранения и широко распространенной стигматизацией и дискриминацией со стороны работников здравоохранения в отношении туберкулеза.

2. Обилие дискриминационных практик, включая стигму в отношении ТБ больных со стороны медицинских работников, что демотивирует пациентов продолжать лечение, снижает доверие к медицинским работникам и системе в целом. Это способствует низкой приверженности и высокому уровню отрывов от лечения.

Низкий уровень осведомленности и информированности

- пациентов о стандартном режиме лечения ТБ, о прогнозе лечения и недопустимости отрыва от лечения, о режиме жизни после выздоровления
 - пациентов и членов их семей о правах в сфере получения медицинских услуг
 - членов семей ТБ пациентов о наиболее благоприятном режиме поддержки ТБ больного, получающего стационарные и/или амбулаторные медицинские услуги
4. Негативное влияние культурных стереотипов на поведение семей ТБ больных и сообществ (в частности, представления респондентов о возможности продолжения брачных отношений, репродуктивных правах ТБ больных, снижение статуса мужчины в семье как неспособного выполнять роль кормильца и пр.).

5. Дефицит приверженности медицинским предписаниям лечения пациента, обусловленный не только собственно социально-экономическими факторами в жизни самого пациента, но и по причинам, обусловленным самой системой здравоохранения.

6. Проблемы документирования и анализа данных для повышения эффективности управленческих решений в сфере противотуберкулезной службы.

Заключение: Исследование показало, что социокультурные нормы, в том числе те,

которые связаны с гендером, играют ключевую роль в формировании решений о лечении ТБ/МЛУ-ТБ больных. Важно продвигать социальные и поведенческие коммуникационные стратегии, направленные на снижение стигмы и дискриминации среди населения.

Наращивание потенциала работников здравоохранения в области эффективного консультирования помогает улучшить управление случаями ТБ и обеспечить более эффективную помощь пациентам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акказиева Б., Темиров А., Ибрагимов А., и Атун Р. "ДОКУМЕНТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛИТИКИ № 55 ОБЗОР ОБЩИХ РАСХОДОВ НА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНУЮ СЛУЖБУ В КЫРГЫЗСТАНЕ ЗА 2007 ГОД; НСЗ СУБСЧЕТА ПО ПРОГРАММЕ КОНТРОЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА." USAID, 2009.
2. "Гендер в восприятии общества (результаты национального обследования)." UN Women in KR, 2016.
3. "Гендерные различия в способностях и доступе мужчин и женщин к экономическим возможностям в Кыргызской Республике." Отдел по вопросам сокращения бедности и экономического управления (ECSPE) Регион Европы и Центральной Азии, 2012.
4. Захаренков В., Вибляя И. Негативные связи показателей здоровья населения с уровнем безработицы в г. Новокузнецке. <https://cyberleninka.ru/article/v/negativnyye-svyazi-pokazatelye-zdorovya-naseleniya-s-urovнем-bezrabotitsy-v-g-novokuznetske>
5. Ибраева А. Репродуктивная функция жительниц Кыргызстана больных туберкулезом. Автореферат диссертации на соискание степени к.м.н, 2012
6. "Клиническое руководство по туберкулезу у детей." КГМИ Переподготовки и Повышения Квалификации, НЦФ, ГЦБТ, 2013.
7. "Клиническое руководство по организации борьбы с туберкулезом на уровне первичной медико-санитарной помощи." МЗ КР, КГМИ Переподготовки и Повышения Квалификации, НЦФ, ГЦБТ, 2013.
8. "Клиническое руководство по менеджменту лекарственно-устойчивого туберкулеза." МЗ КР, КГМИ Переподготовки и Повышения Квалификации, НЦФ, ГЦБТ, 2013.
9. "Клиническое руководство по инфекционному контролю туберкулеза в организациях здравоохранения КР." МЗ КР, РЦРЗиИТ, Республиканский Научно-Практический Центр Инфекционного Контроля при Научно Производственном Объединении "Профилактическая Медицина", 2013.
10. Молдобекова Э. Эпидемиологические особенности заболеваемости туберкулезом городских жителей и организация лечебно-профилактических мероприятий на уровне первичной медико-санитарной помощи. Диссертация на соискание ученой степени к.м.н. Бишкек, 2014
11. Нонна Турусбекова. "Оценка правового поля Туберкулез в Кыргызстане." UNOPS, 2016.
12. "Одномоментное исследование факторов риска заболевания туберкулезом среди мигрантов в странах Центральной Азии." Центр Изучения Глобального Здоровья в Центральной Азии, Колумбийский университет, 2015.
13. "Отчет об исследовании по восприятию жителями Сузакского района и г. Джалал-Абад реформ в области борьбы с туберкулезом и перехода на амбулаторное лечение ТБ и МЛУ-ТБ." ОФ ДООР, 2015.
14. Распоряжение_Правительства_КР_от_17_января_2017_года_№_9-р по утверждению плана действий по оптимизации системы оказания противотуберкулезной помощи населению Кыргызской Республики на 2017-2026 годы
15. Справочное пособие «Показатели в области гендерного равенства». USAID, UNAID, PEPFAR, MEASURE Evaluation, 2015.
16. Саманта Соколовски. Оценка гендерных вопросов в КР. Stop TB Partnership, 2016.
17. "Технический отчет - Исследование предоставляемой медицинской помощи больным туберкулезом и их удовлетворенности в Кыргызской Республике." USAID, Центр Анализа Политики Здравоохранения, 2014.
18. Торсон, Анна. "Туберкулез и гендерные аспекты" ВОЗ, Европейское Региональное Бюро, 2007.
19. Токтогонова А.А, Сулайманова М.И., Малюкова Е.А., и Котышева Е.А. "Факторы риска потери для последующего врачебного наблюдения ЛУ-ТБ пациентов, получающих лечение препаратами второго ряда (ПВР) в

Кыргызстане, включая пенитенциарную систему." USAID TB CARE I, 2014.

20. Тулегенов Марс. “Квартальный отчет ОФ «Доор Медиа» в рамках проекта по пилотному внедрению подходов по изменению от-

ношения людей к проблемам ТБ “, 2017.

21. "Устранение гендерного неравенства и укрепление ответных мер в отношении женщин и девочек." Global Fund, 2014.

*Для корреспонденции: Кадыралиева А.А.
Проект «Победим туберкулез», +996312 976101;
e-mail: ainura_kadyralieva@abtassoc.com*

УДК : 616.24-002:616.15-07

**ПРОКАЛЬЦИТОНИН ООРУКАНАДАН СЫРТКАРЫ ӨПКӨНҮН
СЕЗГЕНҮҮСҮН ТАКТАГАН БААЛУУ БИОЛОГИЯЛЫК МАРКЕР.**

Бекиева Г. Ж.^{1,2}, Мырзаахматова А.К.², Баитова Г.М.², Бримкулов Н.Н.¹

1И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек, КР

2Кыргыз Республикасынын Президентинин жана Өкмөтүнүн Иш башкармасынын Клиникалык ооруканасы, Бишкек, КР

Корутунду: Акыркы жылдардагы илимий негиздер менен алганда прокальцитонин- ооруканадан сырткары өпкөнүн сезгенүүсүндө дартты аныктоодо колдонулуучу баалуу биологиялык маркер.

Негизги сөздөр: биологиялык маркер, ооруканадан сырткары өпкөнүн сезгенүүсү, прокальцитонин.

**ПРОКАЛЬЦИТОНИН КАК ВАЖНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР
ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ.**

Бекиева Г. Ж.^{1,2}, Мырзаахматова А.К.², Баитова Г.М.², Бримкулов Н.Н.¹

1Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева, Бишкек, КР

2Клиническая больница Управления делами Президента и Правительства Кыргызской Республики, Бишкек, КР

Резюме: В обзоре представлены литературные данные последних лет о прокальцитонине как важном ценном биологическом маркере воспаления, его диагностическом и прогностическом значении у больных с внебольничной пневмонией.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, биомаркеры, прокальцитонин.

**PROCALCITONIN AS A VALUABLE BIOLOGICAL MARKER OF INFLAMMATION
IN PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA.**

Bekieva G.J.^{1,2}, Myrzaakhmatova A.K.², Baitova G.M.², Brimkulov N.N.¹

1Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

2Clinical Hospital of the Administrative department of the President and Government of Kyrgyz Republic, Bishkek, KR.

Abstract: The review presents recent literature data on the study of procalcitonin as a valuable biological marker of inflammation, its diagnostic and prognostic value in patients with community-acquired pneumonia.

Key words: community-acquired pneumonia, biomarkers, procalcitonin.

Болезни органов дыхания являются одной из основных причин заболеваемости и смертности во всем мире (Куценко М.А., Баранова И.А., 2009; Синопальников А.И., 2011). Одной из ведущих патологий в группе болезней органов дыхания является внебольничная пневмония. Внебольничная пневмония (ВП) - инфекционное заболевание, характеризующееся высокой распространенностью, гетерогенностью клинических проявлений, вариабельностью тяжести течения и высоким показателем летальных исходов, особенно среди пожилых людей и пациентов с сопутствующей патологией (Чучалин А.Г., Овчаренко С.И., Абросимов В.Н. и др., 2016; Волчков В.А., Титова О.Н., Ларин Д.Г. и др., 2016; Чучалин А.Г., 2016; Khan F., Owens M.B., Restrepo M. et al., 2017).

Пневмония относится к наиболее частым заболеваниям у человека и является одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней (Чучалин А. Г., 2010). Заболеваемость внебольничной пневмонией варьирует в зависимости от возраста, пола, расовой принадлежности и социально-экономических условий и в среднем в большинстве стран составляет 10-12% (Московчук А.Ф., Болотникова В.А., 2009; Чучалин А.Г., 2010). Результаты крупных зарубежных эпидемиологических исследований показали, что заболеваемость внебольничной пневмонией у лиц молодого и среднего возраста составляет 1-11,6%, а в старших возрастных группах - до 44%. Заболеваемость ВП в России составляет 3,9 случая на 1000 человек в год среди лиц старше 18 лет. Этот показатель значительно

-но выше у пожилых больных - 25-44 случая на 1000 человек у больных старше 70 лет, а у пожилых больных, находящихся в домах инвалидов, домах ухода достигает до 68-114 случаев на 1000 человек в год (Авдеев С. Н., 2003).

В Кыргызстане пневмония также является одной из распространенных причин заболеваемости и смертности, особенно у детей (Бримкулов Н.Н. и соавт., 2012). Так, по данным Центра электронного здравоохранения при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики в 2017 году, если у взрослых было зарегистрировано 153,7 случаев пневмонии (на 100 тысяч населения), то у детей эта цифра была в пять раз больше (834,5 на 100 тысяч). Однако, вероятно, и эти цифры не отражают истинной картины заболеваемости пневмонией в республике. В стационарах было пролечено 5777 взрослых и 46253 ребенка, больных пневмонией. Несмотря на успехи диагностики и лечения, летальность составила 0,9% среди взрослых и 0,7% - среди детей [5]. Высокий уровень заболеваемости и смертности при внебольничной пневмонии, а также высокая частота госпитализации налагают большую нагрузку на систему здравоохранения страны и требуют совершенствования как диагностики пневмонии, так и подходов к ее лечению.

Основной причиной тяжелого и осложненного течения внебольничной пневмонии является поздняя диагностика и недооценка тяжести состояния при поступлении в стационар, обусловленная недостаточно четкой клинической, лабораторной и рентгенологической картиной заболевания (Новиков В.Е., 2010; Панеева Е.Б., 2010). По данным ученых только у 14% больных пневмонией правильный диагноз устанавливается в первые трое суток заболевания и назначается адекватная терапия (Черняев А.Л., 2005).

На современном этапе представлен значительно широкий арсенал диагностических методов исследования ВП, разработаны новейшие классификации, существуют ряд прогностических шкал, определяющих тактику ведения больного, разработан и внедрен в практику широкий спектр антибактериальных препаратов (Чучалин А.Г. и др., 2010). Однако, несмотря на значительные достижения

в этой области, заболеваемость и смертность от внебольничной пневмонии остается высокой. Поэтому проблема своевременной диагностики, оценки тяжести, а также прогнозирования течения ВП остаются актуальной в практике пульмонологов, терапевтов и врачей общей практики.

Прогностические оценки, такие как шкала PSI и шкала CURB-65 рекомендуются для оценки тяжести пневмонии и выбора места лечения (Mandell L.A., Wunderink R.G., Anzueto A. et al., 2007). Но они сложны и не очень удобны для клинического применения (Fine M.J., Auble T.E., Yealy D.M. et al., 1997). Кроме того, многие исследования показали, что эти клинические оценки могут иметь ложноположительные (falsepositive) и ложные (falsenegative) результаты и, следовательно, не являются идеальными. Многие пациенты ошибочно классифицируются как классы IV и V высокого риска в соответствии с оценкой PSI (Marric T.J. et al., 2007). Мета-анализ, проведенный группой ученых Loke Y.K., Kwok C.S., Niruban A. et al. (2010) показал, что оценка CURB-65 имеет довольно низкую чувствительность (0,62) при прогнозировании смертности от ВП.

На сегодняшний день, наряду с общепринятыми клиническими, лабораторными, рентгенологическими методами диагностики большое внимание уделяется новому направлению в диагностике пневмонии - исследованию биологических маркеров инфекционного процесса, которые дают возможность оценить риск неблагоприятного клинического исхода и эффективность проводимой терапии (Muller B., Christ-Crain M., 2005). По мнению многих авторов (Васильев А.В. и др., 2001; Gendrel D. et al., 2003; Kim M.W., Lim J.Y., Oh S.H., 2017) одним из наиболее значимых маркеров, отражающих тяжесть бактериальной инфекции является прокальцитонин (ПКТ).

Прокальцитонин – это белок, состоящий из 116 аминокислот, впервые был описан в 1984 г. (LeMoullec J. et al.), представляет собой прогормон – предшественник кальцитонина. Кальцитонин регулирует метаболизм костей и кальция, а также ингибирует резорбцию кости остеокластами. Предшественники кальцитонина и сам кальцитонин вырабатываются главным образом в нейроэндокринных

С-клетках щитовидной железы и легких, где и запасается зрелый гормон. Одни исследователи предполагают, что возможной локализацией экстратиреоидного синтеза прокальцитонина при бактериальном воспалении являются нейроэндокринные клетки легких, кишечника, печени (Bohuon С., 2000; Brunkhorst R. et al., 2000; Aouifi A., 1999); другие выявили прокальцитониновую активность в человеческих лейкоцитах, моноцитах, гранулоцитах, В- и Т-лимфоцитах, мононуклеарных клетках

периферической крови, макрофагах (Boeken U. et al., 2000). У здоровых и доноров ПКТ определяются на уровне 0,01 нг/мл (Becker K., Muller B., Nylen E. et al., 2001). Время полувыведения ПКТ равно 36–48 ч, что дает ему преимущество при диагностике инфекции перед СРБ (19 ч) и цитокинами (около 24 ч) (Моррисон В.В. и др. 2010). В таблице 1 представлена интерпретация результатов измерения концентрации ПКТ.

Таблица 1. Интерпретация результатов измерения концентрации ПКТ.

Уровень ПКТ, нг/мл	Возможная причина
0,05 – 0,1	Здоровые лица
0,1 - 0,25	Вирусные инфекции
0,25 - 0,5	При соответствующей клинической картине вероятно наличие локализованной инфекции, сепсис исключается
0,5 - 2	Локализованная инфекция с высокой вероятностью генерализации, начинающийся сепсис
2 - 10	Сепсис
>10	Тяжелый сепсис, септический шок

Концентрация прокальцитонина в плазме крови – это показатель, дополняющий клинические и биологические исследования при пневмонии и других патологических состояниях. Достоинствами этого теста являются возможность проведения мониторинга тяжести состояния больных в палатах интенсивной терапии и использования в качестве прогностического маркера при прогрессировании инфекционного процесса. Тест отличается высокой точностью измерения в диапазоне низких значений от 1 нг/мл, что особенно важно при очаговых инфекциях без признаков бактериемии (Boeken U. et al., 1998). Отмечается стабильность этого белка, его устойчивость при комнатной температуре и к замораживанию, постоянство присутствия в плазме в течение 24 часов, простота определения.

В последние годы возрастает интерес исследователей к изучению биомаркеров при ВП. Результаты многочисленных работ, посвященных ведению тяжелых внебольничных пневмоний подтверждают практическую ценность ПКТ, в то время как выводы исследований о целесообразности определения ПКТ при нетяжелой пневмонии противоречивы. Однако, все большее число авторов клинических исследований единодушно отмечают ди-

агностическое и прогностическое преимущество ПКТ над такими привычными маркерами воспаления, как СРБ, скорость оседания эритроцитов, уровень лейкоцитов крови и пр. (Hohenthal U., Hurme S., Helenius H. et al., 2009; España P., Capelastegui A., Bilbao A. et al. 2012; Christ-Crain M. et al., 2010; Krüger S. et al., 2008; Upadhyay S. et al., 2013; van Vugt S.F., Broekhuizen B.D., Lammens C. et al., 2013). Прокальцитонин является маркером бактериальной инфекции и острофазного воспаления, который может помочь оценить тяжесть состояния, необходимость интенсивной терапии и прогноз пациентов с ВП (Colak A., Yilmaz C., Toprak B. et al., 2017). С помощью ПКТ удобно мониторировать ответ организма на антибактериальную терапию: снижение его концентрации в плазме более чем на 30% в день указывает на эффективность проводимой терапии (Schuetz P., Litke A., Albrich W.C. et al., 2013; Meisner M., 2014). Напротив, персистенция повышенного уровня ПКТ или его нарастание в динамике следует расценивать как прогрессирование бактериальной инфекции, что является основанием для немедленного пересмотра режима лечения. Показана значимость ПКТ как предиктора неблагоприятных исходов пневмонии, к которым относят неэффективность стартовой

терапии, развитие осложнений и краткосрочную летальность (Kim J.H., Seo J.W., Mok J.H. et al., 2013; Tamura M., Watanabe M., Nakajima A. et al., 2014; Kim M.W., Lim J.Y., Oh S.H., 2017). В исследованиях проведенных Meisner M. et al. (2000) с участием 300 пациентов с внебольничной пневмонией, было установлено, что с учетом уровня прокальцитонина в сыворотке крови, длительность применения антибиотиков может быть сокращена с обычных 12 дней до 6. Более того, 15% пациентов, которым при обычных условиях проводилась бы антимикробная терапия, могут вообще не получать антибиотики после того, как определение концентрации прокальцитонина подтвердило отсутствие необходимости в назначении антибиотиков. В когортном исследовании японских ученых с участием 352 госпитализированных пациентов с внебольничной пневмонией, в котором прокальцитонин измеряли при поступлении (1-й день), через 2-3 дня (3-й день) и на 7-й день от начала лечения показали, что продолжительность антибактериальной химиотерапии может быть снижена с 12,6 до 8,6 дней ($P < 0,001$), тогда как затраты могут быть уменьшены с 45,833 до 38,952 йен ($P = 0,005$) (Ito A., Ishida T., Tokumasu H. et al., 2017). Результаты других работ выявили корреляцию уровня прокальцитонина в крови с тяжестью бактериальной пневмонии. Они также продемонстрировали, что использование антибактериальной терапии по результатам уровня прокальцитонина в сыворотке крови можно сократить на 55% (Cheisa C. et al., 2000; Joram N. et al., 2006). Ученые из Королевского Австралийского колледжа врачей в своем исследовании также подтверждают, что путем изучения уровней ПКТ можно сократить число госпитализаций и дни пребывания в стационаре у больных с ВП (Lindstrom S.T., Wong E.K., 2014). Метаанализ исследований ПКТ с 1996 по 2010 г., проведенный Hui Li, Yi-Feng Luo et al. (2011) показал значительное сокращение частоты назначений антибактериальных препаратов и продолжительности их применения в группах ПКТ-контролируемой терапии по сравнению со стандартной терапией. Кроме того, использование ПКТ-контролируемой АБТ не влияло на летальность, госпитализацию в ОРИТ и длительность гос-

питализации. Результаты многоцентрового европейского исследования ProREAL также демонстрируют, что использование ПКТ при лечении инфекций нижних дыхательных путей эффективно снижает использование антибиотиков без увеличения риска развития осложнений (Albrich W., Dusemund F., Bucher B. et al., 2012).

В относительно недавно проведенном метаанализе было продемонстрировано, что повышенный уровень ПКТ связан с высоким риском смертности. Оценка CURB-65 (классы II-V) была статистически значимой для гетерогенности, что указывает на то, что повышенный уровень ПКТ был фактором риска неблагоприятного исхода, особенно у пациентов с низким показателем CURB-65. По этой причине ПКТ может предоставить дополнительную информацию для оценки риска при принятии решения о том, следует ли принимать пациентов в отделение интенсивной терапии или рассматривать их как амбулаторных пациентов (Dan Liu, Long-xiang Su, Wei Guan et al., 2016). Такие же результаты были получены российскими учеными, которые показали, что наиболее значимую диагностическую ценность имели уровни ПКТ, TNF- α и СРБ в порядке убывания, имеющие более высокие показатели диагностической чувствительности и специфичности. По мнению авторов включение биомаркеров активности воспалительного процесса (ПКТ и цитокинов) к шкале CURB-65 повышает эффективность прогнозирования неблагоприятного исхода ВП (Кочегарова Е.Ю. и др., 2011). Ряд других зарубежных исследователей показали, что уровень ПКТ может применяться в качестве дополнительного критерия тяжести ВП. Использование ПКТ совместно со шкалой прогноза и степени тяжести ВП CURB-65 безопасно сокращает долю госпитализируемых пациентов, а также помогает скорректировать и сократить использование антибиотиков (España P., Capelastegui A., Bilbao A. et al., 2012).). В многоцентровом проспективном исследовании с участием 1770 пациентов с ВП установлена тесная связь между измеренным при поступлении уровнем ПКТ в сыворотке и риском развития потребности в течение 72 ч инвазивной респираторной и/или вазопрессорной поддержки (ИРВП)

(Self W.H., Grijalva C.G., WSilliams D.J. et al., 2016). Для концентраций ПКТ меньше 10 нг/мл риск ИРВП возрастал на 1–2% на каждый 1 нг/мл прироста ПКТ, а при значениях 10 нг/мл и выше риск ИРВП составлял 22,4%. Исследователи из России показали, что ПКТ у больных с предшествующей антибактериальной терапией при ВП ($2,1 \pm 0,98$ нг/мл) и пневмогенном сепсисе ($3,7 \pm 2,01$ нг/мл) не отличались, что свидетельствовало о крайне тяжелом течении ВП у обследованных больных. Также они отметили целесообразность контроля уровня ПКТ при ведении больных ВП, сепсисом и другими воспалительными заболеваниями с предшествующей АБТ (Титова Е.А., Реуцкая Е.М., Титова З.А. и др., 2017).

Большой интерес ученых к ПКТ придается как критерию этиологической диагностики пневмонии. Так, в исследовании España P., Capelastegui A., Bilbao A. et al. (2012) пороговое значение ПКТ для различения бактериальной и атипичной или вирусной этиологии ВП составило 0,1 нг/мл. Для пневмококковой этиологии ВП пороговое значение ПКТ было выше 0,15 нг/мл. Значимая ассоциация уровня ПКТ с пневмококковой этиологией ВП ($p < 0,05$) подтверждена в исследованиях Horie M., Ugajin M., Suzuki M. et al., 2012; Tamura M., Watanabe M., Nakajima A. et al., 2014; Johansson N., Kalin M. Backman-Johansson C., 2014. Подобные результаты были получены испанскими учеными, по мнению которых, предсказательная ценность ПКТ в сочетании со шкалами прогноза ВП PSI и CURB-65 для диагностики пневмококковой пневмонии составила 0,952 ($p < 0,0001$) (Julián-Jiménez A, Timón Zapata J et al., 2014).

В исследовании Masía M., Padilla S., Ortiz de la Tabla V. et al. (2017) оценена роль прокальцитонина в выборе эмпирической антибактериальной терапии для амбулаторных больных с нетяжелой ВП. Результаты работы продемонстрировали, что стратегия, основанная на уровнях PCT для лечения амбулаторных пациентов с ВП, позволяет сузить спектр антибактериальных препаратов у значительной части пациентов. Реализация этой стратегии может помочь клиницистам выбрать наиболее подходящий исходный эмпирический режим антибиотиков и может быть выгодным с точки зрения затрат и экологиче-

ского воздействия.

Ученые из Китая в своей работе показали возможность применения ПКТ для дифференциальной диагностики внебольничной пневмонии и туберкулеза легких. Результаты их исследования выявили, что уровни сывороточного ПКТ выше у пациентов с ВП, чем у пациентов с туберкулезом (Nium W.Y., Wanm Y.G., Li M.Y. et al., 2013). В другом исследовании авторы (Bafadhel M., Clark T.W., Reid C., 2011) получили результаты, свидетельствующие о значимом повышении ПКТ при ВП (1,27 нг/мл) по сравнению с обострением ХОБЛ (0,05 нг/мл) и бронхиальной астмы (0,03 нг/мл).

Ряд исследований, опубликованных в последние годы, были посвящены вопросу экономической эффективности использования прокальцитонинового теста в различных клинических ситуациях. Результаты относительно недавнего анализа, выполненного на основании данных 17 публикаций (8 метаанализов, 6 рандомизированных контролируемых исследований и 3 систематических обзоров) показали возможность снижения прямых затрат на одного больного в отделении интенсивной терапии на 3503 евро. Авторы отметили, что на национальном уровне Нидерландов это может составлять порядка 46 млн евро в год (Kir M. M. et al., 2015). Следует отметить, что несмотря на значительное число примеров, демонстрирующих экономическую целесообразность применения прокальцитонинового теста, который сокращает длительность применения дорогостоящих антибиотиков, имеет не только прямой экономический эффект, но и, не менее важное, сопровождается снижением риска селекции резистентных штаммов микроорганизмов и уменьшением частоты развития нежелательных лекарственных реакций. Таким образом, растущее число публикаций поддерживает использование PCT в качестве убедительного подхода к более рациональному использованию антибиотиков. Определение ПКТ является ценным методом диагностики и мониторинга эффективности антибактериальной терапии, а также прогнозирования течения внебольничной пневмонии. Однако в Кыргызстане данный биомаркер до настоящего времени не внедрен и не использовался.

Нет публикаций, отражающих его применение в специфических условиях высокогорья, где пневмония протекает более тяжело и чаще приводит к летальному исходу. Учитывая, что в настоящее время госпитализация и лечение

больных с пневмонией связаны с огромными расходами, есть необходимость внедрить и широко использовать данный метод в практической деятельности лечебных учреждений нашей республики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев С.Н. Внебольничная пневмония. *Consilium medicum* 2003. - №2. - с. 316-327.
2. Бримкулов Н.Н., Давлеталиева Н.Е., Мурзакаримова Л.К., Мурзаева А.Т. Анализ показателей смертности от болезней органов дыхания в Кыргызской Республике в период 2002-2010гг. *Центрально-Азиатский медицинский журнал* 2012. - Том XVIII. - Приложение 1. - с.105-106.
3. Васильев А.В. и др. Прокальцитонин – новый показатель в диагностике тяжелой инфекции. *Украин. Мед. Час.* - 2001. - №4 - (24). - С.129 –137.
4. Волчков В.А., Титова О.Н., Ларин Д.Г., Козырев А.Г., Нефедов А.В. Клинический случай тяжелого течения гриппа А/Н1Н1, осложнившегося пневмонией, абсцессом легкого, миокардитом и тромбозом легочной артерии. *Медицинский альянс.* 2016. № 4. С. 45–51.
5. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2017 году. Бишкек: Минздрав КР, Центр электронного здравоохранения. 2018. – 386с.
6. Кочегарова Е.Ю. Колосов В.П. Значение прокальцитонина и цитокинов в прогнозировании осложненного течения внебольничной пневмонии. *Бюллетень*, выпуск 40, 2011, стр. 48-51
7. Куценко М.А., Баранова И.А. Современная тактика диагностики и лечения внебольничной пневмонии. *Мед. совет.* – 2009. – № 3. – С. 25-32.
8. Московчук А.Ф., Болотникова В.А. Пневмония: актуальная проблема медицины. Сб. резюме XIX национального конгресса по болезням органов дыхания. – 2009. – № 217. - С. 193.
9. Моррисон В.В., Божедомов А.Ю. Значение определения концентрации прокальцитонина плазмы крови в диагностике септических состояний. *Саратовский науч.-мед. журн.* - 2010; - 6 (2): - С. 261–267.
10. Новиков В.Е. Ошибки диагностики и ан-

тибактериальной терапии внебольничных пневмоний. *Consilium Medicum* 2010. – № 4. – С.25-29.

11. Панеева М.А. Клинико-иммунологические маркеры затяжной внебольничной пневмонии у пожилых людей. *Клиническая геронтология.* – 2010. – № 7-8. – С. 9-13.
12. Синопальников А.И. Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии у взрослых: фокус на моксифлоксацин. *Врач* 2011. – № 4. – С.57-62.
13. Титова Е.А., Реуцкая Е.М., Титова З.А. и др. Пресепсин и прокальцитонин – маркеры сепсиса и тяжелой пневмонии. *Бюллетень медицинской науки* 2017. - №2. - (6). С.81- 85.
14. Черняев А.Л., Самсонова М.В. Патологическая анатомия легких. Атлас. Под ред. Чучалина А.Г., 2005. – С. 34
15. Чучалин А. Г. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия.* 2010. Т. 12. № 3. С. 186–226.
16. Чучалин А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей. Смоленск: МАКМАХ, 2010. – С.80.
17. Чучалин А.Г., Овчаренко С.И., Абросимов В.Н., Яблонский П.К. Пульмонология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР Медиа, 2016. 800 с.
18. Чучалин А.Г. Пневмонии: актуальная проблема XXI века. *Тер.арх.* 2016. Т. 88, № 3. С. 4–12.
19. Aouifi A., Piriou V., Blanc P. et al. Effect of cardiopulmonary bypass on serum procalcitonin and C-reactive protein concentrations. *Br J Anaesth.* 1999. Oct; 83(4): p. 602-607.
20. Albrich W., Dusemund F., Bucher B. et al. ProREAL Study Team. Effectiveness and safety of procalcitonin-guided antibiotic therapy in lower respiratory tract infections in «real life»: an international, multicenter poststudy survey (ProREAL). *Arch Intern Med* 2012; 172 (9):

- 715–722.
21. Bafadhel M., Clark T. W., Reid C. et al. Procalcitonin and C-Reactive Protein in Hospitalized Adult Patients with Community-Acquired Pneumonia or Exacerbation of Asthma or COPD. *Chest* 2011. Vol. 6, p. 1410-1418.
22. Boeken U., Feindt P., Petzold T. et al. Diagnostic value of procalcitonin: the influence of cardiopulmonary bypass, aprotinin, SIRS, and sepsis. *Thorac Cardiovasc Surg.* 1998 Dec; 46 (6): 348-351.
23. Becker K., Muller B., Nylen E. et al. Calcitonin gene family of peptides. Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism. Philadelphia: Lippincott J.B., 2001; p. 520–534.
24. Bohuon C. A. brief history of procalcitonin. *Intensive Care Med.* 2000 Mar;26 Suppl 2: p.146-7.
25. Brunkhorst R., Eberhardt O.K., Haubitz M. et al. Procalcitonin for discrimination between activity of systemic autoimmune disease and systemic bacterial infection. *Intensive Care Med.* 2000 Mar; 26 Suppl 2: p.199-201.
26. Christ-Crain M., Opal S. Clinical review: The role of biomarkers in the diagnosis and management of community-acquired pneumonia. *Crit Care* 2010; 14 (1): p. 203.
27. Chiesa C. et al., Reliability of procalcitonin concentrations for the diagnosis of sepsis in critically ill neonates. *Clin Infect Dis.* 1998;26: p. 664-672
28. Colak A., Yilmaz C., Toprak B., Aktoğu S. Procalcitonin and CRP as biomarkers in discrimination of community-acquired pneumonia and exacerbation of COPD. *J. Med. Biochem.* 2017. Vol. 36, № 2. P. 122–126.
29. España P., Capelastegui A., Bilbao A. et al. Population Study of Pneumonia (PSoP) Group. Utility of two biomarkers for directing care among patients with non-severe community-acquired pneumonia. *Eur J. Clin. Microbiol Infect Dis.* 2012; 31 (12): p. 3397–3405.
30. Fine M.J., Auble T.E., Yealy D.M. et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N. Engl. J. Med.* 1997; 336:p. 243–250.
31. Gendrel D., Bohuon C. Procalcitonin as marker of bacterial infection. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2003.Vol.19.p.679 – 688.
32. Horie M., Ugajin M., Suzuki M. et al. Diagnostic and prognostic value of procalcitonin in community-acquired pneumonia. *Am J Med Sci* 2012; 343 (1): p. 30–35.
33. Hohenthal U., Hurme S., Helenius H. et al. Utility of C-reactive protein in assessing the disease severity and complications of community-acquired pneumonia. *Clin. Microbiol. Infect.* 2009; 15: p.1026–1032.
34. Ito A., Ishida T., Tokumasu H. et al. Impact of procalcitonin-guided therapy for hospitalized community-acquired pneumonia on reducing antibiotic consumption and costs in Japan. *J Infect Chemother.* 2017.Mar; 23 (3):p.142-147.
35. Johansson N., Kalin M., Backman-Johansson C. et al. Procalcitonin levels in community-acquired pneumonia - correlation with aetiology and severity. *Scand J. Infect Dis.* 2014 Nov;46(11): p.787-791.
36. Joram N., Boscher C., Denizot S. et al. Umbilical cord blood procalcitonin and C reactive protein concentrations as markers for early diagnosis of very early onset neonatal infection. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2006 Jan; 91(1): p. 65-66.
37. Julián-Jiménez A., Timón Zapata J., Laserna Mendieta E.J. et al. Ability of procalcitonin to predict bacteremia in patients with community acquired pneumonia. *Med Clin (Barc).* 2014; Apr 7; 142(7):p.285-292.
38. Khan F., Owens M.B., Restrepo M. et al. Tools for outcome prediction in patients with community acquired pneumonia. *Expert. Rev. Clin. Pharmacol.* 2017. Vol. 10, № 2. P. 201–211.
39. Kim J.H., Seo J.W., Mok J.H. et al. Usefulness of plasma procalcitonin to predict severity in elderly patients with community acquired pneumonia. *Tuberc. Respir. Dis. (Seoul).* 2013. Vol. 74, №5. P. 207–214.
40. Kim M.W., Lim J.Y., Oh S.H. Mortality prediction using serum biomarkers and various clinical risk scales in community-acquired pneumonia. *Scand. J. Clin. Lab. Invest.* 2017; Vol. 77, №7. P. 486–492.
41. Kip M. M. et al. A PCT algorithm for discontinuation of antibiotic therapy is a cost-effective way to reduce antibiotic exposure in adult intensive care patients with sepsis. *J. Med. Econ.* 2015. - P. 1-10.
42. Krüger S., Ewig S. et al. CAPNETZ Study Group. Procalcitonin predicts patients at low risk of death from community-acquired pneumonia across all CRB-65 classes. *Eur Respir J.* 2008; 31

(2):p. 349–355.

43. Loke Y.K., Kwok C.S., Niruban A., Myint P.K. Value of severity scales in predicting mortality from community-acquired pneumonia: systematic review and meta-analysis. *Thorax* 2010; 65: p. 884–890.

44. Liu D., Su L.X., Guan W. et al. Prognostic value of procalcitonin in pneumonia: A systematic review and meta-analysis. *Respirology*. 2016. Feb;21(2): p. 280-288.

45. Li H., Luo Y.F., Blackwell T.S., Xie C.M. Meta-analysis and systematic review of procalcitonin-guided therapy in respiratory tract infections. *Antimicrob Agents Chemother.* 2011. Dec; 55(12): p. 5900-5906.

46. Le Moullec J., Jullienne A., Chenais J. et al. The complete sequence of human preprocalcitonin. *FEBS* 1984; 167: p. 93–97.

47. Lindstrom S.T., Wong E.K. Procalcitonin, a valuable biomarker assisting clinical decision-making in the management of community-acquired pneumonia. *Intern Med J.* 2014. Apr; 44 (4): p. 390 -397.

48. Mandell L.A., Wunderink R.G., Anzueto A. et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin. Infect. Dis.* 2007; 44: p. 27–72.

49. Marrie T.J., Huang J.Q. Admission is not always necessary for patients with community-acquired pneumonia in risk classes IV and V diagnosed in the emergency room. *Can. Respir. J.* 2007; 14: p. 212–216.

50. Masiá M., Padilla S., Ortiz de la Tabla V. et al. Procalcitonin for selecting the antibiotic regimen in outpatients with low-risk community-acquired pneumonia using a rapid point-of-care testing: A single-arm clinical trial. *PLoS One.* 2017 Apr; 12 (4):

51. Meisner M., Brunkhorst F.M., Reith H.B. et al. Clinical experiences with a new semi-quantitative solid phase immunoassay for rapid measurement of procalcitonin. *Clin Chem Lab Med.* 2000 Oct; 38(10): p. 989-995.

52. Meisner M. Update on procalcitonin measurements. *Ann. Lab. Med.* 2014. Vol. 34; № 4. P. 263–273.

53. Mueller C., Christ-Crain M., Müller B. What cardiologists do need to know about procalcitonin. *Clin Lab.* 2005;51(1-2): p.1-4.

54. Niu W.Y., Wan Y.G., Li M.Y. et al. The diagnostic value of serum procalcitonin, IL-10 and C-reactive protein in community acquired pneumonia and tuberculosis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2013 Dec; 17 (24): p. 3329-3333.

55. Schuetz P., Litke A., Albrich W.C. et al. Blood biomarkers for personalized treatment and patient management decisions in community-acquired pneumonia. *Curr. Opin. Infect. Dis.* 2013. Vol. 26; №2. P. 159–167.

56. Self W.H., Grijalva C.G., Williams D.J. et al. Procalcitonin as an early marker of the need for invasive respiratory or vasopressor support in adults with community-acquired pneumonia. *Chest* 2016. Vol. 150, № 4. P. 819–828.

57. Tamura M., Watanabe M., Nakajima A. et al. Serial quantification of procalcitonin (PCT) predicts clinical outcome and prognosis in patients with community-acquired pneumonia (CAP). *J Infect Chemother* 2014; 2: 97–103.

58. Upadhyay S., Niederman M. Biomarkers: What is Their Benefit in the Identification of Infection, Severity Assessment, and Management of Community-acquired Pneumonia? *Infect Dis Clin North Am* 2013; 27 (1): p.19–31.

59. van Vugt S.F., Broekhuizen B.D, Lammens C. et al. Use of serum C reactive protein and procalcitonin concentrations in addition to symptoms and signs to predict pneumonia in patients presenting to primary care with acute cough: diagnostic study. *BMJ* 2013; 346: p.2450.

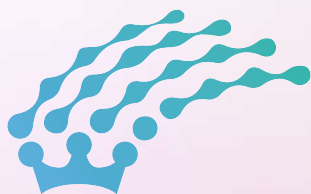
Для корреспонденции: Бекиева Гульмира Жакыповна – заведующая отделением КБУД УД Президента и Правительства Кыргызской Республики, заочный аспирант кафедры семейной медицины последипломного обучения КГМА им. И.К.Ахунбаева, эл.почта - gultmir_1980@mail.ru.

Мырзаахматова Айзат Кубанычбековна – врач КБ УДПП КР, к.м.н., эл.почта - tak7171@mail.ru.

Байтова Гульмира Мусаевна, директор КБ УДПП КР, д.м.н., проф., эл.почта - baitovagm@mail.ru.

Бримкулов Нурлан Нургазиевич, зав. кафедрой семейной медицины последипломного обучения КГМА им.И.К.Ахунбаева, д.м.н., проф., тел. 0312-5405-60, эл.почта – brimkulov@list.ru.

БЫТЬ ЛЕГЧЕ БЫТЬ ВЫШЕ БЫТЬ ЛУЧШЕ



ARASHAN

PREMIUM MINERAL WATER

Нарынская область,
Ат-Башинский район.
Месторождение
минеральных вод
«Бешбельчир-Арашан».



22000:2005
(HACCP)

Товар тастыкталган.
Товар сертифицирован.





Tien-Shan
*Legend*TM



*Родниковая вода
ледникового
происхождения*

Шоро компаниясынын продукциясы
продукция компании Шоро

www.shoro.kg



УДК: 613.31:614.777

АШКАНА ЖАНА ДАРЫЛЫК АШКАНА ТАБИГЫЙ МИНЕРАЛДЫК СУУЛАРДЫН КУРАМЫНА ЖАНА САПАТЫНА ГИГИЕНАЛЫК БАА БЕРҮҮ

Атамбаева Р.М., Бапалиева Г.О., Эсенаманова М.К., Эрбаев А.Т.

И.К.Ахунбаева атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы, Бишкек ш, КР

Корутунду. Кыргызстандын эки регионунда өндүрүлгөн ашкана жана дарылык ашкана табигый минералдык суулардын курамы жана сапаты изилденди. Табигый минералдык суулардын туздуулугун, макро- жана микроэлементтик курамын, органикалык жана химиялык булганышы каралды. Изилденген суулардын химиялык, радиологиялык көрсөткүчтөрү жана органолептикалык касиеттери жалпы нормативдүү табигый минералдык сууларга дал келиши аныкталды.

Негизги сөздөр: минералдык суулар, ичилүүчү суулар, гигиеналык норматив, органолептикалык, химиялык жана радиологиялык касиеттер.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТАВА И КАЧЕСТВА СТОЛОВОЙ И ЛЕЧЕБНО-СТОЛОВОЙ ПРИРОДНОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ

Атамбаева Р.М., Бапалиева Г.О., Эсенаманова М.К., Эрбаев А.Т.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева, г. Бишкек, КР

Резюме. Изучен состав и качество столовой и лечебно-столовой природной минеральной воды, производимой в двух регионах Кыргызстана. Рассмотрены показатели солевого состава, макро- и микроэлементного состава, органического и химического загрязнения природной минеральной воды. Установлено соответствие природной минеральной воды общепринятым нормативам по химическим, радиологическим показателям и благоприятным органолептическим свойствам исследованных проб воды.

Ключевые слова: минеральные воды, питьевые воды, гигиенический норматив, органолептические, химические и радиологические свойства.

HYGIENIC ASSESSMENT OF THE COMPOSITION AND QUALITY OF THE DINING AND MEDICAL-DINING ROOM OF NATURAL MINERAL WATER

Atambaeva R.M., Bapaliev G.O., Esenamanova M.K., Erbaev A.T.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek c., KR

Abstract. The composition and quality of the dining, the treatment and canteen of natural mineral water produced in two regions of Kyrgyzstan was studied. The parameters of salt composition, macro- and microelement composition, organic and chemical pollution of natural mineral water are considered. The compliance of natural mineral water with the generally accepted standards for chemical, radiological indicators and favorable organoleptic properties of the water samples studied was established.

Keywords: mineral waters, drinking water, hygienic standard, organoleptic, chemical and radiological properties.

Введение

Кыргызстан является одна из наиболее богатых гидроминеральными ресурсами стран Центральной Азии. Основные ресурсы подземных пресных вод находятся в межгорных впадинах. К настоящему времени разведаны 44 месторождения, из которых 20 - предназначены для хозяйственно-питьевого и промышленного водоснабжения, остальные - для орошения. Общее число проявлений и месторождений минеральных вод - более 100.

Это около 30 участков развития углекислых вод, более 50 проявлений теплых и горячих вод, имеются радоновые, сульфидные, железистые и др., т.е. все основные бальнеологически ценные группы вод, которые используются в современной практике курортного лечения [1,10].

В национальный стандарт КМС 252:2005 внесено 12 углекислых минеральных вод, уже допущенных к производству: Бешбельчир-Арашан, Кара-Шоро №2, 5, 8, Джарташский

нарзан (Ак-Суу), Чатыркуль, розливаемые еще в советское время, а также известные родники - Кол-Суу, Шоаз, Жылуу-Булак, Уселек, Кокой, Кара-Кече. Всего в стандарт внесено 43 минеральных вод.

Лечебно-столовые воды имеют терапевтическое действие, которых используют для лечебных целей, профилактики и реабилитации заболеваний желудочно-кишечного тракта, болезней обмена веществ, заболеваний сердечно-сосудистой, выделительной и других систем [2]. В свою очередь, использование воды в лечебных целях диктует необходимость строгого соответствия требованиям по их качеству, химическим, микробиологическим показателям и показателям радиационной безопасности.

Целью данной работы являлась оценка качества и химического состава столовой и лечебно-столовой природных минеральных вод: из родника «Ала-Арча» (Чуйская область, Аламудинский район) и из родника №1 Бешбельчир-Арашан (Нарынская область, Ат-Башинский район).

Материалы и методы

Исследования химического состава и органолептических свойств анализируемых природных минеральных вод из двух источников проводились в лаборатории Гидроминеральных ресурсов Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения. Данные, характеризующие качество изучаемых природных минеральных вод, проведены в данном учреждении в 2016г.

Результаты и их обсуждение

Были установлены благоприятные органолептические свойства исследованных родников по всем показателям, кроме вкуса и выпадения в осадок у родника №1 Бешбельчир-Арашан. Исследование показало, что у воды из данного родника имеется характерный вкус для комплекса растворенных в воде веществ и осадок появляется после вскрытия емкости и улетучивания двуокиси углерода (СО₂-углекислый газ). В ходе анализа осадок сначала образуется на поверхности жидкости, затем по мере дегазации, постепенно оседает на дно емкости.

По микробиологическим показателям природные воды из родников «Ала-Арча» и

№1 соответствует требованиям КМС 252:2005 и Технического регламента «О безопасности бутилированных минеральных, природных питьевых и столовых вод».

Вода природная минеральная – это подземная вода с минерализацией выше 1 г/л или с меньшей минерализацией при наличии биологически активных компонентов в количествах не ниже бальнеологических норм для минеральных вод, благодаря которым эта вода оказывает на организм человека лечебное воздействие. Минеральные воды делятся на питьевые, как правило, с минерализацией не больше 10 г/л и бальнеологические. Бальнеологические воды бывают сильноминерализованные, термальные и обладающие высокой радиоактивностью, сернистым запахом, раздражающим действием и поэтому в качестве питьевых не используются [1,3,4,6].

В ГОСТе 13273-88 «Воды минеральные питьевые лечебные и лечебно-столовые» в зависимости от газового состава и наличия специфических компонентов выделяются следующие бальнеологические типы вод: углекислый, железистый, мышьяковистый, борный, кремнистый, бромный, йодный, содержащий органические вещества, радоновый, без специфических компонентов [8].

По степени минерализации питьевые минеральные воды делятся на пресные до 1г/л, слабоминерализованные 1- 2 г/л, маломинерализованные 2-5 г/л, среднеминерализованные 5-8 г/л и сильноминерализованные более 8-15 г/л. По химическому составу различается шесть классов минеральных вод: гидрокарбонатные, хлоридные, сульфатные, смешанные, биологически активные и газированные. Реакция воды (степень кислотности или щелочности, выражаемая величиной рН) имеет важное значение для оценки её лечебного действия. Кислые воды имеют рН = 3,5—6,8, нейтральные — 6,8—7,2, щелочные — 7,2—8,5 и выше [1,4,5,6].

По степени воздействия на организм отечественные бальнеологии делят питьевые минеральные воды на столовые (минерализацией менее 1г/л содержанием биологически активных компонентов менее установленной концентрации), лечебно-столовые (с минерализацией более 1г/л и до 10г/л включительно

при концентрации биологически активных компонентов менее установленных норм или минеральные воды с минерализацией менее 1 г на $дм^3$, но при превышении некоторыми биологически активными компонентами установленных норм) и лечебные (с минерализацией более 10 г на $дм^3$ или с меньшей минерализацией, но при превышении концентрации некоторых биологически активных компонентов установленных норм) [4,5,6,8].

В ГОСТ Р 54316-2011 «Воды минеральные природные питьевые. Общие технические условия», добавлена еще одна категория - «Природная минеральная столовая вода», хотя трудно понять, чем она отличается от категории вода природная питьевая, регламен-

тируемая в Европейских директивах и технических регламентах РФ, РК на бутилированную воду [9].

По химическому составу, вода из родника «Ала-Арча» характеризуется как пресная (минерализация 0,1-0,2г/л), мягкая (общая жесткость 1,0-1,5 ммоль/ $дм^3$), реакция среды колеблется от нейтральной до слабощелочной (рН 7,0-7,8), когда вода из родника №1 «Бешбельчир-Арашан» относится к маломинерализованному (минерализация 2,0-3,7г/л), реакция среды сразу после вскрытия емкости слабокислая (рН 6,0-6,5), и во время дегазации реакция среды переходит в щелочную (табл.1.).

Таблица 1. Сравнительный химический состав исследуемой воды из родников «Ала-Арча» и №1 Бешбельчир-Арашан

Исследуемые	г/л		ммоль/л		%		НД по методу лабораторный
	Ала-Арча	№1	Ала-Арча	№1	Ала-Арча	№1	
Катионы							
1. Аммоний	<0,05	50,1					ГОСТ 23268.10-78
2. Натрий-Кальций	5,8	477,0	0,22	20,74	1,3	53,8	ГОСТ 23268.9-78, ГОСТ 23268.5-78
3. Магний	1,8	52,4	0,22	4,31	10,8	11,2	ГОСТ 23268.5-78
4. Кальций	32,0	291,1	0,15	13,53	10,1	35,1	ГОСТ 23268.5-78
5. Железо растворимое (II)	<0,1	<0,1	1,10		23,8		ГОСТ 23268.11-78
6. Железо растворимое (III)	<0,1	<0,1					ГОСТ 23268.11-78
7. Цинк (Zn)	0,003	<0,02					ГОСТ Р 52950-2008
Сумма катионов	24,503	800,5	1,49	28,58	100	100	
Анионы							
1. Хлорид	0,3	1,8	0,03	0,09	2,0	0,1	ГОСТ 23268.18-78
2. Хлорид	3,9	248,3	0,11	7,00	7,4	18,1	ГОСТ 23268.18-78
3. Сульфат	14,6	153,8	0,34	3,62	20	6,8	ГОСТ 4949-78
4. Карбонат	<0,0	<0,0					ГОСТ 26448.1-85
5. Гидрокарбонат	61,0	1756,8	1,00	22,80	67	94,6	ГОСТ 23268.9-78
6. Натрий	<0,1	<0,02					ГОСТ 23268.5-78
7. Натрий	3,0	4,2	0,05	0,77	0,2	0,2	ГОСТ 18820-78
Сумма анионов	23,109	2137,6	1,49	33,28	100,0		
Сумма анионы	112,703	2517,5					
Параметры качества воды:	7,8	23,5					По методике утвержденной Минздрава
Минерализация							
Степень минерализации	120,503	2381,2					
Общая жесткость			1,510,2	17,24			ГОСТ 4181-78

По ионному составу вода из родника № 1 является гидрокарбонатной кальциево-натриевой, а вода из родника «Ала-Арча» - гидрокарбонатной сульфатно-кальциевой, что у

которой среди анионов преобладают гидрокарбонаты и сульфаты, среди катионов кальция (рис.1.).

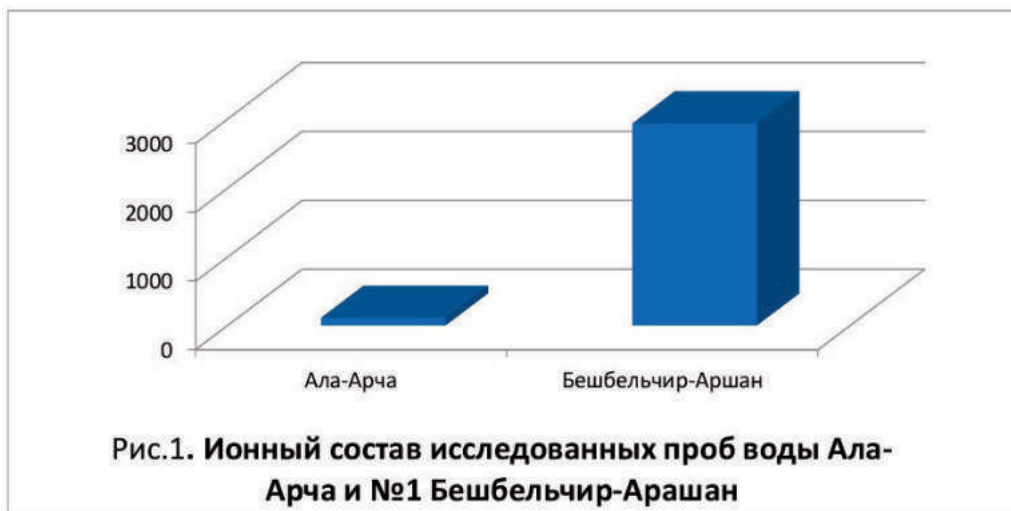


Рис.1. Ионный состав исследованных проб воды Ала-Арча и №1 Бешбельчир-Аршан

Содержание органических веществ в водах у обоих родников незначительные, а перманганатная окисляемость воды из родника «Ала-Арча» в пределах 0,5-3,0мгО/дм³, а в воде из родника №1 «Бешбельчир – Аршан» выше и составляет 0,5-5,0мгО/дм³. Содержание аммиака, нитрата, нитрита, фторида, хрома, свинца, кадмия, меди, цинка, мышьяка, марганца, железа в водоисточниках согласно ТР КР «О безопасности бутилированных природных минеральных, природных питьевых и столовых вод» не превышают ПДК для природных питьевых вод с минерализацией не более 1,0 г/дм³. В водоисточнике №1 биологические компоненты фторид – ионы, меткремниевая кислота присутствуют в повышенных количествах (1,5-2,05 мг/дм³), но не превышают ПДК, установленные для минеральных питьевых лечебно-столовых вод.

Проведенными исследованиями радиологических показателей – суммарная альфа-, бета- активности - анализируемой воды из обоих родников не отмечено превышений их предельно допустимых значений.

Выводы

Проведенный анализ химического состава и органолептических свойств воды из двух изученных месторождений природных минеральных вод показали, что данные общей минерализации всех исследованных источников воды соответствовали нормати-

вам. Наиболее минерализованной среди двух исследованных источников воды, являлась вода из родника №1, Ат-Башинского района Нарынской области, месторождения минеральных вод Бешбельчир-Аршан. Полученные нами результаты химического анализа позволяют выделить ее к минеральной, питьевой лечебно-столовой воде, которая показана при болезнях органов пищеварения – хронический гастрит с нормальной и повышенной секреторной функцией желудка, неосложненной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, болезнях кишечника, печени, желчного пузыря, эндокринной системы, болезнях обмена веществ, хронических заболеваниях мочевыводящих путей, которые были утверждены МЗ КР.

Как известно, в медицинской практике, минеральные воды, разлитые в бутылки, можно использовать не только для питьевого лечения. Щелочные, а именно гидрокарбонатно-кальциево-натриевые воды, что подтверждено в проведенных химических анализах состава данной воды из родника Бешбельчир-Аршан, с успехом применяют для ингаляции при хронических воспалительных процессах верхних дыхательных путей [5,6]. Курс такого лечения можно также провести и в домашних условиях, используя имеющиеся в продаже индивидуальные ингаляторы (небулайзеры).

Источник исследуемой воды из родника

«Ала-Арча» Аламединского района Чуйской области характеризовалась наименьшим уровнем минерализации, что относит ее по классификации к природным, питьевым, сто-

ловым водам. Ее можно употреблять без ограничений, в том числе для удовлетворения физиологических и гигиенических нужд.

Литература

1. Ажиматова М.Р. Гигиеническая оценка качества бутылированных вод в Кыргызстане: Дис. ... канд. мед. наук. Бишкек, 2014. 18-24с.
2. Репс В.Ф. Экспериментальное обоснование лечебно-профилактического применения питьевых минеральных вод при нарушении функций печени: Дис. ... докт. биол. наук. Пятигорск, 2001. 223 с.
3. Классификация минеральных вод и лечебных грязей для целей их сертификации: Метод. указания МЗ РФ № 2000/34. Сост.: Адилов В.Б. – М., 2000. 75 с.
4. Г. В. Куликов, А. В. Жевлаков, С. С. Бондаренко. Минеральные лечебные воды СССР: Справочник — М., 1991. 20-21, 27-36с.
5. Иванов В. В., Невраев Г. А. Классификация

- подземных минеральных вод.- М., 1964.
6. Скурихина Е.В. Влияние минеральной воды "Ласточка" на местное аллергическое воспаление при бронхиальной астме у детей: Дис. ... канд. мед. наук. Владивосток, 2004. 185с.
7. ТР КР «О безопасности бутылированных природных минеральных, природных питьевых и столовых вод» (2011).
8. ГОСТ 13273-88 “Воды минеральные питьевые лечебные и лечебно-столовые”.
9. ГОСТ Р 54316-2011 «Воды минеральные природные питьевые. Общие технические условия».
10. <http://www.cac-geoportal.org> (Материалы Главной Центрального азиатского геопортала).

Для корреспонденции: Атамбаева Р.М.

Заведующая кафедрой гигиенических дисциплин, профессор, КГМА,

Бапалиева Г.О. ассистент;

Эсенаманова М.К. профессор к.м.н.

Эрбаев А.Т. старший преподаватель.

E-mail: esenamanova-mk@vail.ru тел:0312511970

КОРЬ

очень **заразная**

и **серьезная** болезнь

В Европейском регионе ВОЗ
СОХРАНЯЕТСЯ УГРОЗА
распространения кори

ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО?

2016 г.:
5273 случаев

2017 г.:
21 315 случаев



Корь **заразнее гриппа в 6 раз**

В одном из пяти случаев

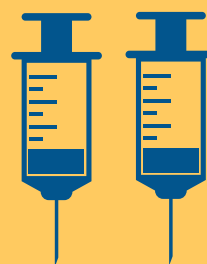
возникнут **осложнения**, такие как ушные инфекции, пневмония, необратимая глухота, энцефалит или даже смерть.



Корь быстро распространяется внутри и между сообществами, если не поддерживать **коллективный иммунитет**.

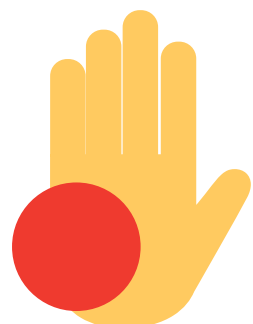


Вакцины против кори **безопасны и эффективны**. Они проходят тщательное тестирование и имеют очень хорошие показатели безопасности после **50 лет применения**.



Две дозы вакцины против кори обеспечивают почти **стопроцентную защиту** от кори.

ВЫ МОЖЕТЕ ОСТАНОВИТЬ КОРЬ



Помогите нам
#ИммунизироватьЕвропу



Европейская
неделя
иммунизации

Предупредить Защитить Привить

#ВакциныРаботают, чтобы защитить Вас и Ваше окружение

www.euro.who.int/vaccines

© ВОЗ/CISID Данные на 2 февраля 2018 г.



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

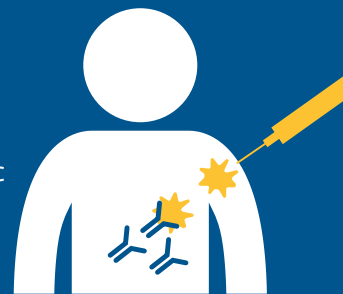
КАК РАБОТАЮТ ВАКЦИНЫ



Вакцины содержат модифицированную форму вируса или бактерии, которая не вызывает заболевание, но «обучает» вашу иммунную систему тому, что делать, если вы когда-либо реально подвергнетесь «нападению» со стороны потенциально опасного вируса или бактерии.



Когда вы получаете прививку, ваша иммунная система реагирует так же, как и на любое другое «вторжение», создавая антитела для борьбы с конкретным вирусом или бактерией.



Некоторые болезни требуют введения более одной дозы вакцины или бустерной дозы позднее в жизни. Это будет необходимо для обеспечения полной и надежной защиты.



После вакцинации ваш организм запоминает этого конкретного «взломщика». Если вы когда-либо встретитесь с настоящим вирусом или бактерией, нужные антитела быстро его уничтожат, прежде чем он сможет сделать вас больным.



Коллективный иммунитет



Когда вы и большинство людей в вашем сообществе невосприимчивы к заразной болезни, она не может легко распространяться. Вместе вы предупреждаете попадание вируса или бактерий в тех, кто не может быть вакцинирован, включая младенцев, которые еще слишком малы для вакцинации, и людей со слабым здоровьем или тех, кто получает специальное лечение, ослабляющее их иммунную систему.



Проконсультируйтесь с врачом, и проверьте записи в прививочной документации членов вашей семьи относительно иммунизации, чтобы убедиться, что вы все полностью защищены.

Внеси свой вклад в #ИммунизироватьЕвропу

#Вакцины работают, чтобы
защитить вас и тех, кто вокруг вас
www.euro.who.int/vaccines



Европейская
неделя
иммунизации

Предупредить Защитить Привить



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

УДК 616-053.7-071.3

Д. АСАНОВ АТЫНДАГЫ АСКЕРДИК ЛИЦЕЙДИН КУРСАНТТАРЫНЫН ФИЗИКАЛЫК ЖАКТАН ӨСҮШҮНӨ ЭСЕПТИК КӨРСӨТКҮЧ МЕНЕН БАА БЕРҮҮ
Эрбаев А.Т.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик академиясы, Бишкек, КР

Корутунду: Аскер лицейинин 243 курсантынын физикалык жактан өсүшүнө (14 жаштан 18 жашка чейин) изилдөө жүргүзүлдү. Алардын 74,5% (пайызы) физикалык жактан өсүшү гармониялуу, 18,5% салмагынын оордугуна байланыштуу дисгармониялуу жана 7,0% салмагынын жетишсиздигине карата текшерилди. Эсептик көрсөткүч ыкмасынын жардамы менен өспүрүмдөрдүн физикалык жактан өсүшүнө баа берүү, курсанттардын физикалык жактан гармониялуу өсүшү эсептөө ыкмасы менен дал келбегендиги центильдик таблицанын изилдөө ыкмасында көрсөттү.

Негизги сөздөр: физикалык жактан өсүшү гармониялуу, курсанттар, аскер лицейи, көрсөткүч ыкмасы.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КУРСАНТОВ ВОЕННОГО ЛИЦЕЯ
им. Д. АСАНОВА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАСЧЕТНЫХ ИНДЕКСОВ

Эрбаев А.Т.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, КР

Резюме: Обследовано физическое развитие (ФР) 243 курсантов военного лицея (от 14 до 18 лет), из них 74,5% с гармоничным ФР, 18,5% с дисгармоничным ФР за счет избыточной массы и 7,0% с дефицитом массы тела. Оценка ФР подростков с помощью метода индексов, показала несоответствие расчетов данным методом с группами гармоничности ФР курсантов, обследованных методом центильных таблиц.

Ключевые слова: гармоничность физического развития, курсанты, военный лицей, метод индексов.

EVALUATION OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF COURSES OF THE MILITARY
LICEUM them. D. ASANOV WITH THE USE OF CALCULATED INDEXES

Erbaev A.T.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, KR

Summary: The physical development of 243 cadets of the military lyceum (from 14 to 18 years old) was studied, 74.5% of them with a harmonious PR, 18.5% with a disharmonious PR due to excess weight and 7.0% with a body weight deficit. The estimation of the physical development of adolescents with the help of the index method showed that the calculations do not correspond to the harmonic groups of the cadets studied by the method of centile tables.

Key words: harmony of physical development, cadets, military lyceum, index method.

Актуальность. Одним из актуальных направлений экологии человека является явление сдвигов в состоянии физического развития (ФР) детей на популяционном уровне, которые могут отличаться в различных поколениях. Основными параметрами физического здоровья человека являются ФР и физическая подготовленность. Количественное определение ФР и физической подготовленности необходимы при организации физического воспитания населения различных возрасто-половых групп, при отборе, планировании и прогнозировании учебно-тренировочных нагрузок, при организации двигательного режима учащихся [1, 2].

ФР это процесс изменения естественных морфофункциональных свойств организма в течение индивидуальной жизни, важнейший индикатор здоровья детей и взрослых, обусловленный внутренними факторами и условиями жизни [3, 4]. Изучение морфометрических характеристик ФР принято рассматривать как способ адаптации организма к окружающей среде [5]. Хороший уровень ФР сочетается с высокими показателями физической подготовки, мышечной и умственной работоспособности. Без индивидуальной оценки физического развития невозможно составить обобщенную характеристику той или иной группы, также как и без

знания средних показателей физического развития, свойственных данному возрасту, полу и коллективу, нельзя объективно оценить физическое развитие каждого в отдельности [6].

Цель исследования: сравнительный анализ оценки ФР курсантов военного лица с использованием метода индексов и центильных таблиц.

Материалы и методы. Обследовано 243 подростков в возрасте от 14 до 18 лет, обучающиеся в военном лицее им. Д. Асанова г. Бишкек. У курсантов измеряли основные антропометрические показатели: массу тела (кг), длину тела (см), окружность грудной клетки (см). Оценку гармоничности физического развития детей проводили с использованием стандартов ФР школьников г. Бишкек [7]. В зависимости от соотношения роста-весовых показателей курсанты разделены на три группы: 1-я группа с гармоничным физическим развитием (ФР) – 181 курсантов, 2-я группа с дисгармоничным ФР за счет дефицита массы тела -17 курсантов, 3-я группа - 45 курсантов с дисгармоничным ФР за счет избытка массы тела.

Оценка уровня ФР подростков проводили с помощью весо-ростовых (Кетле $\Pi = \text{МТ (кг)} / \text{ДТ}^2 (\text{м}^2)$ и I Ропера $= \text{МТ (кг)} / \text{ДТ}^3 (\text{м}^3)$), и грудо – ростовых (I Пинье $= \text{ДТ (см)} - (\text{МТ (кг)} + \text{ОГК (см)}) \text{ ед.}$, I Бругша $= \text{ОГК (см)} \times 100 / \text{ДТ (см)}$ и I Вервека $= \text{ДТ (см)} / 2\text{МТ (кг)} + \text{ОГК (см)}$).

Статистический анализ проводили с помощью известных статистических методов и прикладных программ Statistica 6.0 различными методами параметрической (вычисление M - взвешенной средней арифметической, средней ошибки (m), средне – квадратичного отклонения (σ), достоверности различий средних величин по t-критерию Стьюдента.

Корреляционный анализ количественных показателей проводили методом парных корреляций с определением коэффициента корреляции (r) и достоверности существующей корреляционной связи.

Результаты и обсуждение. По результатам наших исследований 74,5% курсантов относилось к 1 группе (гармоничным ФР), и среди 25,5% подростков выявлены отклонения антропометрических показателей (2 и 3 группа). Среди курсантов с дисгармоничным

ФР чаще встречались подростки с избыточной массой тела (18,5 %) (3-я группа), а доля курсантов с дефицитом массы тела составила 7,0% (2 группа).

Анализ средних показателей длины тела (табл. 1) 1 и 2 группы и, особенно, подростков 3 группы (1 группа – 170,7 см, 2 группа – 169,1 см, 3 группа – 172,5 см). Различия между представителями 3-х групп незначительны и статистически недостоверны ($p \geq 0,05$). Количественные показатели стандартного отклонения от средних значений длины тела отличались у представителей различных групп курсантов. Средние величины σ у курсантов колебались от 6,1 см (2 группа) до 6,8 см (1 и 3 группа).

При оценке физического развития индивида масса тела является одним из основных показателей. В отличие от длины тела и окружности грудной клетки, масса тела является весьма лабильным показателем, сравнительно быстро реагирующим и изменяющимся под влиянием различных экзо- и эндогенных факторов [8]. Масса тела тесно связана с двигательной активностью людей. Она находится под менее жестким генетическим контролем, чем длина тела [9]. Одним из показателей, используемых при оценке физического развития, является окружность грудной клетки. Размеры и форма грудной клетки подвержены значительным изменениям в ходе онтогенеза. Это связано с увеличением и изменением топографии внутренних органов, влиянием физических нагрузок и спецификой работы мышц плечевого пояса, а также вертикальным положением тела человека [8].

При сравнении антропометрических показателей ФР подростков, выявлено, что масса тела курсантов с гармоничным ФР ($58,9 \pm 6,6$ кг) достоверно превышала показатели курсантов с дисгармоничным развитием обусловленным дефицитом массы тела ($49,7 \pm 7,1$ кг) в среднем на 9,2 кг ($p \leq 0,001$), по окружности грудной клетки на 6,6 см ($p \leq 0,001$) (табл.1). различия между длиной тела незначительная и статистически недостоверная. Масса тела подростков с избыточной массой тела ($72,1 \pm 5,9$ кг) с высокой степенью достоверности ($p \leq 0,001$) превышали показатели курсантов с гармоничным ФР ($58,9 \pm 6,6$ кг) (табл. 1).

Такие же данные получены при сравнении окружности грудной клетки подростков 1 и 3 группы, то есть подростки 3 группы имели достоверно значимо большие размеры

окружности грудной клетки ($89,9 \pm 5,0$ см), чем подростки 1-ой группы ($82,3 \pm 6,2$ см) ($p \leq 0,001$), в отличие от длины тела.

Таблица 1 Характеристики антропометрических показателей ФР курсантов 14-18 лет

Показатель ФР	1 группа	2 группа	3 группа
	n=181	n=17	n=45
	95%, ДИ	95%, ДИ	95%, ДИ
Рост, см	170,7 ^{2,3} (169,7-171,7)	169,1 ³ (166,2-172,0)	172,5 ^{1,3} (170,5-174,5)
Масса тела, кг	58,9 ^{2,3} (57,9-59,9)	49,7 ³ (46,4-53,0)	72,1 ^{1,3} (70,4-73,8)
Окружность грудной клетки, см	82,3 ^{2,3} (81,3-83,3)	75,7 ³ (72,4-79,0)	89,9 ^{1,2} (88,2-91,6)

Примечание: 1, 2, 3- номера сравниваемых групп, *** $p \leq 0,001$ различия достоверны при сравнении массы тела и окружности грудной клетки 1, 2, 3 группы

При сравнении курсантов 2 и 3 группы также отмечаются достоверные различия между массой и окружностью грудной клетки ($p \leq 0,001$), то есть курсанты с низкой массой тела ($49,7 \pm 7,1$ кг) достоверно легче своих сверстников с избыточной массой ($72,1 \pm 5,9$ кг) в среднем на 22,4 кг. Окружность грудной клетки дошкольников 2-ой группы ($75,7 \pm 8,2$ см) меньше, чем у подростков 3-ей группы ($89,9 \pm 5,0$ см) на 14,2 см.

Величина коэффициента корреляции веса к росту подростков колебался от $r=0,51$ (2 и 3 группа) до $r=0,74$ (1 группа), что в первом случае говорит об умеренной и во втором случае об сильной прямой связи роста с весом.

Коэффициент корреляции между ростом и окружностью грудной клетки несколько ниже, чем между ростом и весом. Коэффициент корреляции между ростом и окружностью грудной клетки колебался от $r=0,17$ (2 группа) до $r=0,39$ (1 группа), что говорит о слабой, средней прямой взаимосвязи этих признаков, которые свидетельствуют об увеличении размеров тела. Между массой и окружностью грудной клетки выявлены более сильная связь чем ростом и окружностью грудной клетки, среди показателей подростков 1 группы сильная ($r=0,72$), а в других группах отмечается средняя прямая связь ($r=0,5$; $r=0,66$)

Таблица 2 Значения индексов курсантов 14-18 лет с различными уровнями физического развития

Индекс	1 группа	2 группа	3 группа	Рекомендуемые значения индексов
	n=181	n=17	n=45	
	M±σ	M±σ	M±σ	
Клетка П (ИМТ) кг/м ²	20,1±1,5	16,7±0,5***	25,1±2,2***	17,0-24,3 [1, 2, 8]
Питание, ед	29,6±9,4	46,7±6,8***	12,6±6,8***	10-25 [1, 5, 8]
Ророра, кг/м ³	11,8±1,0	10,0±0,3***	14,3±2,0***	10,7-13,7 [1, 2, 8]
Брушка, %	48,2±3,4	44,1±4,1***	52,2±3,3***	55-60 [1, 8]
Вертика, ед	0,8±0,1	1,0±0,1***	0,7±0,1***	1,25-0,85 [2, 3]

Примечание: ***($p \leq 0,001$) - по отношению к 1-ой группе

Характеристика физического развития курсантов также оценивалась с помощью расчетных роста-весовых и грудно-ростовых индексов, которые представлены в таблице 2. Показатели ИМТ (Кетле II) сравнивались с нормативными данными ИМТ ВОЗ. Оценка ИМТ среди курсантов показала достоверные ($p \leq 0,001$) отличия среди подростков с различным уровнем гармоничности ФР, по отношению к 1 группе.

Индекс Пинье характеризует тип телосложения и чем меньше его показатель, тем крепче телосложение ребенка, рекомендуемые величинами для индекса представлены в таблице 2. Показатели данного индекса находились в пределах нормы среди подростков 3 группы, что говорит об нормальном телосложении курсантов этой группы. В отличии от подростков 3 группы показатели индекса среди курсантов 1 группы ($29,6 \pm 9,4$ ед.) и 2 группы ($46,7 \pm 6,8$ ед.) находились выше нормативных данным, что свидетельствует о слабом и очень слабом телосложении, то есть чем меньше его показатель, тем крепче телосложение курсантов. При сравнении значений индекса 2 и 3 группы курсантов с 1 группой выявлены высоко достоверные различия ($p \leq 0,001$) показателей.

Индекс Рорера (от 10,7 до 13,7 кг/м³) диагностируют уровень физического развития детей, при индексе менее 10,7 кг/м³ физическое развитие оценивают, как низкое, а при значении индекса более 13,7 кг/м³ – как высокое физическое развитие детей. Значения индекса Рорера курсантов с гармоничным ФР составила $11,8 \pm 1,0$ кг/м³ соответственно, что отвечает рекомендуемым характеристикам. Тогда как значения этого индекса у курсантов с дисгармоничным ФР за счет избыточной массы тела ($14,3 \pm 2,0$ кг/м³) их незначительно превышали, а у курсантов с дефицитом массы тела наоборот ($10,0 \pm 0,3$ кг/м³) ниже нормативных данных, что свидетельствует о высоком ФР для курсантов 3 группы и о низком для представителей 1 группы. Все различия

характеристик индексов в сравниваемых группах имеют высокую степень достоверности ($p \leq 0,001$).

Значения индекса Бругша у курсантов с гармоничным ФР составили $48,2 \pm 3,4$ %, с дисгармоничным ФР за счет дефицита массы тела – $44,1 \pm 4,1$ %, выявленные характеристики индекса Бругша свидетельствовали об узкогрудости всех курсантов, что не противоречило в определении типа их телосложения согласно уровню индекса Пинье как слабого и очень слабого. Индекс Вервека является групповым показателем долихо- и брахиморфии, причем природу этих особенностей экологи объясняют адаптацией к климатогеографическим условиям проживания различных популяций [6].

Согласно значениям индекса Вервека выделяют три типа телосложения: мезоморфный – средний вариант размеров тела, брахиморфный – широкое туловище и короткие конечности; долихоморфный – узкое туловище и длинные конечности [10, 11]. Результаты анализа индекса Вервека показали, что соматотип курсантов 1-й группы ($0,8 \pm 0,1$ ед.) можно отнести к подросткам с умеренной брахиморфией ($0,85-0,75$), 2 группы ($1,0 \pm 0,1$ ед.) к мезоморфному типу ($1,25-0,85$) и 3-й группы ($0,7 \pm 0,1$ ед.) к подросткам с выраженной брахиморфией. Подростков с умеренной долихоморфией ($1,35-1,25$). в исследовании не выявлено.

Таким образом, расчет различных индексов ФР для обследованных курсантов военного лица им. Д. Асанова (14-18 лет) с учетом предварительной оценки гармоничности их ФР показал, что значение таких индексов как Кетле II и Рорера среди курсантов с гармоничности ФР находились в пределах нормы. Среди курсантов с дефицитом массы тела значения индексов Рорера и Вервека, а среди подростков с избыточной массой тела индексы Пинье и Бругша находились в пределах рекомендуемых норм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лигута В.Ф. Мониторинг состояния физической подготовленности курсантов ДВЮИ МВД России / В.Ф. Лигута, А.С. Рукавишников // Актуальные вопросы физической культуры и спорта: Материалы V Международной

научно-практической конференции 15–16 апреля 2010 г. / Под ред. В.И. Гончарова, А.М. Кулинец. – Усурийск: Издательство УГПИ, 2010. – С. 60-62.

2. Лигута В.Ф. Динамика физического состояния курсантов и слушателей в процессе

- обучения в вузе / В.Ф. Лигута, К.Ю. Горин, А.С. Рукавишников // Научно-теоретический журнал «Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта», № 1 (131) – 2016. – С. 129-134.
3. Душанин С. А. Самоконтроль физического состояния / С. А. Душанин, Е. А. Пирогов, Л. Я. Иващенко. – Киев: Здоровье, 1980. – 126 с.
4. Лигута В.Ф. Мониторинг физического состояния курсантов и слушателей ДВЮИ МВД России как основа совершенствования их физической подготовки. / В.Ф. Лигута, В.А. Серебрянников, В.В. Мороз // Совершенствование боевой и физической подготовки курсантов и слушателей образовательных учреждений силовых ведомств: Материалы Международной научно-практической конференции. – Иркутск: ФГОУ ВПО ВСИ МВД России, 2010. – Т. 1 – С. 154-161.
5. Шилова О.Ю. Современные тенденции физического развития в юношеском периоде онтогенеза (обзор) / О.Ю. Шилова // Экология человека. – 2011. - № 4. – С. 29 – 36.
6. Кирилова И. А. Оценка физического развития как популяционной характеристики детского населения иркутской области: дисс. канд. биол. наук / И.А. Кирилова. – Иркутск, 2017. – 138 с.
7. Атамбаева Р.М. Стандарты физического развития детей школьного возраста (7-18 лет) г. Бишкек [Текст]: методические рекомендации / А. Г. Голов, С. Л. Тузов, Р.М. Атамбаева, Э.Н. Мингазова, М.К. Эсенаманова, Ф.А. Кочкорова – Бишкек, 2014. – 63 с.
8. Бахрах И.И., Дорохов Р.Н. Исследование и оценка биологического возраста детей: руководство по спортивной медицине. М., 1991. С. 230–257.
9. Дорохов Р.Н. Спортивная морфология. М, 2002. 230 с.
10. Бусел Л.А., Циркин В.И. Индексы физического развития детей 3–7 лет как критерии оценки влияния факторов окружающей среды // Современные наукоемкие технологии. – 2006. – № 4. – С. 39.
11. Клименко Е.А. Методика оценки физического развития детей и подростков // Материалы по дополнительному экологическому образованию учащихся (сборник статей). Вып. IV / под ред. М.Н. Симоновой, С.К. Алексеева. – Калуга: Изд-во КГУ им. К.Э. Циолковского, 2008. – С. 208–228.

*Для корреспонденции: Эрбаев А.Т.
старший преподаватель КГМА им. И.К. Ахунбаева.
тел: 0777837274, e-mail: erbaev67@mail.ru*

ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ УСТОЙЧИВОСТИ К АНТИБИОТИКАМ НАША ОБЩАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



Каждый может помочь уменьшить распространение устойчивости к антибиотикам



Лица, формирующие политику



Работники здравоохранения



Общественность



Фармацевтическая промышленность



Фермеры и ветеринары

#AntibioticResistance

Каждый может СЫГРАТЬ СВОЮ РОЛЬ

Вы можете помочь в борьбе с развитием устойчивости к антибиотикам

Профилактика инфекций может снизить необходимость в приеме антибиотиков и сдерживать распространение устойчивости к антибиотикам. Одним из наиболее эффективных способов сокращения риска инфекции является соблюдение элементарных правил гигиены.

Чтобы сократить риск инфекции, вы можете:



...тщательно **мыть руки**



...**соблюдать правила гигиены** при приготовлении пищи



...во время болезни **воздерживаться от тесного контакта с окружающими**



...соблюдать правила **безопасного секса**



...придерживаться **календаря прививок**



...отстаивать свое право на **безопасное водоснабжение и средства санитарии**

Чтобы сократить распространение устойчивости к антибиотикам, вы можете:



...не делиться своими **антибиотиками** с другими людьми



при приеме антибиотиков всегда **следовать рекомендациям квалифицированного медицинского работника**



УДК 606.982.2 -036.22 - 072 - 08

УРОГЕНИТАЛДЫК МИКОПАЗМА ИНФЕКЦИЯСЫ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК, КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ДИАГНОСТИКАЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Заирова И.Т.¹, Орозбекова Б.Т.²

1. ОшМУ медицина факультети, Ош ш. КР, 2. КРСУ медицина факультети, Бишкек ш. КР

Корутунду: бул статьяда уrogenиталдык микоплазма инфекциясынын эпидемиологиялык, клиникалык жана диагнозду коюудагы өзгөчөлүктөрүн ошону менен бирге эле көпчүлүк оорудагы бирден бир себеби жөнүндөгү адабий негиздер келтирилди.

Негизги сөздөр: аялдар, ымыркайлар, микоплазма, иммунитет, эпидемиология, клиника, диагностика.

УРОГЕНИТАЛЬНАЯ МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ: ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ

Заирова И.Т.¹, Орозбекова Б.Т.²

1. ОшГУ медицинский факультет, г. Ош, КР, 2. КРСУ медицинский факультет, г. Бишкек КР

Резюме: в статье дается литературный анализ урогенитальной микоплазменной инфекция, и особенности эпидемиологии, клиники и диагностики микоплазмы, которые являются причиной развития многих заболеваний.

Ключевые слова: женщины, дети, микоплазма, иммунитет, эпидемиология, клиника, диагностика.

UROGENITAL MIKOPLAZMENNYY INFECTIO: FEATURES OF EPIDEMIOLOGY, CLINIC AND DIAGNOSTICS

Zairova I.T.¹, Orozbekova B.T.²

1. Osh State University, medical faculty, Osh city, KR, 2. KRSU medical faculty, Bishkek city, KR

Abstract: This article provides a literary analysis of urogenital mycoplasma infection and features of the epidemiology, clinical picture and diagnosis of mycoplasma, which are the cause of many diseases.

Key words: women, children, mycoplasma, immunity, epidemiology, clinical features, diagnosis.

В настоящее время в генезе многих заболеваний исследователи все большее значение придают инфекционным агентам. Развитие современных научных технологий позволило по-новому увидеть как роль микроорганизмов в возникновении заболеваний, так и их защитное влияние [16, 17]. Рост заболеваемости, высокие инвалидность и смертность населения в Кыргызской республике в последние годы диктуют необходимость поиска как причин развития, так и методов лечения многих заболеваний.

Социально-экономические и экологические изменения, применение антибактериальных средств привели в последние годы к изменению свойств возбудителей многих заболеваний [9, 16]. Особенно это касается наиболее восприимчивой части населения, в частности детей и беременных женщин. Именно у них под воздействием окружающей среды наблюдается снижение иммунитета, что привело к увеличению удельного веса новых инфекционных агентов в развитии за-

болеваний [9].

Особое место среди инфекционных агентов занимают микоплазмы, которые являются причиной развития многих заболеваний. На данное время этим бактериям уделяется недостаточно внимания исследователями и практическими врачами.

Урогенитальный микоплазмоз - инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое исключительно микоплазмами.

КОД по МКБ-10 A49.3 Инфекция, вызванная микоплазмой, неуточнённая. O98.3 Другие инфекции, передающиеся преимущественно половым путём, осложняющие беременность, деторождение или послеродовой период.

В литературе продолжается дискуссия относительно патогенности отдельных видов микоплазм [3, 5, 7, 8]. В последние годы урогенитальные микоплазмы (уреаплазмы и микоплазмы) уже не относят к патогенным микроорганизмам, передаваемым только половым

путём. Однако нет единого мнения относительно их роли в развитии воспалительного процесса. Одни исследователи считают их УПМ, способными вызывать болезненные состояния лишь при наличии факторов риска, другие — абсолютными патогенами, ответственными за развитие воспалительных заболеваний (цервицита, уретрита, цистита, пиелонефрита, вагинита, послеродового эндометрита). Патогенные свойства генитальных микоплазм окончательно не изучены. Установлено, что они как симбионты способны размножаться в половых органах, не вызывая воспаления (в титре 10²–10⁴ КОЕ/мл).

Этиология микоплазмоза.

Микоплазмы относят к обширному классу Mollicutes. Их отличительными чертами являются:

- малые размеры жизнеспособных частиц, близкие к размерам больших вирусов;
- отсутствие ригидной клеточной стенки и выраженный полиморфизм;
- на плотных средах колонии микоплазм имеют вросший в среду центр и ажурную периферию, в организме прикрепляются к мембране клетки (мембранный тип паразитирования);
- способность расти на бесклеточных питательных средах;
- размножение путём бинарного деления, как и у бактерий;
- наличие в клетках ДНК и РНК (в отличие от вирусов, имеющих только одну из нуклеиновых кислот);
- полиморфизм клеток, кроме обычных овоидных клеток имеются нитевидные, звездчатые, почкующиеся формы;
- постоянно изменяющийся антигенный состав;
- способность вызывать иммунопатологические состояния у человека;
- способность к длительной персистенции в организме;
- рост микоплазм подавляют тетрациклины, макролиды, фторхинолоны, азалиды. Они устойчивы к антибиотикам, подавляющим синтез бактериальной клеточной стенки (пенициллины, рифампицины).

Классификация микоплазмоза.

Микоплазмы и уреоплазмы – факультативные мембранные паразиты – самые мелкие

самореплицирующиеся прокариоты, лишённые ригидной клеточной стенки, ограниченные лишь одной трехслойной липопротеиновой мембраной. Микоплазмы занимают промежуточное положение между вирусами и бактериями и обладают эндо- и экзонуклеарной активностью, могут влиять на нуклеиновый обмен инфицированных ими клеток, что приводит к серьёзным изменениям метаболизма и привнесению в клетку новой генетической информации.

Класс Mollicutes объединяет микоплазмы, ахлеоплазмы, спироплазмы, уреоплазмы, анаэроплазмы. Представители этого класса широко распространены в природе, они обнаружены у человека и других млекопитающих, птиц, рыб, моллюсков, насекомых, растений.

В класс Mollicutes входят 3 порядка и 4 семейства. Микоплазмы относятся к порядку Mycoplasmatales, который подразделяется на два семейства: Spiroplasmataceae и Mycoplasmataceae. Семейство Mycoplasmataceae включает два рода: род Ureaplasma (2 вида, 16 серотипов) и род Mycoplasma (до 80 видов).

Человек является естественным хозяином по крайней мере 12 видов микоплазм [11, 12]. Некоторые из них выделяются от практически здоровых людей и считаются непатогенными (комменсалы) – *M. orale*, *M. facium*, *M. salivarium*. Другие виды микоплазм: *M. pneumoniae*, *M. fermentans*, *M. incognitus*, *M. penetrans* – в полном соответствии с постулатами Коха патогенны для человека. При некоторых патологических состояниях выделяют *M. arthritis*.

Три вида микоплазм названы генитальными: *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium* и *Ureaplasma urealyticum*. Урогенитальные микоплазмы относятся к условно-патогенным микроорганизмам, они участники всех типов влагилищных микробиоценозов.

Большой интерес к генитальным микоплазмам, по-видимому, отражает потребность в объяснении многих болезненных состояний каким-либо вполне конкретным патологическим процессом, причиной которому служит попадание в организм, в частности в половые пути, микоплазм. Между тем все еще получено мало исчерпывающих доказательств причастности генитальных микоплазм к тем

или иным патологическим процессам у взрослых и у детей. Лабораторные данные о выделении генитальных микоплазм зачастую служат единственным основанием для того, чтобы считать микоплазмы виновниками заболевания урогениталий и предпринимать

лечение антибиотиками.

Из 14 их видов клинически доказана патогенность для человека четырех. По месту обитания микоплазмы, живущие в организме человека, делят на орофарингеальные и генитальные виды (табл. 1)

Таблица 1- Основные виды микоплазм человека

Виды микоплазм	Первое сообщение о выделении	Первичная локализация		Патогенность
		Ротофарингеальная	Урогенитальный тракт	
<i>Mycoplasma hominis</i>	1937	-	-	+/
<i>Mycoplasma fermentans</i>	1952	-	-	?
<i>Mycoplasma salivarium</i>	1953	-	-	-
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	1954	-	-	+/
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	1962	-	-	+
<i>Mycoplasma orale</i>	1964	-	-	-
<i>Mycoplasma genitalium</i>	1981	-	-	+
<i>Mycoplasma spirochaetophilum</i>	1991	-	-	-
<i>Mycoplasma penetrans</i>	1991	-	-	?

Заражение урогенитальной микоплазменной инфекцией происходит как половым путем, так и внутриутробно и при прохождении плода через инфицированные микоплазмами половые пути матери. Наиболее тяжелым осложнением заражения микоплазменной инфекцией для плода являются задержка внутриутробного развития и поражение нервной системы. У новорожденных с микоплазменной инфекцией могут развиваться конъюнктивит, дерматит, вульвит, пневмония. В особенно тяжелых случаях возникает генерализация процесса с поражением органов дыхания, зрения, печени, почек и ЦНС [9].

В литературных источниках, касающихся микоплазменной инфекции, в основном описываются поражения урогенитального тракта [1, 2, 13, 14]. Все больше появляется публикаций, в которых авторы рассматривают роль микоплазменной инфекции в развитии различной патологии, в частности поражения сосудистой стенки [10, 15], пневмоний [5, 18, 19].

Наиболее часто из гениталий выделяют *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*, которые хорошо растут на специальных питательных средах. *Mycoplasma genitalium* относится к трудно культивируемым видам, для

обнаружения этого вида требуется применение полимеразной цепной реакции или других ДНК-технологий.

M. hominis и *U. urealyticum* присутствуют в уретре, влагалище, прямой кишке у 20–75 % здоровых людей. Многочисленные клинкомикробиологические исследования не смогли дать ответ на роль микоплазм в акушерско-гинекологической и неонатальной инфекционной патологии, во всяком случае, однозначного ответа до настоящего времени нет.

Известно, что генитальные микоплазмы передаются при половом контакте, при прохождении плода через половые пути матери, содержащие микоплазмы. Особенности распространения микоплазм аналогичны особенностям передачи других агентов, передающихся половым путем (сифилис, гонорея, хламидиоз и пр.). Имеют значение возраст начала половой жизни, ее активность, число половых партнеров и т. п.

Клиническая картина микоплазмоза.

Клиническая картина микоплазменной инфекции не имеет патогномичных симптомов. Может проявляться в виде уретритов, циститов, вагинитов, эндоцервицитов, эндометритов, сальпингоофоритов неясной этиологии.

Обычно заболевание протекает с жалобами на периодически возникающий умеренный зуд и жжение в области половых органов, выделения, дизурические расстройства. Отмечается значительная устойчивость к терапии и рецидивирование клинических симптомов уретрита, вагинита, эндоцервицита, цистита, эндометрита, сальпингита. Микоплазмы при этом выделяют в монокультуре или в ассоциации с другими патогенными или УПМ.

Осложнения микоплазмоза:

- бесплодие;
- невынашивание плода;
- хронический эндометрит;
- первичная плацентарная и вторичная фетоплацентарная недостаточность;
- высокая перинатальная заболеваемость;
- аномалии развития плода.

Диагностика микоплазмоза.

Решающее значение в диагностике урогенитального микоплазмоза имеют лабораторные методы диагностики.

Материал для исследования:

- мазки из уретры, влагалища, цервикального канала;

Методы исследования.

1. Культуральный метод — посев на питательные среды для количественной оценки микоплазм в исследуемом материале. Диагностическое значение имеет концентрация микоплазм более 10⁴ КОЕ в одном мл. При этом более низкие концентрации учитываться не должны, поскольку в таких количествах микоплазмы могут находиться у здоровых людей. Одновременно определяют чувствительность микоплазм к антибиотикам в двух концентрациях. Следует помнить, что *M. genitalium* сложно культивировать, поэтому диагностику необходимо проводить методом ПЦР.
2. Молекулярнобиологические методы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2004. - 416 с.
2. Башмакова М.А., Савичева А.М. Генитальные микоплазмы и микоплазменные инфекции // Здоров'я України. - 2006. - № 23–24. - С. 28-29.
3. Быковская О.В. Особенности уреаплазменной инфекции // Практическая гинекология. - М.: Медпресс-информ, 2001. - С. 226-240.

Метод ПЦР позволяет определить возбудителя, но не может дать ответ о его количестве, поскольку регистрирует только факт присутствия генетического материала микоплазмы. ПЦР в реальном времени с помощью специальной аппаратуры обеспечивает и количественное определение копий ДНК микоплазмы в материале.

3. Иммунологические методы направлены на обнаружение Аг микоплазм и специфических АТ к ним. Наиболее распространены: иммуноферментный анализ, реакция непрямой иммунофлуоресценции, реакция пассивной гемагглютинации (имеют меньшее клиническое значение в связи с низкой чувствительностью и специфичностью).

Дифференциальная диагностика микоплазмоза.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику с воспалительными процессами, вызванными другими патогенными или условнопатогенными микроорганизмами.

Вышеизложенное явилось основанием для более подробного изучения роли микоплазменной инфекции в развитии различных заболеваний детей и женщин, а также рассмотрения методов лечения микоплазменной инфекции.

Выводы

1. Одной из частых причин хронических воспалительных заболеваний у женщин и детей является микоплазменная инфекция.
2. Микоплазменная инфекция является одной из частых причин развития и обострения не только воспалительных заболеваний урогенитального тракта, но и хронических соматических заболеваний: рецидивирующих и хронических бронхитов, хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов, глаз, бронхиальной астмы, артритов.

4. Гинекология - национальное руководство под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина 2009 г.

5. Мавров И.И., Мавров Г.И. Лечение хламидиоза и микоплазмоза: Информационно-методическое пособие для врачей-дерматовенерологов. - Харьков, 2000. - 24 с.

6. Марушко Ю.В., Десятник Д.Г. Клиническая характеристика и особенности диагностики пневмоний, вызванных атипичными возбудителями, у детей // Современная педиатрия.

- 2004. - № 1. - С. 37-40.
7. Неймарк С.Л., Бакшеев С.Н. Роль ассоциированных инфекций в воспалительных заболеваниях репродуктивной системы. Спорные вопросы диагностики и лечения ассоциированных инфекций, передающихся преимущественно половым путем // *Doctor*. - 2006. - № 5. - С. 37-42.
8. Нисевич Л.Л., Намазова Л.С., Волков К.С. Роль микоплазменной, хламидийной и вирусной инфекций у детей с хроническим кашлем по результатам вирусологического исследования // Сб. материалов XI конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». - М. - 2007. - С. 487-488.
9. Перинатальні проблеми великого промислового міста України / О.М. Лук'янова, Ю.Г. Резніченко, Ю.Г. Антипкін, Г.І. Резніченко, З.А. Шкіряк-Нижник. - Запоріжжя, 2007. - 356 с.
10. Прохоров Е.В., Волосовец А.П. Ревматология детского возраста. - Донецк, 2006. - 134 с.
11. Прозоровский С. В., Раковская И. В., Вульфвич Ю. В., Медицинская микоплазмология. - М, 1995. 288с.
12. Тимаков В. Д., Каган Г. Я. L - формы бактерии и семейство *Mycoplasmataceae* в патологии. - М, 1973. 392с.
13. Урогенитальный микоплазмоз и его роль в акушерско-гинекологической патологии (обзор литературы) / Абу-Сара Хамиль Ахмед-Халиль, О.Н. Сохина, О.Ю. Костенко, В.П. Лакатош, Л.М. Лазаренко, О.Н. Проценко // *Здоровье женщины*. - 2006. - № 4. - С. 247-255.
14. Чайка В.К. Инфекция в акушерстве и гинекологии: *Практ. руководство*. - Донецк: ООО «Альматео», 2006. - 640 с.
15. Юлиш Е.И. Роль персистирующей внутриклеточной инфекции в сердечно-сосудистой патологии // *Таврический медико-биологический вестник*. - 2005.- № 2. - С. 72-76.
16. Юлиш Е.И., Волосовец А.П. Врожденные и приобретенные TORCH-инфекции у детей. - Донецк, 2005. - 216 с.
17. Янковский Д.С. Микробная экология человека: современные возможности ее поддержания и восстановления. - К., 2005. - 362 с.
18. Atmar R.L. Chlamydia Species and *Mycoplasma pneumoniae* // *Curr. Infect. Dis. Rep.* - 1999. - № 1. - P. 73-79.
19. Nelson C.T. *Mycoplasma* and *Chlamydia pneumoniae* in pediatrics // *Semin. Respir. Infect.* - 2002. - № 1. - P. 10-14.

Для корреспонденции: Орозбекова Бүбүсайра Тоболбаевна - медицинский факультет заведующая кафедры эпидемиологии и иммунологии КРСУ. e.mail: oosp@rambler.ru, тель: 0777 356222

Заирова Индира Табалдыевна - ОшГУ медицинский факультет ассистентка кафедры “эпидемиологии, микробиологии, с курсом инфекционных болезней e.mail: zit-0502@mail.ru, тель: 0312 33-34-03.



Подумай дважды. Совет врача – важно

Неоправданный прием антибиотиков ускоряет развитие устойчивости к противомикробным препаратам, одной из крупнейших угроз для здоровья людей во всем мире.



Нерациональное использование антибиотиков может привести к развитию у бактерий устойчивости, а это означает, что сегодняшние лекарства окажутся неэффективными.

Не все инфекции можно вылечить антибиотиками; антибиотиками не лечатся вирусные инфекции, такие как простуда или грипп.

Принимайте только те антибиотики, которые были вам предписаны, и не делитесь ими с членами семьи или друзьями.

Антибиотики не всегда являются подходящим лекарством. Не просите назначить вам антибиотики, если ваш врач говорит, что вам они не нужны.

Перед приемом антибиотиков **всегда консультируйтесь с квалифицированным медицинским работником.**



При лечении животных консультируйтесь с квалифицированным ветеринаром



Ненадлежащее и нерациональное использование АНТИБИОТИКОВ создает угрозу для всех нас

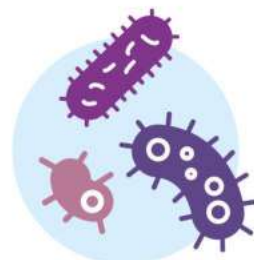


Неоправданный прием антибиотиков ускоряет развитие устойчивости к противомикробным препаратам, **одной из крупнейших угроз для здоровья людей во всем мире**



Заражение инфекциями, устойчивыми к антибиотикам, может приводить к **более продолжительной госпитализации, более высоким медицинским расходам и смерти** большего числа пациентов

Вы можете помочь бороться с устойчивостью к антибиотикам



Нерациональное использование антибиотиков может привести к развитию у бактерий устойчивости, а это означает, что сегодняшние лекарства окажутся неэффективными



Перед приемом антибиотиков всегда консультируйтесь с квалифицированным медицинским работником



Инфекцией, устойчивой к действию антибиотиков, может заразиться каждый, независимо от возраста и страны проживания



Устойчивость к антибиотикам приобретают сами бактерии, а не человек или животное



В результате развития у бактерий устойчивости **распространенные инфекции перестанут поддаваться лечению**



УДК 618:37.091.214

**ОКУУ ПРОГРАММАЛАРЫН МОДЕРНИЗАЦИЯЛОО
ШАРТТАРЫНДА АКУШЕРДИК ЖАНА ГИНЕКОЛОГИЯ
БОЮНЧА ӨНДҮРШТҮК ПРАКТИКАНЫ УЮШТУРУУ.**

Далбаева Б.Ж., Иманказиева Ф.И.

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

Корутунду. статьяда акушерство боюнча өндүрүштүк практиканы өздөштүрүү жана тийиштүү түрдө уюштуруунун негизги багыттары көрсөтүлгөн. 4 курсту аяктаганда соңку «Врачтын жардамчысы» практика сы жөнүндө, себеби федералдык мамлекетти к билим берүүнүн 3 муундагы стандарттына өтүү, аныгыраак азыркы уч жылдык билим берүүнүн ордуна 2 жылдык билим берүүгө.

Негизги сөздөр: иш практикасы, компетенттуулук, практикалык үйрөнмөлөрү, федералдык мамлекеттин билим берүү стандарты, окуу процесси.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО АКУШЕРСТВУ И
ГИНЕКОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ УЧЕБНЫХ ПРОГРАММ**

Далбаева Б.Ж., Иманказиева Ф.И.

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

Резюме: в статье представлены основные направления в организации производственной практики по акушерству «Помощник врача» после 4 курса в связи с переходом на федеральный государственный образовательный стандарт третьего поколения, а именно на двухгодичное преподавание акушерства и гинекологии вместо существующего трёхлетнего обучения.

Ключевые слова: производственная практика, компетенция, практические навыки, федеральный государственный образовательный стандарт, учебный процесс.

**THE ORGANIZATION OF A WORK PRACTICE FOR OBSTETRICS AND
GYNECOLOGY IN THE CONDITIONS OF UPGRADE OF TRAINING PROGRAMS**

Dalbaeva B.J., Imankazieva F.I.

Kyrgyz-Russian Slavic University. Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: In article the main directions are provided to the organizations of a work practice for obstetrics a «medical assistant» after 4 rates in connection with transition to the federal state educational standard of the third generation, namely to biennial teaching obstetrics and gynecology instead of the existing three years training.

Key words: work practice, competence, practical skills, federal state educational standard, educational process.

Практическая подготовка студентов является одним из приоритетов в структуре додипломного профессионального образования медицинского факультета.

Новые государственные образовательные стандарты ориентируют высшие учебные заведения на качественные параметры организации учебного процесса. Важнейшей составляющей профессиональной подготовки студентов медицинских вузов является получение студентами профессиональных практических навыков, приобретаемых ими в процессе производственной практики, которая является обязательным разделом и представляет собой одну из форм организации учебного процесса [1]. Основной задачей производственной практики высших медицин-

ских учебных заведений является приобретение и совершенствование студентами практических навыков, углубление и закрепление полученных знаний, выполнение обязанностей по должностному предназначению в условиях будущей работы .

Цели и объемы производственной практики «Помощник врача стационара» определяются соответствующими государственными образовательными стандартами (ФГОС-3) по направлениям подготовки (специальностям). Согласно учебным планам, объем практики по ФГОС-3 составляет 2 недели (108 часов). Студенты работают по 2 недели по 5 рабочих дней (72 часа) в качестве помощника врача акушерско-гинекологического стационара [5,6].

Производственная практика студентов медицинского факультета Кыргызско – Российского Славянского Университета после 4 курса проводится на базе городских клинических родильных домов, в клинике проф. Асымбековой и родильном отделении Чуйской областной больницы. Одновременно в этих же лечебных организациях, за исключением клиники профессора Асымбековой, проходят производственную практику студенты Медицинской академии, Международного университета, нескольких медицинских колледжей, что создает скученность, нарушение требований инфекционного контроля, являясь препятствием для полноценного освоения студентами необходимых навыков, формировании общих и профессиональных компетенций.

В профессиональные компетенции входят и практические навыки, так называемые моторные компетенции, развитие которых необходимо для будущего специалиста, поскольку профессиональная деятельность включает ряд сложных и разнообразных моторик [2,3,4].

Ограничения возможности в отработке практических навыков в настоящее время вызвано также реформированием здравоохранения, изменением правового поля, повышением ожиданием пациентов, потребителей медицинских услуг. Поэтому большое значение имеет возможность освоения ряда навыков на симуляторе в период учебного процесса, так как безопасность пациентов не допускает освоения некоторых мануальных навыков на пациентах без предварительной тренировки на муляжах. Значимыми вопросами являются также совершенствование клинических баз, усиление роли базовых руководителей лечебных организаций здравоохранения в успешной организации и проведении производственной практики.

Организация обучения и освоения практических навыков требует высокой квалификации от руководителей практик, серьезного, ответственного отношения студентов при формировании профессиональных навыков, готовности их к реализации полученных знаний и умений в дальнейшей своей деятельности. Немаловажное значение имеет и мотивированное отношение к проведению

производственной практики руководителей лечебных организаций.

Успешность производственной практики, эффективность освоения студентами необходимых компетенций, удовлетворенность их полученными знаниями и навыками во многом определяется заблаговременной организацией проведения практики. Так, руководители практики, ответственные за каждую клиническую базу должны быть назначены согласно плану педагогической нагрузки и обязаны до начала производственной практики:

- ознакомить студентов с программой практики;
- с требованиями, предъявляемыми к внешнему виду;
- с правилами ведения отчетной документации на практике;
- сообщить о месте и времени прохождения производственной практики;
- о порядке проведения аттестации;
- в день выхода студентов распределить их на рабочие места;
- совместно с общим руководителем провести инструктаж по ТБ;
- регулярно следить за соблюдением студентами трудовой дисциплины, внешнего вида, правил внутреннего распорядка;
- регулярно контролировать ведение дневников и другой документации;
- оказывать необходимую помощь студентам в освоении обязательных компетенций;
- проверять готовность отчетной документации студентов к аттестации практики;
- осуществлять контроль выполнения графика работы студентов, совместно с непосредственными руководителями, за правильностью занятости студентов в период практики.

Студенты же должны:

- Своевременно пройти медицинский осмотр и представить санитарную книжку руководителю практики;
- Явиться на собрание, проводимое руководителем практики;
- Получить пакет документов в отделе практики;
- В первый день практики прийти в ЛПУ к 8 часам утра, и представиться общему руководителю (главной м/с, зам. главного по

лечебной работе).

- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь;
- Работать строго по графику, составленному методическими руководителями практики. Продолжительность практики 6 часов в день. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомится с документацией структурных подразделений ЛПУ (приемное отделение, родильный блок, послеродовое отделение, отделение патологии беременности, отделении реанимации и интенсивной терапии). Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Быть дисциплинированным, спокойным и вежливым в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.
- Ежедневно и аккуратно вести дневники с описанием и анализом клинических случаев и манипуляций, освоенных навыков, заполнять листы обязательных манипуляций. В первый день практики студент дает общую характеристику структурного подразделения ЛПУ, где проходит практика.
- Ежедневно подавать дневники на проверку заведующим соответствующих отделений.

После окончания части практики в каждом отделении в дневнике должна быть выставлена итоговая оценка, непосредственным руководителем, за работу в данном отделении. А по окончании практики студент получает характеристику (общая схема предлагается), подписанную общим и непосредственным руководителями практики, заверенную печатью лечебного учреждения.

Итогом практики является аттестация. Аттестация может быть проведена в 2 этапа:

1-й этап – защита документации – дневника,

2-й этап – выполнение практических навыков.

Зачет сдается в последний день практики по расписанию, подготовленному отделом производственной практикой совместно с учебно-методическим отделом.

Общая оценка за производственную

практику устанавливается как среднее арифметическое оценок за ведение дневника, за выполнение манипуляций на 2-м этапе аттестации.

К зачету допускаются студенты, выполнившие программу практики и предоставившие следующие документы:

1. Оформленное направление на производственную практику, заверенное подписью методического руководителя, непосредственного руководителя от ЛПУ и печатью учреждения (ЛПУ), в случае, если студент проходил практику по месту жительства.
2. Характеристика студента (в направлении или отдельно).
3. Дневник производственной практики, заверяемый ежедневно непосредственным руководителем практики от ЛПУ.
4. Отчет по проведенным манипуляциям, согласно программе практики, заверенный подписью непосредственного руководителя от ЛПУ и методического руководителя.

При написании характеристики по итогам производственной практики должны быть отражены:

- уровень теоретической подготовки;
- владение практическими навыками и манипуляциями;
- выполнение основ этики и деонтологии;
- проведение санитарно-просветительской работы, а также деятельность студента в период практики.

Указывается степень теоретической подготовки студента, качество выполненной работы, отражается трудовая дисциплина студента, недостатки в работе студента, если они имели место.

Таким образом, переход на двухлетнее изучение акушерства и гинекологии в вузе в соответствии с новым Государственным образовательным стандартом повышает значимость производственной практики для освоения студентами всех видов профессиональной деятельности по специальности. Освоение компетенций должно осуществляться в рамках единого комплекса учебных и производственных мероприятий, поскольку внедрение компетентного подхода к формированию устойчивых знаний и практических навыков у студентов является современным направлением в мировом

образовании, в том числе и высшем медицинском.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Белобородов В.А. Внедрение инновационных технологий в учебном процессе на кафедре хирургии/ В.А. Белобородов, Е.А. Кельчевская/ Инновационно-образовательные технологии и эффективная организация учебного процесса в медицинском вузе. Вузовская педагогика: материалы конференции. – Красноярск: «Версо», 2011. – С.293-296.
2. Безродная Г.В. Принципы компетентного подхода в медицинском вузе/Г.В. Безродная, Д.А. Севостьянов, Т.А. Шпикс// Медицина и образование: электронное научное издание Новосибирского государственного медицинского университета. – 2008 - №2 – С. 231-234.
3. Маисеенко Д.А. Производственная практика – важнейшее звено образовательного процесса по приобретению компетенций/ Д.А. Маисеенко, А.Т. Егорова// Вузовская педагогика: современные аспекты реализации ФГОС и ФГТ: материалы всероссийской науч.-педагогич. конф. с международным участием. – Красноярск: Изд-во КрасГМУ, 2013 – С. 373-375.
4. Новичков Д.А., Хворостухина Н.Ф, Степанова Н.Н. Реализация компетентного подхода в процессе подготовки врача-интерна по специальности «Акушерства и гинекология» // Успехи современного естествознания, 2015 №4 С 51-53.
5. Особенности организации летней производственной практики «Помощник врача стационара (терапевта, хирурга и акушера)» по специальности «Лечебное дело» / Е.П. Шитьковская [и др.] // Вузовская педагогика: современные аспекты реализации ФГОС и ФГТ: материалы всероссийской науч.-педагогич. конф. с международным участием. – Красноярск: Изд-во КрасГМУ, 2013 – С. 377-378.
6. Основные направления организации производственной практики на клинической кафедре в медицинском вузе Ж.Е. Турчина, Н.Ю. Гришкевич, О.Я. Шарова, Е.В. Зорина, С.А. Бахшиева, В.Г. Иванов // Педагогические науки №1 – 2014г, Новосибирск. – С.88-90.
7. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности 060101 «Лечебное дело». Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 8 ноября 2010 г.№1118.
8. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности 060103 «Педиатрия». Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 8 ноября 2010 г.№1122.

Для корреспонденции: Далбаева Батма Жумабаева
к.м.н., доцент кафедры АиГ медицинского факультета КРСУ.
Тел: 0772510039 bjd8@mail.ru

Сарымсакова Татьяна Асанакуновна к.м.н., доцент,
зав. кафедрой кафедры АиГ медицинского
факультета КРСУ тел. 0555257799.

Иманказиева Фатима Иманказиевна к.м.н. доцент
кафедры АиГ медицинского факультета КРСУ. Тел. 0559447747

УДК: 616-091: 92

АКАДЕМИК ИПОЛИТ ВАСИЛЬЕВИЧ ДАВЫДОВСКИЙДИ (1887 – 1968)
(КАЗА БОЛГОНУНА 50-ЖЫЛ) ЭСКЕРҮҮ

Моргошия Т.Ш.

Профессор А.А. Русанов атындагы факультеттик хирургия кафедрасы, Россия салматтык сактоо министрлигинин «Санкт-Петербург мамлекеттик педиатрия медициналык университети» Федералдык мамлекеттик бюджеттик жогорку билим берүү мекемеси;

Корутунду: И. В. Давыдовдун монографиясында «Адамдагы ок жаракаты» (1952, 1954) жана «Ок жаракатынын патологиясы» («1941—1945-жж. Улуу Ата Мекендик согуштагы советтик медицинанын тажрыйбасы») чыгарманысы 34-чи тому) (1952), жаракат абалы жөнүндө окууну өнүктүргөн жана тазаланбаган ок тийген жаракат микроорганизмдердин катышуусу менен сөзсүз ириндеп, андан кийин айыгып кетишин, бул жаракатты биологиялык тазалоо абалы экенин көрсөткөн (жаракаттын экинчи тазаланышы). Бул эмгек бардык дүйнөлүк медициналык адабиятта жалгыз. Бирок, жагымсыз жергиликтүү жана жалпы шарттары менен кеңири жаракатта ырбоо болушу дагы мүмкүн (ириңдүү шишик, абсцесс, флегмона, кайрадан каноо ж.б.), алар организмдин жалпы реакциясы (денеси ысуу, кандын өзгөрүшү ж.б.у.с.), жаракатта адекваттуу өзгөрүүсү менен коштолот. Мындай абалды И. В. Давыдовский ар кандай узактыгы жана катаалдыгы бар ириңдүү-резорбтивдүү ысытма деп атаган. Ириңдүү-резорбтивдүү ысытмада травматикалык алсыроо өнүгөт. Жаракат абалынын өтүшү жана организмдин жалпы реакциясынын патогенези жөнүндө бул теоретикалык билдирүү, И. В. Давыдовскийдин «жаракаттын анатомиялык тазалыгы» жана ириңдүү-резорбтивдүү ысытманын жалпы абалы менен күрөшүү деген түшүндүрүүсү боюнча ийгиликке жетүү үчүн октон алган жаракатты заманбап хирургиялык тазалоо зарыл экендигин белгилейт. 1944-жылы согуш жылдары эмес биздин убакта дагы актуалдуу болгон И.В. Давыдовскийдин «Сепсис жана ириңдүү-резорбтивдүү ысытма жөнүндө окууда травматикалык алсыроо» деген китеби жарык көрдү, анын тажрыйбалык маанисин баалоо өтө кыйын, себеби бул эмгектин негизги жобосу оор жаракаттууларды дарылоодо врачтык тактиканын өгөрүшүнө чоң деңгээлде мүмкүндүк берди. Ошондой эле герантологияны, жугуштуу оорулар жана атеросклероз жөнүндө окууну өстүрүүдө илимий салым талданып жатат. И.В. Давыдовскийдин педагогикалык ишмердүүлүгү белгиленди.

Негизги сөздөр: биография, патологиялык анатомия, патологоанатомиялык кызмат, ириңдүү-резорбтивдүү ысытма, геронтология, атеросклероз, педагогика.

ПАМЯТИ АКАДЕМИКА ИПОЛИТА ВАСИЛЬЕВИЧА ДАВЫДОВСКОГО
(1887 – 1968) (К 50-ЛЕТИЮ СО ДНЯ СМЕРТИ)

«Что природа поделила скупо между многими,
она щедрою рукою дала тебе одному»

И. Гёте

Моргошия Т.Ш.

Кафедра факультетской хирургии имени профессора А.А. Русанова, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России;

Резюме. В статье отмечено, что И. В. Давыдовский в монографиях «Огнестрельная рана человека» (1952, 1954) и «Патология огнестрельных ранений и повреждений» (34-й том труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.») (1952) развил учение о раневом процессе и показал, что в огнестрельной необработанной ране при участии микроорганизмов неизбежно возникает гнойное расплавление мертвых тканей с последующим их рассасыванием и что этот процесс есть процесс биологической очистки раны (вторичное очищение раны). Эти труды являются единственными в своем роде во всей мировой медицинской литературе. Однако при обширных повреждениях с неблагоприятными местными и общими предпосылками для заживления возможны местные осложнения

(гнойные затеки, абсцессы, флегмоны, вторичные кровотечения и др.), которые могут сопровождаться общей реакцией организма (температура, изменения крови и т. д.), адекватной изменениям в области раны. Подобные состояния И. В. Давыдовский назвал гнойно-резорбтивной лихорадкой, имеющей различную длительность и тяжесть. При длительной гнойно-резорбтивной лихорадке может развиваться травматическое истощение. Эти теоретические представления о течении раневого процесса и патогенезе общих реакций организма подчеркивали необходимость своевременной хирургической обработки огнестрельных ран для достижения, по выражению И. В. Давыдовского, «анатомической чистоты раны» и борьбы с общими явлениями гнойно-резорбтивной лихорадки. В 1944 г. вышла в свет актуальная не только для военного времени, но и в наши дни книга И.В. Давыдовского «Травматическое истощение в свете учения о сепсисе и гнойно-резорбтивной лихорадке», практическое значение которой трудно переоценить, поскольку основные положения этой работы в значительной степени способствовали изменению врачебной тактики лечения тяжелораненых. Анализируется также научный вклад ученого в развитии геронтологии, учениях об инфекционных болезнях и атеросклероза. Отмечена педагогическая деятельность И.В. Давыдовского.

Ключевые слова: И.В. Давыдовский, биография, патологическая анатомия, патолого-анатомическая служба, гнойно-резорбтивная лихорадка, геронтология, атеросклероз, педагогика.

**MEMORY OF THE ACADEMICIAN OF IPPOLITA VASILIEVICH DAVYDOVSKY
(1887 - 1968) (TO THE 50TH ANNIVERSARY OF THE DAY OF DEATH)**

MORGOSHIA T.Sh.

Department of Faculty Surgery named after Professor AA. Rusanova, Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "St. Petersburg State Pediatric Medical University" of the Ministry of Health of Russia

Abstract: In article it is noted, as. I.V. Davydovsky in monographs "Bullet Wound of the Person" (1952, 1954) and "Pathology of gunshot wounds and damages" (the 34th volume of the work "Experience of the Soviet Medicine in the Great Patriotic War of 1941 — 1945.") (1952) developed the doctrine about wound process and showed that in the bullet raw wound with the participation of microorganisms inevitably there is purulent melting of dead fabrics with the subsequent their diffusion and that this process is process of biological cleaning of a wound (secondary cleaning of a wound). These works are unique in all world medical literature. However at extensive damages with adverse local and general premises for healing local complications (purulent flow, abscesses, phlegmons, secondary bleedings, etc.), which can be followed by the general reaction of an organism (temperature, blood changes, etc.), adequate to changes in area of a wound are possible. I.V. Davydovsky called similar states is purulent-rezorbtivnoy the fever having the different duration and weight. At long it is purulent-rezorbtivnoy to fever traumatic exhaustion can develop. These theoretical ideas of the course of wound process and pathogenesis of the general reactions of an organism emphasized need of timely surgical processing of bullet wounds for achievement, according to I.V. Davydovsky, "anatomic purity of a wound" and fight against the general phenomena is purulent-rezorbtivnoy fevers. In 1944 I was published relevant not only for wartime, but also today the book by I.V. Davydovsky "Traumatic exhaustion in the light of the doctrine about sepsis and is purulent-rezorbtivnoy to fever" which practical value it is difficult to reevaluate as basic provisions of this work substantially promoted change of medical tactics of treatment of seriously wounded. Also scientific contribution of the scientist in development of gerontology, doctrines about infectious diseases and atherosclerosis is analyzed. Pedagogical activity of I.V. Davydovsky is noted.

Keywords: I.V. Davydovsky, the biography, pathological anatomy, pathoanatomical service, it is purulent-rezorbtivnaya fever, gerontology, atherosclerosis, pedagogics.

И.В. Давыдовский (рис. 1) по праву занимает лидирующее место в ряду имен выдающихся ученых, прославивших нашу страну. Творчество великого патологоанатома, орган-

изатора, мыслителя, владеющего даром художественного откровения, оставило след в мировой фундаментальной медицине. Выдающийся патоморфолог и экспериментатор, на протяжении более 55 лет своей научно-практической деятельности успешно развивал советскую медицину, разрабатывая важнейшие разделы общей и частной патологии – инфекционных болезней, проблем патогенеза, сепсиса, старения, боевой травмы, раневых осложнений и др. Глубокие и разносторонние научные исследования Ипполита Васильевича сочетались с неустанным поиском медико-биологических закономерностей, что привело его к широким философским обобщениям в медицине. Важно отметить, что работы И.В. Давыдовского были близки интересам клиники, поэтому их столь охотно изучали врачи всех специальностей. Во многом его труды в корне изменили представления клиницистов о происхождении многих болезней, побудили изменить методы их лечения.

Родился И.В. Давыдовский 1 августа 1887 г. в городе Данилове Ярославской губернии в семье священника. В 1905 г. успешно окончил Ярославскую классическую гимназию и в том же году поступил на медицинский факультет Московского университета, после окончания, которого в 1910 г. получил диплом врача. В 1910 – 1912 гг. И.В. Давыдовский работал санитарным врачом Новолдожского уезда Петербургской губернии, затем земским врачом в селе Ильинском Ростовского уезда Ярославской губернии.

В 1912 – 1914 гг. Ипполит Васильевич сдал экзамены на степень доктора медицины, поступил сверхштатным ассистентом на кафедру патологической анатомии медицинского факультета Московского университета к профессору М.Н. Никифорову; а с сентября 1913 г. стал прозектором Яузской больницы.

В 1914 – 1918 гг. во время первой мировой войны И.В. Давыдовский был младшим врачом 4-го Сибирского стрелкового полка, заведовал лабораторией 425-го инфекционного госпиталя, а затем Западного фронта. Отметим, что в 1916 г. в «Харьковском медицинском журнале» вышла первая научная статья И.В. Давыдовского «Сыпнотифозная экзантема» [7].

В апреле 1918 г. после демобилизации он вернулся на кафедру патологической анатомии медицинского факультета Московского университета в должности помощника прозектора и вновь стал прозектором Яузской больницы. В 1921 г. И.В. Давыдовский блестяще защитил докторскую диссертацию на тему: «Патологическая анатомия и патология сыпного тифа». В 1925 г. впервые в стране Ипполит Васильевич организовал и провел лекционный курс частной патологической анатомии по нозологическому принципу. Следует подчеркнуть, что в 1926 – 1928 гг. он поднял вопрос о сличении клинических и анатомических диагнозов [7]. анатомии II Московского медицинского института. В декабре того же года он провел первую в СССР клинко-анатомическую конференцию в больнице имени «Медсантруд» [6].

Особо следует отметить, что в 1935 г. И.В. Давыдовский организовал московские общегородские морфологические конференции патологоанатомов, судебных медиков и ветеринарных патологов. В 1940 г. за вклад в медицину ему присвоено звание заслуженного деятеля науки РСФСР.

В 1941 – 1945 гг. во время Великой Отечественной войны Ипполит Васильевич был назначен главным патологоанатомом эвакогоспиталей Наркомздрава СССР, сформировал в декабре 1941 г. объединенный Московский медицинский институт, был его директором и заместителем директора по научной и учебной части. В 1944 г. награжден орденом Трудового Красного Знамени, избран действительным членом АМН СССР и членом президиума Академии.

Как уже отмечалось, научные интересы Ипполита Васильевича были чрезвычайно широки и многообразны. Его труды всегда были особенно актуальными. Во время Великой Отечественной войны Давыдовский разрабатывал такие первостепенные и крупные проблемы того времени, как огнестрельная рана человека, гнойно-резорбтивная лихорадка, травматическое истощение. В послевоенные годы предметом его исследования были такие важные вопросы современной медицины, как патология сердечно-сосудистой системы, геронтологии и др.

Будучи выдающимся ученым и превос-

ходным организатором, Ипполит Васильевич создал в Институте морфологии человека АМН СССР лабораторию патологии старости, которой руководил почти до конца своей жизни. Наряду с этим, Ипполит Васильевич был искусным прозектором, мастером клинико-морфологических сопоставлений. Блестящим итогом его патологоанатомической деятельности явились капитальные руководства: "Патологическая анатомия и патогенез болезней человека" [2], "Общая патология" [4]. Обширные знания, проблемный подход, оригинальность мышления и живость языка автора в настоящее время продолжают привлекать к этим книгам молодых врачей.

Изучая патогенез заболеваний, И.В. Давыдовский пришел к выводу о том, что специфических механизмов, свойственных только какой-либо болезни, не существует, а в основе патологического процесса лежат физиологические механизмы, "извращенные" в условиях заболевания. С особой лёгкостью такие "извращения" возникают у пожилых и старых лиц. При этом, однако, нельзя ставить знака равенства между понятиями "болезнь" и "старение", "старость". Ипполит Васильевич первым из отечественных патологов занялся биологией старения организма. На базе Института морфологии человека АМН СССР он организовал лабораторию патологии старости, которую возглавлял до 1965 года. Именно здесь им была написана уникальная монография "Геронтология" [3], подводящая итоги многочисленных исследований по общей геронтологии (биологии старения), частной (системно-органной) геронтологии и гериатрии (болезней старости). Следует признать, что с тех пор указанная наука, конечно, значительно продвинулась вперед, но до сих пор многие положения, выдвинутые или отраженные в книге Давыдовского, весьма актуальны, дают повод для размышлений и стимулируют научный поиск. Кропотливо собирая информацию, осмысливая богатейший собственный опыт, Ипполит Васильевич так же, как и в патологической анатомии, искал решения не всегда только как "узкий исследователь", видящий частный вопрос, но и как ученый медико-философского типа с широким биологическим подходом. Разделяя понятия "старость" и "старение", Давыдовский

подтверждал известную точку зрения на то, что никаких определенных дат наступления старости нет, и что биологический и календарный возраст человека часто не совпадают. Однако старение по Давыдовскому развивается и волнообразно по времени, и неравномерно по органной локализации. Много внимания Давыдовский уделял изменениям взаимосвязей структуры и функции тканей в позднем возрасте. Он рассматривал эти изменения как результат старения самой структуры. Ипполит Васильевич постепенно, аргументированно и искусно подводил читателей к мысли о том, насколько трудно, быть может, невозможно дать всеобъемлющие и исчерпывающие определения понятиям "старость" и "старение". Он сформулировал несколько собственных определений, часть которых заслуживает цитирования: "Старость подразумевает ограничение и самоограничение жизненных отправления, т.е. гипобиоз. Она характеризуется пониженной устойчивостью структур к внешним воздействиям, возрастающей дегенерацией белков тела", "Старость – это результат возрастной инволюции. Болезнь безотносительна к возрасту. Старость неизбежна; болезнь лишь возможна, часто случайна. Старость необратима и неуклонно прогрессирует; болезнь в принципе обратима" [3]. Ипполит Васильевич стал первым отечественным патологом, кто суммировал и критически рассмотрел около 200 различных теорий старения организма, накопившихся к 60-м годам прошлого столетия. Значительно позднее появились популяционно-генетическая концепция старения, сведения о генах гибели и долголетия, а также о роли специфических хромосом, соматических мутаций, степени метилирования и репараций ДНК, гликозилирования белков, данные об изменениях структуры и функции генов, в том числе "генов апоптоза", "генов старения" [6].

Полезнее коснуться работ Ипполит Васильевича в области гериатрии. Давыдовский указывал, что безболезненной старости "реально не существует". Недуги позднего возраста представляют собой, по его выражению, геронтобиоз или "старческую патергию" [3]. Действительно, некоторые болезни старых лиц непосредственно "вырастают" из возраст-

ных изменений. К числу особенностей страдания старого человека он относит склонность к изолированным и медленно нарастающим, подчас латентным процессам, которые сплошь и рядом бывают хроническими, автономными и множественными (по 3-5 заболеваний и больше). Весьма характерным финальным и фатальным завершением является какая-либо острая инфекция, чаще всего в форме очаговой пневмонии. Занимаясь гериатрией, Ипполит Васильевич изучал, прежде всего, патологическую анатомию болезней старческого возраста. Подчеркивая то обстоятельство, что старость - это "жизнь в настоящем с большим грузом прошлого", Давыдовский, вместе с тем, указывал и на то, что проблема долголетия не составляет лишь одну медицинскую проблему. Таким образом, резюмируя, становится очевидным большой вклад академика И.В. Давыдовского в развитие геронтологии и гериатрии как важной биомедицинской науки, во многом определивший ее настоящий "ренессанс".

Отметим, что проблема атеросклероза также многие годы занимала ученого. Его представления об этой патологии нашли наиболее полное отражение в двух работах И.В. Давыдовского: в докладе на IV Всесоюзном съезде патологоанатомов в Кишеневе (1965 г.) и монографии «Геронтология», которая была опубликована в 1966 г. При исследовании атеросклероза Давыдовский подчеркивал неизбежность развития соответствующих изменений в артериальной системе человека: он был убежден, что атеросклероз не случайное заболевание, а природно-видовое явление [7]. Все это обуславливало постановку вопроса, не является ли атеросклероз частным выражением процесса старения.

В начале XX столетия И.В. Давыдовский писал: «современная медицина ушла почти целиком в анализ; синтез отстает, отстают обобщающие представления, на которых только и можно построить более или менее стройное учение о болезнях» [7]. Эти слова в наше время, пожалуй, еще более актуальны. Справедливости ради следует отметить, что Давыдовский не только призывал к созданию стройного учения о болезнях, он сам построил это учение, название которому «общая патология человека». Он сделал то, к чему

стремились, но не смогли осуществить выдающиеся патологи прошлого, такие как В.В. Пашутин, Л.А. Тарасевич, В.К. Линдемман и др.

Перейдем к анализу исследований Давыдовского в области патологии военного времени – вклада ученого-патриота в развитие советской военной медицины. Как уже отмечалось вкратце, его исследования в этот период были посвящены общим закономерностям морфологии раневого процесса, проблеме раневых инфекций, гнойных и септических заболеваний у раненых, огнестрельного остеомиелита и другим осложнениям огнестрельных ран.

И. В. Давыдовский в монографиях «Огнестрельная рана человека» (1952, 1954) и «Патология огнестрельных ранений и повреждений» (34-й том труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг.») (1952) развил учение о раневом процессе и показал, что в огнестрельной необработанной ране при участии микроорганизмов неизбежно возникает гнойное расплавление мертвых тканей с последующим их рассасыванием и что этот процесс есть процесс биологической очистки раны (вторичное очищение раны). Эти труды являются единственными в своем роде во всей мировой медицинской литературе. В их основу был положен фактический материал военного прозектора, охватывающий в общей сложности свыше 1000 умерших от ранений в различные отделы тела, материал, осмысленный с медико-биологических позиций. Наличие воспалительной реакции в области раны с последующим разрастанием грануляционной ткани и рубцеванием характерно для нормального заживления огнестрельных ран (так называемое вторичное заживление по Н. И. Пирогову) и не может рассматриваться как осложнение [1]. Однако при обширных повреждениях с неблагоприятными местными и общими предпосылками для заживления возможны местные осложнения (гнойные затеки, абсцессы, флегмоны, вторичные кровотечения и др.), которые могут сопровождаться общей реакцией организма (температура, изменения крови и т. д.), адекватной изменениям в области раны. Подобные состояния И. В. Давыдовский гнойно-резорбтивной

лихорадкой, имеющей различную длительность и тяжесть. В этих случаях может возникнуть и истинный сепсис, подобный сепсису мирного времени, не зависящий от изменений в ране. При длительной гнойно-резорбтивной лихорадке может развиваться травматическое истощение. Эти теоретические представления о течении раневого процесса и патогенезе общих реакций организма подчеркивали необходимость своевременной хирургической обработки огнестрельных ран для достижения, по выражению И. В. Давыдовского, «анатомической чистоты раны» и борьбы с общими явлениями гнойно-резорбтивной лихорадки [2, 5]. Эти исследования И. В. Давыдовского, вызвавшие оживленную дискуссию, главным образом с хирургами, способствовали более глубокому пониманию сущности процессов, происходящих в организме и в области раны, а также успехам в лечении раненых. В 1944 г. вышла в свет актуальная не только для военного времени, но и в наши дни книга И.В. Давыдовского «Травматическое истощение в свете учения о сепсисе и гнойно-резорбтивной лихорадке», практическое значение которой трудно переоценить, поскольку основные положения этой работы в значительной степени способствовали изменению врачебной тактики лечения тяжелораненых [5].

Как уже отмечалось, И.В. Давыдовский создал оригинальное учение о раневом процессе. Им было показано, что в огнестрельной необработанной ране неизбежно возникает при участии микроорганизмов гнойное расплавление мертвых масс и их рассасывание как процесс биологической очистки раны (вторичное очищение раны). Воспалительная реакция с последующим разрастанием грануляционной ткани и рубцеванием ограничивается краями раны («вторичное заживление», по Н.И. Пирогову) [1]. Подобное заживление не является осложненным, а нагноение в огнестрельной ране, когда оно протекает без осложнений, способствует вторичному очищению раны от всего мертвого, нежизнеспособного и может быть рассмотрено как компонент процесса регенерации, способствующий росту грануляций. В этих случаях речь идет не о раневой инфекции, а о микрофлоре раны. Однако И.В. Давыдовский пока-

зал, что при наличии обширных повреждений с неблагоприятными общими и местными предпосылками для заживления раны возможно развитие осложнений в виде гнойных затеков, абсцессов, флегмон, вторичных кровотечений и т.д., сопровождающихся значительной общей реакцией организма (лихорадкой, изменения в составе крови и т.д.), адекватной изменениям в области раны. Подобное состояние ученый и назвал гнойно-резорбтивной лихорадкой, имеющий различную длительность и тяжесть в соответствии с ходом раневого процесса. Ипполит Васильевич особо подчеркивал, что успешная хирургическая обработка раны, как правило, сопровождалась ликвидацией общих явлений. Вместе с тем по ходу раневого процесса мог возникнуть и истинный сепсис, подобный сепсису мирного времени, теряющий зависимость от изменений в ране.

И.В. Давыдовский развил положение Н. И. Пирогова о травматическом истощении. В результате детального клинико-морфологического анализа он показал, что морфологические изменения тканей и органов при травматическом истощении выражаются в воспалительных, атрофических (дистрофических) и склеротических процессах, в исходе которых развиваются необратимые изменения внутренних органов. Ученый рассматривал травматическое истощение как дальнейшее развитие процессов, лежащих в основе гнойно-резорбтивной лихорадки, как ее самый типичный и опасный исход. Вместе с тем отметим, что он обращал внимание на возможность развития травматического истощения, не связанного с нагноением (в 5% случаев). В частности, оно может наступать при ранениях органов брюшной полости с последующей длительной потерей кишечного сока через фистулы, а также у больных с глубокими нервно-психическими и эндокринными сдвигами, обусловленными ранениями [7]. Особое значение имеют теоретические положения, выдвинутые И.В. Давыдовским, о профилактике и лечении травматического истощения. Он не только подробно осветил вопросы о ране, раневой баллистике, раневом процессе и раневой инфекции, но и дал исключительно полное представление обо всем комплексе изменений организма при ранен-

-иях, по его словам, – область совершенно не тронутую и в то же время очень важную. Развивая идеи Н.И. Пирогова, И.В. Давыдовский указывал, что основной метод лечения раневого процесса должен заключаться в анатомической очистке тканей от всего некротического, в борьбе за функциональную полноценность тканей раны [1].

Важно отметить, что Ипполит Васильевич настойчиво доказывал неправомерность применения во всех случаях раневых нагноений принципа антисептики, заключающегося в уничтожении микрофлоры гноящейся раны. Ученый призывал не уничтожать микробы, а целенаправленно воздействовать на микробиологические процессы в ране, искать рациональные, подлинно биологические методы и принципы борьбы за быструю и полноценную регенерацию. «Лечение огнестрельных ран должно быть, прежде всего, хирургическим и покоиться на принципах общей биологии, общей и хирургической патологии, а в конечном счете физиологии раневого процесса», – говорил Давыдовский. Многочисленные доклады и выступления профессора по проблемам патологии боевой травмы неизменно порождали дискуссии, на которых многие положения его учения объявлялись неприемлемыми, однако со временем их подтверждала практика. Отметим, что в настоящее время представления Давыдовского о двух формах физиологического заживления ран не вызывают сомнений.

Ипполит Васильевич, будучи крупнейшим ученым, гармонично сочетал в себе способности педагога и врача-прозектора, считая, эти категории работы тесно связанными между собой и обогащающими друг друга. Профессор полагал, что педагогическая деятельность, не менее чем прозекторская, представляет собой фундамент научного творчества.

Основными принципами в преподавании для И.В. Давыдовского были непримиримость к догматизму, глубокое философское обоснование теории патологии, вскрытие социальной и биологической сущности процесса и обязательная взаимосвязь с учениками – молодыми помощниками или студентами. Он не любил издавать свои лекции, потому что придавал значение тембу го-

лоса, «артистизму» изложения, личности лектора в целом, умению подчинить себе слушателей остроумием. Все это, по мнению ученого, пропадает при записи на бумаге. Читая лекции, Давыдовский не стоял, а сидел и не «вещал», а беседовал со слушателями, делал паузы, задавал вопросы как бы самому себе, дав слушателям возможность сосредоточиться и подумать, затем сам отвечал на поставленный вопрос; иногда он высказывал дискуссионные положения, отражающие его научные споры с оппонентами, продолжая вслух поиски истины. В шутку он говорил студентам: «Не записывайте мои лекции слишком тщательно, я при этом вижу лишь ваши затылки, и вы работаете больше спинным мозгом, а мне надо видеть ваши лица, глаза и будить вашу мысль». Будить мысль... Это было самое главное для И.В. Давыдовского в преподавании. Любыми изречениями Ипполита Васильевича были такие: «Лекция – это далеко не только информация», «Диссертация – это не эрудиция» [7]. Никогда ни один факт он не излагал без объяснения его значения в патогенезе болезни, клинической картине или в аспекте общепсихологической значимости, сопоставления с природой в целом. При этом высказывались настолько яркие и остроумные суждения, что они запоминались на всю жизнь. Безусловно, в этом огромную роль играл его талант оратора и колоссальный, спрятанный за внешней сдержанностью, но вырывающийся наружу темперамент ученого. Об эмоциональности Ипполита Васильевича, например, свидетельствует тот факт, что перед лекцией он волновался и говорил: «Когда перестану волноваться перед лекцией, перестану их читать».

Однажды на своем юбилее в больнице имени «Медсантруд» (ныне ГКБ имени И.В. Давыдовского в Москве) Ипполит Васильевич высказал такую мысль: «наука, педагогика и прозектура представляют собой одно трехэтажное здание с хорошо сообщающимися этажами. На верхнем этаже располагается наука: здесь стоит сквозняк, в окна то влезают, то вылетают новые идеи, факты. Наиболее веские из них спускаются на второй этаж, где находится педагогика. Здесь они подвергаются критическому осмыслению, так как

педагоги шире знакомы со всем предметом в целом, их обязывает программа. Выдержавшие обсуждение идеи оседают на нижнем этаже, в прозектуре, где проверяются практикой и, проверенные, выходят в виде рекомендаций в практическое здравоохранение. Их применение в клинике вызывает новые вопросы и требует новых исследований» [7].

После войны И.В. Давыдовский оставался ведущим организатором патологоанатомической службы в стране, являлся руководителем научного общества патологоанатомов, съездов и конференций. В 1944 году избран академиком Академии медицинских наук СССР, был её вице-президентом (1946—1950 гг. и 1957—1960 гг.) и членом президиума. С 1955 года — редактор журнала «Архив патологии». С 1965 года — почётный председатель Всесоюзного общества патологоанатомов. Подготовил

13 докторов и 38 кандидатов медицинских наук, более сотни врачей [7]. Ипполит Васильевич Давыдовский умер 11 июня 1968 года (на 81-м году жизни) и был похоронен на Новодевичьем кладбище в Москве. В столице ученому установлен памятник (рис. 2).

Резюмируя, отметим, что И.В. Давыдовский был одним из выдающихся ученых XX столетия, его взгляды, идеи и цели во многом выходят за рамки сегодняшнего дня. Многие идеи академика опережали уровень развития науки, находят свое подтверждение в последующих исследованиях, стимулируют прогресс научной мысли. Во всем творчестве И.В. Давыдовского прослеживается поразительная способность очищать от смысловой «шелухи» явления, представляющиеся необычайно сложными, и выводить ясные, четкие закономерности в патологии.

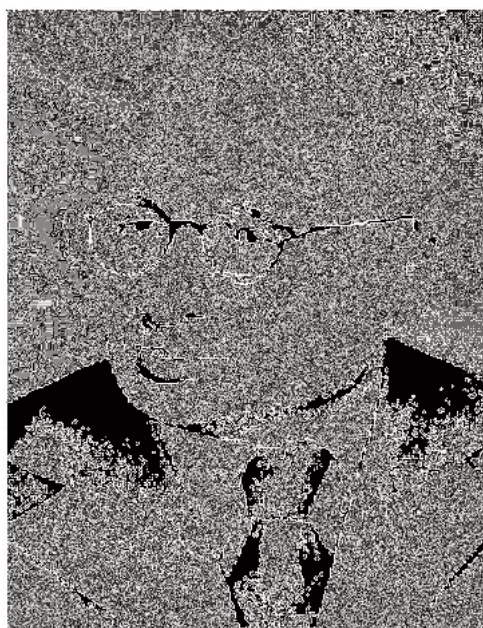


Рис. 1. Академик И.В. Давыдовский



Рис. 2. Памятник И.В. Давыдовскому в Москве

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдовский И.В. Н.И. Пирогов как патолог. – Пироговские чтения. 1954. М.: Медгиз. 1956: 57.
2. Давыдовский И.В. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека, т. 1—2, М., 1956—1958; 692 с.
3. Давыдовский И.В. Геронтология. - М.: Медицина - 1966 - с. 300.

4. Давыдовский И.В. Общая патология человека, М., 1969; 612 с.
5. Давыдовский И.В. Избранные лекции по патологии, М., 1975. 72 с.
6. Саркисов Д.С., Смольянный А.В. И.В. Давыдовский и современность. Архив патологии. 1988. Том L. № 3. 3 – 8.
7. Чекарева Г.А., Мишнев О.Д. И.В. Давыдовский. М.: Медицина; 1980: 80 с.

Для корреспонденции: **Моргошия Темури Шакроевич** – 197345 Санкт-Петербург, ул. Туристская 15-1-114. Тел. 8-905-207-05-38. E-mail: temom1972@mail.ru
Orsid.org/ 0000-0003-3838-177X

**Н.Н. ТРАПЕЗНИКОВДУН ӨМҮРҮ ЖАНА ИЛИМИЙ МУРАСЫ
(1928 – 2001) (АКАДЕМИКТИН 90-ЖЫЛДЫГЫНА АРНАЛГАН)**

Моргошия Т.Ш.

«Хирургиялык жумуш эки элементтен турат: кол кыймылынын искусствосу жана илимий ой жүгүртүү бири-бирисиз пайдасыз».

С. С. Юдин

Профессор, А.А. Русанов атындагы факультеттик хирургия кафедрасы, Россия салматтык сактоо министрлигинин «Санкт-Петербург мамлекеттик педиатрия медициналык университети» Федералдык мамлекеттик бюджеттик жогорку билим берүү мекемеси;

Корутунду: Беренесинде белгиленгендей, жетекчилиги астында Н.Н. Трапезникова иштелип чыккан оригиналдуу ата мекендик титановые эндопротезы тизе, ийин жана тазобедренного муундардын, алар толугу менен восстанавливают функциясын буттун жана ошол эле мезгилде кыйла кыйла арзан караганда, алардын чет өлкөгө окшоштуктары. 1974-жылы ал шайланат мүчө-корреспонденти Академиясынын медицина илимдеринин СССРДИН, ал эми 1978-жылы – анык мүчөсү АМН СССРДИН (1992-жылдан тартып – РАМН). 1977-жылы Н.Н. Трапезникову тобу менен авторлоштордун иш экспериментальному негиздөө, клиникалык иштеп чыгуу жана практикага киргизүү ыкмасын ири костных аллотрансплантатов адам болгон берилди СССРДИН Мамлекеттик сыйлыгы. Өзгөчө белгилеп кетүү зарыл, мындан ары ийгиликтүү өнүктүрүү, ушул багыттагы онкология-жылы эки жолу белгиленген сыйлыктар менен АМН СССР мамлекеттик ишмер Н.Н. Петрова (1980, 1987). Показано аягында 1970-х – баштоо 1980-жылдардын цикли жаатындагы иштин иммунодиагностики, иммунотерапии жана иммунохимиотерапии опухолей выдвинул Николай Николаевича бир катар жакын көрүнгөн клиникалык иммунологов. Кыйла маанилүү бөлүмдөрү ушул багыттары кирет өзгөчө жана неспецифическая иммунотерапия злокачественных опухолей, иммунохимиотерапия жана алдын алуу метастазирования караштуу меланомах теринин, иммунотерапия активированными лимфоцитами бейтаптын. Талданат, анткени ошол мезгилде пайдалануу интерлейкинов болгон таптакыр жаңы мамиле жасоо дарылоодо рактан. Акыркы жылдары Н.Н. Трапезников убактылуу өкмөттө иштөө боюнча эндопротезированию сөөктөрдүн жана муундардын оорулары менен ооруган бейтаптарда менен костными опухолями. Кеңири колдонуу алышты эндопротезы тизе жана тазобедренного муундардын, диафиза сан сөөктүн, проксималдык аягына ийиндин бири жаңы изопластического материалды мүмкүндүк берет биздин күндөрдө чечүүгө бир катар проблемаларды туруктуу катталган имплантатов. Показана колдонуунун пайдалуулугу максатка ылайыктуулугун комплекстүү мамилени терапия пайдалануу менен органосохраняющих оперативдик кийлигишүүлөрдүн, высокоактивных противоопухолевых препараттарды, нур терапиясы, таасир иммунный статусу организмдин.

Негизги сөздөр: Н.Н. Трапезников, өмүр баяны, шишиктер сөөктөрдүн, сөөк аллотрансплантаты, иммунодиагностика, иммунотерапия опухолей, саркомы, меланома теринин, эндопротезирование сөөктөрдүн нарын онкология.

**ЖИЗНЬ И НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ Н.Н. ТРАПЕЗНИКОВА (1928 – 2001)
(К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ АКАДЕМИКА)**

Моргошия Т.Ш.

«Хирургическая работа складывается из двух элементов: искусства рукоделия и научного мышления, которые одно без другого являются бесплодными».

С. С. Юдин

Кафедра факультетской хирургии имени профессора А.А. Русанова, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России; Санкт-Петербург, Российская Федерация.

Аннотация: В статье отмечено, что под руководством Н.Н. Трапезникова были разработаны оригинальные отечественные титановые эндопротезы коленного, плечевого и тазобедренного суставов, которые полностью восстанавливают функцию конечности и в то же время значительно более дешевые, чем их зарубежные аналоги. В 1974 году он избирается членом-корреспондентом Академии медицинских наук СССР, а в 1978 году – действительным членом АМН СССР (с 1992 года – РАМН). В 1977 году Н.Н. Трапезникову с группой соавторов за работу по экспериментальному обоснованию, клинической разработке и внедрению в практику метода крупных костных аллотрансплантатов человека была присуждена Государственная премия СССР. Следует особо отметить, что в дальнейшем успешное развитие этого направления онкологии было дважды отмечено премиями АМН СССР имени Н.Н. Петрова (1980, 1987). Показано, что в конце 1970-х – начале 1980-х годов цикл работ в области иммунодиагностики, иммунотерапии и иммунохимиотерапии опухолей выдвинул Николая Николаевича в ряд видных клинических иммунологов. К наиболее важным разделам этого направления относятся специфическая и неспецифическая иммунотерапия злокачественных опухолей, иммунохимиотерапия и профилактика метастазирования при меланомах кожи, иммунотерапия активированными лимфоцитами больного. Анализируется, что в тот период использование интерлейкинов было совершенно новым подходом в терапии рака. В последние годы Н.Н. Трапезников возглавлял работы по эндопротезированию костей и суставов у больных с костными опухолями. Широко применение получили эндопротезы коленного и тазобедренного суставов, диафиза бедренной кости, проксимального конца плеча из нового изопластического материала, что позволяет в наши дни решать ряд проблем стабильной фиксации имплантатов. Показана целесообразность применения комплексного подхода к терапии с использованием органосохраняющих оперативных вмешательств, высокоактивных противоопухолевых препаратов, лучевой терапии, воздействия на иммунный статус организма.

Ключевые слова: Н.Н. Трапезников, биография, опухоли костей, костные аллотрансплантаты, иммунодиагностика, иммунотерапия опухолей, саркомы, меланома кожи, эндопротезирование костей в онкологии.

**LIFE AND SCIENTIFIC HERITAGE N.N. TRAPEZNIKOVA (1928 - 2001)
(TO THE 90TH ANNIVERSARY OF THE BIRTHDAY OF THE ACADEMICIAN)**

Morgoshiia T. Sh.

The Department of Faculty Surgery named after Professor A. A. Rusanov, St. Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, the Russian Federation.

Abstract: In the article it is noted that under the leadership of N.N. Trapeznikova developed original domestic titanium knee, shoulder and hip joint endoprostheses, which completely restore limb function and at the same time are much cheaper than their foreign counterparts. In 1974 he was elected a corresponding member of the Academy of Medical Sciences of the USSR, and in 1978 - a full member of the Academy of Medical Sciences of the USSR (since 1992 - RAMS). In 1977, N.N. Trapeznikov and a group of co-authors were awarded the State Prize of the USSR for work on the experimental substantiation, clinical development and introduction of the method of large bone allografts into practice. It should be specially noted that in the future successful development of this area of oncology was twice marked by the awards of the USSR Academy of Medical Sciences named after N.N. Petrova (1980, 1987). It is shown that in the late 1970s and early 1980s, a series of works in the field of immunodiagnosics, immunotherapy and immunochemotherapy of tumors promoted tumors, immunochemotherapy and prevention of metastasis in skin melanomas Nikolai Nikolaevich to a number of prominent clinical immunologists. The most important sections of this area include specific and non-specific immunotherapy of malignant, immunotherapy with activated lymphocytes of the patient. It is analyzed that at that time the use of interleukins was a completely new approach to cancer therapy. In recent years, N.N. Trapeznikov led the work on endoprosthetics of bones and joints in patients with bone tumors. Widespread use of endoprostheses of the knee and hip joints, the diaphysis of the

femur, the proximal end of the shoulder from a new isoplastic material, which allows us today to solve a number of problems of stable fixation of implants. The expediency of using the complex approach to therapy with the use of organ-preserving surgical interventions, highly active antitumor drugs, radiation.

Key words: *N.N. Trapeznikov, biography, bone tumors, bone allografts, immunodiagnostics, tumor immunotherapy, sarcomas, skin melanoma, bone endoprosthetics in oncology.*

Введение.

Николай Николаевич Трапезников принадлежит к тем людям, чей большой творческий труд достоин внимательного изучения. Любовь к отечественной науке – отличительная черта его деятельности как ученого, организатора, клинициста и преподавателя. Более 35 лет Н. Н. Трапезников возглавлял и бессменно руководил отделением общей онкологии Российского онкологического научного центра имени Н.Н. Блохина, придерживаясь передовых взглядов на содержание и значение этого предмета.

Н.Н. Трапезников родился 21 мая 1928 года в Горьком. Отец - Трапезников Николай Иванович. Мать - Трапезникова Елизавета Николаевна. В юности Николай Николаевич активно занимался спортом: лыжами, волейболом, баскетболом (был капитаном команды института, чемпионом города Горький). С молодости увлекался историей. Выбор врачебной профессии для Н.Н. Трапезникова был в какой-то мере случайным. Его отец, выпускник Томского политехнического института, с 1940 года работал главным инженером по коммунальному хозяйству на строительстве Куйбышевского авиационного завода. С авиацией довелось столкнуться и самому Николай Николаевичу: в 1943 году, в самый разгар Великой Отечественной войны, его, только что окончившего 7-й класс, направили в Куйбышевскую военно-воздушную авиационную школу, в которой он проучился до конца войны. 10-й класс Николай окончил в родном Горьком и сразу столкнулся с трудным вопросом - куда поступать: в политехнический или в медицинский. Пришлось прибегнуть к помощи жребия...

В 1952 году Н.Н. Трапезников с отличием окончил лечебный факультет Горьковского государственного медицинского института имени С.М. Кирова и поступил в клиническую ординатуру. В стенах Института экспериментальной и клинической онкологии Академии медицинских наук СССР (ныне -

Российский онкологический научный центр имени Н.Н. Блохина РАМН) прошло его становление как врача и ученого под руководством академика Н.Н. Блохина. Здесь он работал младшим научным сотрудником, старшим научным сотрудником, ученым секретарем института. В 1956 году им была защищена кандидатская диссертация на тему "Сравнительная оценка материалов для хирургических швов и лигатур". В этот период у Н.Н. Трапезникова сложился интерес к той области онкологии, развитию которой была посвящена вся его дальнейшая научная деятельность - опухолям костей и мягких тканей. Под его руководством началась работа по поиску новых подходов к терапии этих злокачественных новообразований, основным методом лечения которых тогда был хирургический. Им были разработаны принципы применения регионарной внутриартериальной химиотерапии при саркомах конечностей, что позволило значительно улучшить результаты выживаемости больных [1, 2].

Полученные в результате комплексной клинико-экспериментальной работы материалы были обобщены и изложены в 1964 году в докторской диссертации на тему "Лечение первичных опухолей костей" [3]. Под руководством и при непосредственном участии Н.Н. Трапезникова были разработаны показания к проведению сохраняющих операций при новообразованиях костей. Были убедительно показаны возможности химиотерапии при лечении метастазов остеогенной саркомы [4]. В 1965 году Н.Н. Трапезников возглавил и с этого времени бессменно руководил отделением общей онкологии Российского онкологического научного центра. В 1967 году ему присвоено ученое звание профессора по специальности "онкология". Радикальное лечение злокачественных опухолей опорно-двигательного аппарата в большинстве своих схем обязательно включает выполнение обширных операций, часто калечащих и приводящих к инвалидности. В своих многочислен-

ных работах Н.Н. Трапезников разработал принципы восстановительного лечения таких больных [5]. Коллектив клиники общей онкологии разработал и внедрил методики экзпресс-протезирования после ампутаций и эндопротезирования. До цикла этих исследований проведение протезирования крупных суставов при онкологической патологии практически не применялось. Такой подход значительно ускорил процесс реабилитации пациентов и во многих случаях позволил даже восстановить их полную трудоспособность [6].

Под руководством Н.Н. Трапезникова были разработаны оригинальные отечественные титановые эндопротезы коленного, плечевого и тазобедренного суставов, которые полностью восстанавливают функцию конечности и в то же время значительно более дешевые, чем их зарубежные аналоги. Оригинальность ряда созданных конструкций была подтверждена тремя авторскими свидетельствами на изобретения. Приоритетность, актуальность и высокая эффективность исследований и разработок, возглавляемых Н.Н. Трапезниковым, были высоко оценены научно-медицинской общественностью страны. В 1974 году он избирается членом-корреспондентом Академии медицинских наук СССР, а в 1978 году – действительным членом АМН СССР (с 1992 года - РАМН) [1].

В 1977 году Н.Н. Трапезникову с группой соавторов за работу по экспериментальному обоснованию, клинической разработке и внедрению в практику метода крупных костных аллотрансплантатов человека была присуждена Государственная премия СССР. Следует особо отметить, что в дальнейшем успешное развитие этого направления онкологии было дважды отмечено премиями АМН СССР имени Н.Н. Петрова (1980, 1987).

Н.Н. Трапезникову было свойственно стремление к проведению широкомасштабных и мультидисциплинарных исследований в области онкологии. В конце 1970-х – начале 1980-х годов цикл работ в области иммунодиагностики, иммунотерапии и иммунохимиотерапии опухолей выдвинул Николая Николаевича в ряд видных клинических иммунологов. К наиболее важным разделам этого направления относится специфическая

и неспецифическая иммунотерапия злокачественных опухолей, иммунохимиотерапия и профилактика метастазирования при меланомах кожи, иммунотерапия активированными лимфоцитами больного. В тот период использование интерлейкинов было совершенно новым подходом в терапии рака. Он возглавил кооперированное изучение эффективности различных методов лечения меланомы кожи и сарком [7]. Достижения в клинико-экспериментальной области онкологии привели к избранию Н.Н. Трапезникова в 1997 году действительным членом (академиком) Российской академии наук по Отделению физиологии. В последние годы Н.Н. Трапезников возглавлял работы по эндопротезированию костей и суставов у больных с костными опухолями. Широкое применение получили эндопротезы коленного и тазобедренного суставов, диафиза бедренной кости, проксимального конца плеча из нового изопластического материала, что позволяет в наши дни решать ряд проблем стабильной фиксации имплантатов [8, 9].

Разрабатываются сохранные операции у больных с первичными и рецидивными опухолями костей таза. Проведен анализ лечения сарком мягких тканей по различным схемам на протяжении длительного периода работы Отделения общей онкологии. Показана целесообразность применения комплексного подхода к терапии с использованием органосохраняющих оперативных вмешательств, высокоактивных противоопухолевых препаратов, лучевой терапии, воздействия на иммунный статус организма. Применение современных схем химиотерапии при проведении сохранных операций по поводу остеогенных сарком позволило повысить 5-летнюю выживаемость больных с 10 – 12 до 50 процентов. Среди внедренных разработок последних лет выделяется метод внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза спице-стержневыми аппаратами типа Илизарова для лечения патологических переломов трубчатых костей. Совместно с кафедрой травматологии и ортопедии Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова была разработана методика оперативного вмешательства для декомпрессии спинного мозга при метастатическом поражении позвоноч-

ника. Успешно продолжается внедрение методов костной, мышечной и сосудистой пластики при хирургическом лечении сарком костей и мягких тканей.

Достиженные в этом направлении результаты в 1999 году были отмечены присуждением авторскому коллективу под руководством Н.Н. Трапезникова Государственной премии РФ в области науки и техники за работу "Разработка и внедрение в клиническую практику комбинированных методов лечения остеогенной саркомы" [1, 8].

Как руководитель крупнейшего в России и в Европе онкологического центра (с 1993 года) Н.Н. Трапезников не мог стоять в стороне от решения методических вопросов, связанных с организацией противораковой борьбы. Годы работы в Международном противораковом союзе, тесные контакты с зарубежными коллегами из стран Европы и США, прекрасное знание ситуации с онкологической заболеваемостью и работой онкологической сети в России привели его к мысли о необходимости создания Российского противоракового общества. Оно было образовано в 1994 году как независимая и непрофессиональная организация, ставящая целью привлечь широкую общественность к решению проблем рака. Были определены главные приоритеты в организации противораковой борьбы, позволяющие достаточно быстро и реально снизить показатели заболеваемости и смертности. Среди них главным является первичная профилактика злокачественных опухолей, включая борьбу с курением и проведение антитабачной пропаганды. Среди других направлений этой деятельности Н.Н. Трапезников выделял вторичную профилактику (раннее выявление рака путем проведения скрининговых программ), стимулирование фундаментальной науки, связанной с установлением причин и механизмов развития опухоли, дальнейшее совершенствование методов диагностики и лечения онкологических больных, вопросы информационного обеспечения и подготовки кадров для онкологической сети России. Причем перечисление данных приоритетов находится в том порядке, в котором они, как подчеркивал Н.Н. Трапезников, вносят свой вклад в улучшение показателей заболеваемости и выжи-

ваемости больных. Большое место в жизни профессора занимала и его деятельность в качестве педагога. С 1975 года он являлся заведующим кафедрой онкологии Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова, находящейся на базе РОНЦ РАМН, и по традиции каждый учебный год начинался с вводной лекции заведующего кафедрой о достижениях и перспективах развития онкологии. Тысячи выпускников академии впервые познакомились с онкологией именно на этой кафедре, а для некоторых она определила всю дальнейшую жизнь – они стали онкологами.

Н.Н. Трапезников постоянно уделял много внимания воспитанию и подготовке специалистов и научных кадров. Ежегодно в Отделении общей онкологии приходят обучение в ординатуре и аспирантуре молодые врачи из многих регионов России и стран СНГ. Под его руководством выполнено более 40 докторских и 50 кандидатских диссертаций. Среди его учеников директора и ректора институтов, более 10 профессоров, заведующие кафедрами и клиническими отделениями.

С 1992 года на базе РОНЦ РАМН работает московское отделение Европейской школы по онкологии (ЕШО), которое ежеквартально проводит курсы по различным аспектам клинической онкологии для специалистов-онкологов. Н.Н. Трапезников являлся региональным руководителем и научным координатором деятельности ЕШО в России и странах СНГ [2, 6].

Н.Н. Трапезников – автор 10 монографий, учебника по онкологии для студентов медицинских институтов, около 400 научных публикаций. Обладая незаурядными организаторскими способностями, он выполнял большую научно-организационную работу. Он являлся руководителем онкологического направления ГНТП "Национальные приоритеты в медицине и здравоохранении", председателем Межведомственного научного совета по проблеме "Злокачественные новообразования", членом президиума Всероссийского научного общества онкологов, главным онкологом Медицинского центра при Управлении делами Президента РФ, членом ряда медицинских, хирургических и онкологических

обществ и фондов стран Европы и США. Под его руководством в 1990 году был создан научно-практический журнал "Вестник ОНЦ РАМН", главным редактором которого он был до последних дней своей жизни. Н.Н. Трапезников являлся также членом редакционных советов нескольких отечественных и зарубежных журналов.

Н.Н. Трапезников был вице-президентом Международного противоракового союза (UISS), одним из создателей Международного Меланомного комитета ВОЗ, руководителем Координационного центра по онкологии СЭВ. Он стал инициатором создания сначала Совета директоров, а в январе 1994 года - Ассоциации онкологических и рентгенорадиологических институтов стран СНГ. Более 1000 участников 1-го съезда онкологов стран СНГ, состоявшегося в декабре 1996 года, избрали Н.Н. Трапезникова президентом этого научного форума. Под его научным руководством был проведен и 2-й съезд ассоциации (2000, Киев).

Заслуги Н.Н. Трапезникова в области организации противораковой борьбы и достижения в его клинической деятельности были отмечены высокими государственными наградами – орденами Октябрьской Революции (1989), Трудового Красного Знамени (1981), Октябрьской Революции (1989), Дружбы Народов и Почета (1994), "За заслуги перед Отечеством" III степени (1998), многими медалями СССР и России, а также зарубежными наградами [1]. Николай Николаевич скончался 27 сентября 2001 года. Он любил преподавательскую деятельность и, помимо чтения курса, вел практические занятия со студентами и врачами. Много читал, всегда знал последние новинки хирургии и онкологии, отлично излагал свои мысли, что широко и с успехом использовал на лекциях.

Отечественные врачи любовно чтят память о достойнейших представителях Советской и Российской медицины и среди них о талантливом ученом и большом патриоте – Николае Николаевиче Трапезникове.



Фото 1. Академик Николай Николаевич Трапезников

ЛИТЕРАТУРА

1. Академик Николай Николаевич Трапезников (к 70-летию со дня рождения) // Вопросы онкологии. 1998: Т. 44: №3; 363 – 365. Akademik Trapeznikov Nikolay Nikolayevich (k 70-letiyu so dnya rozhdeniya). [Academician Trapeznikov Nikolai Nikolaevich (on the occasion of his 70th birthday)] // Ros. onkol. zhurn. 1998: №3; 79 – 80.
2. Николай Николаевич Трапезников (21.05.1928 – 27.09.2001) // Вопросы онкологии.

2001: Т. 47: №6; 769 (редколлегия, редакционный совет и редакция журнала «Вопросы онкологии»). Nikolay Nikolayevich Trapeznikov (21.05.1928 – 27.09.2001) [Nikolai Nikolaevich Trapeznikov (21.05.1928 - September 27, 2001)] // Voprosy onkologii. 2001: Т. 47: №6; 769 (redkollegiya, redaktsionnyy sovet i redaktsiya zhurnala «Voprosy onkologii»).

3. Лечение первичных опухолей костей. Дисс. док. М., 1964; 500. Lecheniye pervichnykh opukholey kostey [Treatment of primary bone

tumors]. Diss. Dok.M., 1964; 500.

4. Региональная длительная внутриартериальная химиотерапия злокачественных опухолей / С. А. Гаспарян, Г. Е. Островерхов, Н. Н. Трапезников. – Москва : Медицина, 1970; 208.

Regional'naya dlitel'naya vnutriarterial'naya khimioterapiya zlokachestvennykh opukholey / S. A. Gasparyan, G. Ye. Ostroverkhov, N. N. Trapeznikov [Regional long-term intraarterial chemotherapy of malignant tumors] – Moskva : Meditsina, 1970; 208.

5. Восстановительное лечение больных после операций по поводу опухолей опорно-двигательного аппарата / Н. Н. Трапезников, В. Н. Герасименко, А. Т. Амирасланов. – Ташкент : Медицина, 1981; 174. Vosstanovitel'noye lecheniye bol'nykh posle operatsiy po povodu opukholey oporno-dvigatel'nogo apparata [Restorative treatment of patients after surgery for tumors of the musculoskeletal system] / N. N. Trapeznikov, V. N. Gerasimenko, A. T. Amirasanov. – Tashkent : Meditsina, 1981; 174.

6. Академик Трапезников Николай Николаевич (к 70-летию со дня рождения) // Рос. онкол. журн. 1998: №3; 79 – 80. Akademik Trapeznikov Nikolay Nikolayevich (k 70-letiyu so dnya rozhdeniya). [Academician Trapeznikov

Nikolai Nikolaevich (on the occasion of his 70th birthday)] // Ros. onkol. zhurn. 1998: №3; 79 – 80.

7. Пигментные невусы и новообразования кожи / Н. Н. Трапезников, А. С. Рабен, В. В. Яворский, Г. Б. Титинер. – Москва : Медицина, 1976; 176. Pigmentnyye nevusy i novobrazovaniya kozhi / N. N. Trapeznikov, A. S. Raben, V. V. Yavorskiy, G. B. Titiner [Pigmentary nevi and skin lesions] – Moskva : Meditsina, 1976; 176.

8. Первичные опухоли костей таза / Н. Н. Трапезников, Т. М. Григорова. – Москва : Медицина, 1978; 190. Pervichnyye opukholi kostey taza / N. N. Trapeznikov, T. M. Grigorova [Primary tumors of pelvic bones] – Moskva : Meditsina, 1978; 190.

9. Злокачественные опухоли мягких тканей конечностей и туловища. Н.Н.Трапезников, И. Т. Кныш, А. А. Клименков, И. М. Кострыба. Киев: Здоров'я, 1981; 198. Zlokachestvennyye opukholi myagkikh tkaney konechnostey i tulovishcha. N.N.Trapeznikov, I. T. Knysh, A. A. Klimenkov, I. M. Kostryba [Malignant tumors of soft tissues of extremities and trunk]. Kiyev: Zdorov'ya, 1981; 198.

*Для корреспонденции: Моргошия Темури Шакроевич –
194100 Санкт-Петербург; Литовская улица, дом 2, Российская Федерация.
Тел. 8-905-207-05-38. E-mail: temom1972@mail.ru
Orsid.org/ 0000-0003-3838-177X*

МАЗМУНУ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS
АЛДЫНКЫ БЕТИ / ПЕРЕДОВАЯ / EDITORIAL

4 **Мамасаидов А.Т., Салиева Р.Ш., Маматова С.М., Сакибаев К.Ш., Мамасаидова Г.М.** *Ревматоид артритиндеги бронхиолитти дарылоодо базистик сезгенүүгө каршы жана гендик-инженердик биологиялык каражаттар. / Базисные противовоспалительные и генно-инженерные биологические препараты в терапии бронхиолита при ревматоидном артрите. / The disease modifying anti-rheumatic drugs and genetically engineered biological agents in the treatment of bronchiolitis in rheumatoid arthritis.*

КЛИНИКАЛЫК МЕДИЦИНА / КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА / CLINICAL MEDICINE

9 **Омурзаков Б.А., Логвиненко М.Ю., Аматов Д.А.** *Балдардын гемангиома оорусунун дарылоосунун натыйжалуулугу. / Эффективность лечения гемангиом наружных покровов у детей. (лечение гемангиом у детей) / Efficiency of treatment of the hemangioma of external cover in children. (treatment of hemangiomas in children).*

13 **Имакеев Н.А., Ырысов К.Б., Медведев М.А.** *Баи мээ шишиктеринен жабыркаган бейтаптарды дарылоонун натыйжалары жана көрүү функциясынын динамикасы. / Результаты лечения больных с опухолями головного Мозга и динамика зрительных функций. / Results of surgery for supratentorial brain tumors and dynamics of visual function.*

19 **А. Ибраимова, А. Кадыралиева, Д. Косимова, Г. Ибраева, М. Аблезова.** *Кыргыз республикасында кургак учука чалдыккан бейтаптарды өз убагында диагностикалоого жана дарыланууга умтулуусуна социалдык-экономикалык факторлордун, анын ичинде гендердик аспектилердин тийгизген таасирин баалоо. / Оценка влияния социоэкономических факторов, включая гендерные аспекты, на своевременность диагностики и приверженность к лечению тб пациентов в Кыргызской Республике. / An assessment of socioeconomic factors, including gender, contributing to diagnostic delay and treatment non-adherence among tuberculosis patients in the Kyrgyz Republic.*

27 **Бекиева Г. Ж. Мырзаахматова А.К. Баитова Г.М. Бримкулов Н.Н.** *Прокальцитонин ооруканадан сырткары өпкөнүн сезгенүүсүн тактаган баалуу биологиялык маркер. / Прокальцитонин как важный биологический маркер воспаления у больных с внебольничной пневмонией. / Procalcitonin as a valuable biological marker of inflammation in patients with community-acquired pneumonia.*

ПРОФИЛАКТИКАЛЫК МЕДИЦИНА / ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА / PREVENTATIVE MEDICINE

35 **Атамбаева Р.М., Бапалиева Г.О, Эсенаманова М.К., Эрбаев А.Т.** *Ашкана жана дарылык ашкана табигый минералдык суулардын курамына жана сапатына гигиеналык баа берүү. / Гигиеническая оценка состава и качества столовой и лечебно-столовой природной минеральной воды. / Hygienic assessment of the composition and quality of the dining and medical-dining room of natural mineral water.*

40 **Эрбаев А.Т. Д. Асанов атындагы аскердик лицейдин курсанттарынын физикалык жактан өсүшүнө эсептик көрсөткүч менен баа берүү. / Оценка физического развития курсантов военного лицея им. Д. Асанова с использованием расчетных индексов. / Evaluation of physical development of courses of the military liceum them. D. Asanov with the use of calculated indexes.**

45 **Заирова И.Т., Орозбекова Б.Т.** *Урогениталдык микоплазма инфекциясы: эпидемиологиялык, клиникалык жана диагностикалык өзгөчөлүктөрү. / Урогенитальная микоплазменная инфекция: особенности эпидемиологии, клиники и диагностики. / Urogenital mikoplazmennyy infection: features of epidemiology, clinic and diagnostics.*

СӨЗДӨР ЖАНА ДАРСТАР / ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ / REVIEWS AND LECTURES

50 **Далбаева Б.Ж., Иманказиева Ф.И.** *Окуу программаларын модернизациялоо шарттарында акушердик жана гинекология боюнча өндүрүштүк практиканы уюштуруу. / Организация производственной практики по акушерству и гинекологии в условиях модернизации учебных программ. / The organization of a work practice for obstetrics and gynecology in the conditions of upgrade of training programs.*

ЖЫЛДЫК / ЮБИЛЕЙ / ANNIVERSARY

54 Моргошия Т.Ш. АКАДЕМИК ИППОЛИТ ВАСИЛЬЕВИЧ ДАВЫДОВСКИЙДИ (1887 – 1968) (каза болгонуна 50-жыл) эскерүү./ ПАМЯТИ АКАДЕМИКА ИППОЛИТА ВАСИЛЬЕВИЧА ДАВЫДОВСКОГО (1887 – 1968) (к 50-летию со дня смерти). / MEMORY OF THE ACADEMICIAN OF IPPOLITA VASILIEVICH DAVYDOVSKY (1887 - 1968) (to the 50th anniversary of the day of death)

62 Моргошия Т.Ш. Н.Н. ТРАПЕЗНИКОВДУН ӨМҮРҮ ЖАНА ИЛИМИЙ МУРАСЫ (1928 – 2001) (академиктин 90-жылдыгына арналган). / ЖИЗНЬ И НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ Н.Н. ТРАПЕЗНИКОВА (1928 – 2001) (к 90-летию со дня рождения академика). / LIFE AND SCIENTIFIC HERITAGE N.N. TRAPEZNIKOVA (1928 - 2001) (to the 90th anniversary of the birthday of the academician)

Научно-практический журнал
“Здравоохранение Кыргызстана”
№4 2018
декабрь
Издается с 1938года

Адрес редакции:
720005
Кыргызская Республика
г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра 34
Ежеквартальный тираж: 200экз.
Заказ №3

Отпечатано в типографии:
ОсОО “Алтын Принт”
Кыргызская Республика
г. Бишкек ул. Орозбекова 44

КӨРСӨТМӨ № 770 14.09.18-жс.

«Кыргызстандын саламаттык сактоосу»
илимий - практикалык журналына жазылуу жөнүндө

Кыргыз Республикасынын медицина илиминдеги акыркы маалыматтарды алуу жана жаңы илимий иштер менен үзгүлтүксүз таанышып туруу максатында

1. Саламаттык сактоо уюмдарынын жана медициналык билим берүү мекемелеринин жетекчилерине:

1.1. көрсөтмөдөгү тиркемеге ылайык 2019-жылга «Кыргызстандын саламаттык сактоосу» илимий - практикалык журналына жазылуу жүргүзсүн (жазылуу индекси №77316, «Кыргыз почтасы», журналдын бир номеринин баасы 750 сом, квартал сайын чыгат);

Мөөнөтү: биринчи жарым жылдыкта
2018-жылдын 17 - сентябрынан
31- декабрына чейин;

экинчи жарым жылдыкта 2019-жылдын
1- апрелинен 30- июнуна чейин.

1.2. жазылуунун жыйынтыгы жөнүндө «Кыргызстандын саламаттык сактоосу» илимий - практикалык журналынын редакциясынын zdrav.kg@mail.ru. электрондук почтасына билдирилсин.

Мөөнөтү: биринчи жарым жылдыкта
2019-жылдын январь айынын ичинде;
экинчи жарым жылдыкта 2019-жылдын
июль айынын ичинде.

2. Бул көрсөтмөнүн аткарылышын көзөмөлдөө АРжУИБ начальниги А.С. Ешходжаевага жүктөлсүн.

Министр

К.С. Чолпонбаев

Сведения для авторов

Требования к оформлению статей, представляемых для публикации в научно-практическом журнале «Здравоохранение Кыргызстана»

Принимаются материалы по следующим рубрикам:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| ❖ Передовая | ❖ Обзоры и Дискуссии |
| ❖ Оригинальные исследования | ❖ История медицины |
| ❖ Клиническая медицина | ❖ Помощь практическому врачу |
| ❖ Профилактическая медицина | ❖ Юбилей |
| | ❖ Информация и хроника |

При оформлении статей для публикации в научно-практическом журнале «Здравоохранение Кыргызстана» просим придерживаться следующих правил:

1. Статья должна сопровождаться официальным направлением учреждения, в котором проведена данная работа, на первой странице необходима виза научного руководителя, заверенная круглой печатью учреждения. Статья должна быть собственноручно подписана всеми авторами.
2. Стоимость публикации статьи - 250 сом за одну страницу для граждан КР, 500 сом для иностранных граждан, оформленную согласно требованиям (см. ниже). Минимальный объем статьи – 5 страниц, максимальный - не более 10 страниц. Превышение допускается до 15 страниц, каждая страница за дополнительную плату (1000 сом). Стоимость авторского экземпляра – 500 сом.

Заявка на публикацию должна содержать:

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

Требования к оформлению статей

Текстовый редактор –Microsoft Word.

Формат – А4.

Поля – 2 см со всех сторон.

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

Размер шрифта – 14.

Межстрочный интервал – 1,5.

Абзацный отступ – 1,25.

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

Редактор формул – пакет Microsoft Office (MathType).

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

УДК.

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

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

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

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

Текст статьи – выравнивание по ширине.

Фамилии и инициалы.

Ссылки в тексте статьи заключаются в квадратные скобки

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

Дополнительную информацию о научно-практическом журнале «Здравоохранение Кыргызстана» можно получить по адресу: г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34, НПО «Профилактическая медицина», 1 этаж, редакция журнала "Здравоохранение Кыргызстана"

Конт. тел.: 0312 544575; 0700 737241; 0557 737241; 0772 919150;

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

Направление в редакцию работы, которые уже посланы в другие издания или напечатаны в них, не допускается.

3. Рукописи работ авторам не возвращаются.

4. В связи с тем, в ближайшее время сведения о статьях, публикуемых в журнале «Здравоохранение Кыргызстана», будут помещаться в Научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU, который будет включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ), а также в электронных информационных системах, убедительная просьба к авторам статей соблюдать международные правила построения публикаций и резюме к ним. Возможен прием статей и по электронной почте (info@zdrav.kg; zdrav.kg@mail.ru), твердый переплет обязательно.

5. Статьи, оформление которых не соответствует всем требованиям, не принимаются.

Редакция журнала убедительно просит авторов, ответственных за переписку с редакцией, кроме телефонов и адреса для переписки, указывать также свой электронный адрес (e-mail), так это значительно ускорит связь для решения неясных вопросов, возникающих по ходу обработки и рецензирования статьи.



Medical
center

Dr. Omurzakov

Медицинский Центр

Доктора

Омурзакова

Гинекология

- Кольпоскопия
- Гименопластика
- Лабиопластика
- Аборт (медикаментозный и вакуум-аспирация)
- Пластика влагалища
- Хирургическая стерилизация
- Интимный плазмолифтинг
- Радиоволновое лечение заболеваний шейки матки
- Удаление кондилом, папиллом и т.д.
- Консервативное лечение кист яичников
- Оперативное лечение кист яичников
- Установка ВМС
- Удаление ВМС

Проктология

- Лечение геморроя без операции (фотокоагуляция)
- Иссечение параректального свища
- Иссечение анальной трещины
- Перинальная косметология (кондиломы, папилломы, анальные бахромки)
- Лечение тромбоза геморроидального узла
- Интимный плазмолифтинг

Косметология

- Лазерная шлифовка лица, рубцов
- Контурная пластика губ
- Контурная пластика носогубных складок
- Плазмолифтинг
- Биоревитализация
- Мезотерапия
- Пилинги
- Ботокс
- Лазерное удаление папиллом, липом, кондилом и т.д.



г. Бишкек, ул. Бакаева 138/5

Тел.: 0775980862, 0708980862

omurzakov.vakut@gmail.com

clinic_dr.omurzakov

www.plastic-surgery.kg

Медицинский центр Доктора Омурзакова



Medical
center
Dr. Omurzakov



*Весь спектр пластических операций:

- Блефаропластика
- Круговая подтяжка лица
- Отопластика
- Липосакция
- Реконструкция верхней и нижней челюстей
- Увеличение и удлинение полового члена
- Увеличение груди, ягодиц
- Липофилинг
- Удаление рубцов
- Ринопластика
- Удаление комков Бицца
- Реконструкция ушной раковины

*Реконструктивная хирургия

- *Микрохирургия кисти и стопы



г. Бишкек, ул. Бакаева 138/5
тел.: 0775980862, 0708980862
omurzakov.bakyt@gmail.com
clinic_dr.omurzakov
www.plastic-surgery.kg