

ISSN 1694-8068



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

КЫРГЫЗСТАНДЫН САЛАМАТТЫК САКТОО

№2 2020

ИЛИМИЙ ПРАКТИКАЛЫК ЖУРНАЛЫ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА
научно-практический журнал

HEALTH CARE OF KYRGYZSTAN
research and practice journal



Негизделген
Основан **1938** жыл
год



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫ
САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРЛИГИ

КЫРГЫЗСТАНДЫН САЛАМАТТЫК САКТОО
ИЛИМИЙ ПРАКТИКАЛЫК ЖУРНАЛЫ

КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

НАУЧНО ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА

негизделген / основан 1938-жыл/год

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:

Бримкулов 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.

ЖООНТУУ КАТЧЫСЫ / ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

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

РЕДКОЛЛЕГИЯНЫН МҮЧӨСҮ / ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:

Абдикиримов С.Т. мед. илим. д-ру / д-р мед. наук

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.

Безбазов 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., акад. РАЕ

Джумабеков С.А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., акад. НАН КР и РАН РФ.

Джумагулова С.А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Мамытов М.М. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., акад. 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.

Ырысов К.Б. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

ЭЛ АРАЛЫК РЕДАКЦИЯЛЫК КЕҢЕШИ / МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Акматаев 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., акад. РАН,

Санкт-Петербург, РФ

Касымбекова К.Т. мед. илим. д-ру проф. / д-р. мед. наук. проф. КР ДССУ Өлкөлүк
Офисинин Улуттук проф-дук Кызматкери/ Нац. профессор-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.

Синявский Ю. А. биол. илим. д-ру проф. / д-р биол. наук проф., Алматы, РК

Фаворов М. О. мед. илим. д-ру проф / д-р мед. наук проф, Атланта, США

Постановлением Президиума Высшей аттестационной комиссии КР научно-практический журнал “Здравоохранение Кыргызстана” включен в перечень рецензируемых научных периодических изданий для опубликования основных научных результатов диссертаций./ Кыргыз Республикасынын Жогорку Аттестациялык Комиссиясынын Президиумунун Токтому менен “Кыргызстандын саламаттыкты сактоосу” илимий-практикалык журналы диссертациянын негизги илимий жыйынтыктарын жарыялоо үчүн рецензияланган илимий мезгилдүү басылмалардын тизмесине киргизилген.

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ).

2-летний импакт-фактор 2018 г. – 0,109

5-летний импакт-фактор от 20.08.2019г. - 0,049

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

ТУЗУУЧУ: 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

Журнал представлен в следующих международных базах данных и информационно-справочных изданиях: РИНЦ (Российский индекс цитирования), Google Scholar / Журнал кийинки эл аралык маалымат базаларында жана маалыматтама китептеринде берилген:

РИНЦ (Россиялык шилтеме индекси), Google Scholar.

ММК УЮШТУРУУЧУСУ:

«Кыргызстандын саламаттык сактоосу» илимий практикалык журналынын мекемеси.

УЧРЕДИТЕЛЬ СМИ: Учреждение

Редакция научно-практического журнала «Здравоохранение Кыргызстана».

ММК каражаттарын каттоо жөнүндө

куболук №885 14 июнь 2018 ж. /

Свидетельство о перерегистрации

СМИ №885 от 14 июня 2018г.

КРнын АДИЛЕТ МИНИСТРИ-
ЛИГИНДЕ КАТТООДОН ӨТКӨН /
ЗАРЕГИСТРИРОВАН В
МИНИСТЕРСТВЕ ЮСТИЦИИ КР
Мамлекеттик каттоо куболугу /
Свидетельство о государственной
регистрации № 170624-3301-М-е
21.12.2017 жыл/год

РЕДАКЦИЯНЫН МЕКЕМЕСИНИН

ДИРЕКТОРУ / ДИРЕКТОР

УЧРЕЖДЕНИЯ РЕДАКЦИИ

МЕРГЕНОВА ИЛЬМИРА ОСМОНОВНА

к.т.: + (996) 772 919150

РЕДАКЦИЯНЫН ДАРЕГИ /

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС РЕДАКЦИИ.

720005, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш.,
Байтик Батыр көч. 34/ Кыргызская
Республика, Бишкек, ул. Байтик Батыра,
34.

Контакт. тел. ред.: + (996) 312 544575

E-mail: zdrav.kg@mail.ru, info@zdrav.kg

Сайт: <https://zdrav.kg/>

ЖАЗЫЛУУ ИНДЕКСИ /
ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС

КЫРГЫЗ-ПОЧТАСЫ: 77316



REPUBLIC OF KYRGYZSTAN
MINISTRY OF HEALTH CARE



HEALTH CARE OF THE KYRGYZSTAN RESEARCH AND PRACTICE JOURNAL

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

founded in 1938

FOUNDER:

Ministry of Health of the Kyrgyz Republic

MASS MEDIA FOUNDER

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

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

**REGISTERED IN THE MINISTRY OF
JUSTICE OF THE
KYRGYZ REPUBLIC**

Certificate of State Registration
№ 170624-3301-E-t, 21 December 2017

**Journal indexed in Russian Science
Citation Index, Google Scholar**

FOUNDER OF THE MEDIA:

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

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

Mergenova Ilmira Osmonovna
c.phone: +(996) 772 919150

**MAILING ADDRESS OF REDACTION
OF THE JOURNAL**

720005, Kyrgyz Republic, Bishkek, Baitik
Baatur str.34
c.phone: +(996) 312 544575

E-mail: zdrav.kg@mail.ru, info@zdrav.kg

Site: www.zdrav.kg

Published 4 issues per year
KYRGYZ POCHTASY
subscription index: 77316

*Views of the editorial board may not always coincide
with those of authors. Responsibility for the content and
reliability of articles lies with authors and for
information in promotional materials - with advertisers.*

EDITORIAL BOARD

Editor-in-chief:

Kasymov O.T. dr. med. sci., professor, acad. 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:

Abdikirimov S.T. dr. med. sci.

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

Bayizbekova 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, acad. of RANH

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

Russia

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

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

Akmatov M.K.
Asymbekova E.U.
Komarov G.A.
Lobzin Yu.V.

International Editorial Council:

Ph.D, Berlin, Germany

dr. med. sci., professor, Moscow, Russia

dr. med. sci., professor, Moscow, Russia

dr. med. sci., professor, acad. RAS,
Saint-Petersburg, Russia

dr. med. sci., professor, National professional officer,
WHO Country Office - Kyrgyzstan

dr. med. sci., professor, Bangkok, Thailand

dr. med. sci., professor, Tashkent, Uzbekistan

dr. biol sci., Almaty, Kazakhstan

PhD, MD, DSc, professor, Atlanta, USA

Kasymbekova K.T.

Moore Malcolm

Musabaev E.I.

Sinyavsky Yu.A.

Favorov M.O.

**By the decision of the Presidium of the Higher Certification
Commission of the Kyrgyz Republic**, the scientific and practical journal
"Health Care of Kyrgyzstan" is included in the list of peer-reviewed
scientific periodicals for the publication of the main scientific results of
theses.

*Journal "Health Care of Kyrgyzstan" is included in the Russian Scientific
Citation Index (RSCI).*

2 years' impact factor 2018 - 0.109

5 years' impact factor on 08.20. 2019 - 0.049

О награждении медицинских работников страны государственными наградами Кыргызской Республики

За вклад в борьбу с коронавирусной инфекцией (COVID-19), обеспечение охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также в связи с Днем медицинского работника Кыргызской Республики решено **наградить:**

Орденом «Манас» III степени:

- Аалиева Гулжигита Кенжекараевича** - главного врача РКИБ;
- Марипова Асамидина** - директора Ноокатской ТБ.

медалью «Данк»:

- Джумаканову Айгуль Бейшебаевну** - начальника Центра лабораторных испытаний Департамента профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Кыргызской Республики;
- Кабылову Бегим Доолотовну** - старшую медицинскую сестру инфекционного отделения Московской территориальной больницы Чуйской области;
- Мадраимову Гулийпу Гапыровну** - медицинскую сестру гепатологического отделения Ошской межобластной клинической больницы;

присвоить:

почетное звание

«Заслуженный врач Кыргызской Республики»:

- Бектеновой Тамаре Тойчуевне** - заведующей паразитологической лабораторией Джалал-Абадского городского центра профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- Голощановой Галине Николаевне** - врачу УЗИ Республиканской клинической инфекционной больницы;
- Жаркынбаевой Бурулбүбү Айтмамбетовне** - заведующей отделением № 9 Республиканской клинической инфекционной больницы;
- Жоробаеву Үсенкулу Салиевичу** - заместителю главного врача Джалал-Абадского городского центра профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора с функциями координации по области;
- Касмалиевой Калбүбү Кемеловне** - заведующей инфекционным отделением Нарынской областной объединенной больницы;
- Калмамбетовой Гульмире Исмаиловне** - заведующей республиканской референс лабораторией Национального центра фтизиатрии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики;
- Кыргызбаевой Атыркүл** - заместителю директора Нарынского областного центра семейной медицины по организационным вопросам;

- | | |
|--|---|
| Мамбетову Малику Кусеиновичу | - главному врачу Иссык-Кульского районного центра профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора Иссык-Кульской области; |
| Масымбаевой Элмире Бакасовне | - врачу-эпидемиологу Республиканского центра карантинных и особо опасных инфекций Министерства здравоохранения Кыргызской Республики; |
| Мурсалиеву Асадилло Юлдашевичу | - заведующему инфекционным отделением Сузакской территориальной больницы им. С. Жолдошева Джалал-Абадской области; |
| Насирову Абдымомуну | - заведующему санитарно-карантинным пунктом Международного аэропорта «Ош» Центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора на транспорте при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики; |
| Рыскулбековой Айнагуль Байсаловне | - заведующей эпидемиологическим отделом Центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора г. Бишкек; |
| Рыспековой Гульнаре Асанаевне | - врачу-инфекционисту инфекционного отделения Ысык-Атинской территориальной больницы Чуйской области; |
| Сагындыковой Чолпон Аксаккоевне | - главному врачу Таласского районного центра профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора с функцией координации по Таласской области; |
| Сыдыковой Фарисе Аскеровне | - семейному врачу Центра семейной медицины № 14 г. Бишкек; |
| Тойтонову Исламбеку | - заведующему инфекционным отделением № 2 Ошской межобластной клинической больницы; |
| Турдуматовой Акшооле Болотбековне | - врачу-инфекционисту инфекционного отделения Джалал-Абадской областной клинической больницы; |

наградить Почетной грамотой Кыргызской Республики:

- | | |
|---|--|
| Абдураимову Жанну Сулаймановну | - заместителя директора по сестринскому делу Ошской городской клинической больницы; |
| Акматову Айнуру Бектургановну | - начальника Управления общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Кыргызской Республики; |
| Ашыралиеву Дамиру Омурзаковну | - сотрудника Департамента профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, вирусологу; |
| Бакирову Зарину Убайдуллаевну | - заведующую вирусологической лабораторией Ошского городского центра профилактики заболеваний и государственного санитарно - эпидемиологического надзора с функцией координации по Ошской области; |
| Бектурганова Улукбека Бектурсуновича | - главного врача Ысык-Атинского районного центра профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора с функцией координации по Чуйской области; |

“Кыргызстандын саламаттык сактоо”

илимий-практикалык журналы

- | | | |
|---|---|--|
| Галбаева Нурлана Басытовича | - | главного специалиста Управления организации медицинской помощи и лекарственной политики Министерства здравоохранения Кыргызской Республики; |
| Жороева Акжол Осмоналиевича | - | заведующего эпидемиологическим отделом Лейлекского районного центра профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора Баткенской области; |
| Исабекову Назиру Сагынбаевну | - | старшую медицинскую сестру инфекционного отделения Иссык-Кульской областной объединенной больницы; |
| Исманалиеву Диларахан Айдаровну | - | старшую медицинскую сестру инфекционного отделения Джалал-Абадской областной клинической больницы; |
| Ишенанысову Гулбару Сатыгуловну | - | директора Республиканского центра иммунопрофилактики; |
| Калдыбаеву Айнек Сетенбаевну | - | заместителя главного врача Республиканской клинической инфекционной больницы по сестринскому делу; |
| Кучук Татьяну Энверовну | - | руководителя Республиканского научно-практического центра контроля качества лабораторной диагностики инфекционных болезней при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики; |
| Мамажанова Дилшода Бахтияровича | - | специалиста инфекционного контроля Ноокатской территориальной больницы Ошской области; |
| Ражапбаеву Атиргүл Шүкүрүллаевну | - | заведующую бактериологической лабораторией Ошского противочумного отделения Республиканского центра карантинных и особо опасных инфекций Министерства здравоохранения Кыргызской Республики; |
| Сооронбаеву Эркингүл Жусуповну | - | помощника эпидемиолога Ат-Башинского районного центра профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора Нарынской области; |
| Тойлубаеву Рахат Мискинбаевну | - | заведующую инфекционным отделением Таласской объединенной областной больницы; |
| Чоробаеву Нургүл Тургунбаевну | - | медицинскую сестру Центра общеврачебной практики Чаткальского района Джалал-Абадской области; |
| Шерматову Мастуру Умирзаковну | - | старшую медицинскую сестру отделения неврологии Кызыл-Кийской территориальной больницы Баткенской области; |
| Эсенгельдиеву Гульбарчын Муратовну | - | заведующую вирусологической лабораторией Центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора г. Бишкек; |

**Президент
Кыргызской Республики**

С.Ш. Жээнбеков

03.07.2020 г.

Клиническая медицина

УДК 616.716-089.843:615.46

Бет сөөк скелетинин кемчилигинде кальций - фосфаттык керамиканы колдонуудагы анализи.

Авторлордун тобу, 2020

В.Л. Евтухов, Т.Л. Шевела.

«Белорусь мамлекеттик медициналык университети» ОУ, Беларусь Республикасы, Минск

Киришүү. Өнөкөт одонтогендик инфекцияны, кисталарды, зыянсыз жаңы пайдаболууларды, секвестрлерди алып салгандан кийинки жаак сөөгүндөгү кемчиликтер сөөктүн структурасынын бекемдигин төмөндөтүп, тиштердин иштөө шартын начарлатып, чайноо актысынын бузулуусуна карай алып келет, альвеолярдык өсүү формасынын калыбына келүү мөөнөтүн узартып, татаалдаштырат, кээде функционалдык протездөөнү мүмкүн эмес кылат.

Изилдөөнүн максаты - амбулаториялык хирургиялык практикада кальций – фосфаттык керамиканы колдонуудагы мурдагы жыйынтыктарына анализ жүргүзүүнү киргизген.

Изилдөөнүн материалдары жана ыкмалары. Шишик сыяктуу пайда болууларда, тамыр кисталар, ретенирленген тиштер боюнча «КАФАМ» КФК колдонуу менен операция жасалган 174 пациентке клиникалык изилдөөлөр жүргүзүлгөн. Оперативдик кийлигишүүнү пландаштырууда, кемчиликтин формасына жана өлчөмүнө жараша ар бир пациент үчүн имплантациялоочу материалдын керектүү жеке формасын тандап алдык. «КАФАМ» КФК колдонуунун натыйжалуулугунун мурунку жыйынтыктарынын анализи нурлануу изилдөө ыкмасынын маалыматтары боюнча объективдүү бааланган.

Жыйынтыктар. 174 пациенттердин ичинен 42нин (24,1%) мурунку жыйынтыктары байкоого алынган. Операциядан кийинки сөөктүн кемчилиги менен болгон пациенттерди салыштырмалуу рентгенографиялык изилдөөлөрдө кемчиликтердин сөөк регенератору менен толук толтурулгандыгы байкалат. Узак мөөнөттөн кийин пациенттердин кемчилиги болгон жеринде, айланасындагы сөөк ткандарынан айрымаланбаган, жетилген сөөк тканы рентгенографиялык жактан аныкталган.

Тыянак. Хирургиялык дарылоодо биоактивдүү сөөктү кагыруучу кальций-фосфаттык керамиканы колдонуу жаактын альвеолярдык өсүүсүнүн сөөк кемчилигин толтурууга, оперативдүү кийлигишүү болгон жердеги тиштердин функционалдык мүмкүнчүлүктөрүн сактоого жана бекемдөөгө шарт түзөт, ошону менен бирге комплекстүү дарылоонун натыйжалуулугун көтөрөт.

Негизги сөздөр: *Сөөк кемчилиги, кальций-фосфаттык керамика, регенерация.*

Шилтеме: В.Л. Евтухов, Т.Л. Шевела . Бет сөөк скелетинин кемчилигинде кальций - фосфаттык керамиканы колдонуудагы анализ. «Кыргызстандын Саламаттык Сактоо» илимий-практикалык журналы, 2020-жылы, № 2, саны бетти №6 ; <http://www.zdrav.kg/> журнал « Кыргызстандын саламаттык сактоо».

Кат алышуу учун: Евтухов Владимир Леонидович, «Белорусь мамлекеттик медициналык университети» ОУ, хирургиялык стоматология кафедрасы, Беларусь Республикасы, Минск. Шевела Татьяна Леонидовна, «Белорусь мамлекеттик медициналык университети» ОУ, хирургиялык стоматология кафедрасы, Беларусь Республикасы, Минск. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4307-2800>. E-mail: shevelatatyana@mail.ru

Каржылоо. Изилдөөгө демөөрчүлүк болгон эмес.

Кызыкчылыктардын келишпестиги. Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жок-тугун жарыялайт.

Анализ применения кальций - фосфатной керамики при дефектах костей лицевого скелета.

Коллектив авторов, 2020

В.Л. Евтухов, Т.Л. Шевела.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Введение. Костные дефекты в челюстях, остающиеся после удаления очагов хронической одонтогенной инфекции, кист, доброкачественных новообразований, секвестров, снижают прочность костной структуры, ухудшают условия функционирования зубов, ведут к нарушению акта жевания, заметно пролонгируют сроки восстановления формы альвеолярных отростков, усложняют, а нередко делают невозможным функциональное протезирование.

Цель исследования- работы включала проведение анализа отдаленных результатов применения кальций – фосфатной керамики в амбулаторной хирургической практике.

Материалы и методы исследования. Клинические исследования проведены на 174 пациентах, оперированных с применением КФК «КАФAM» по поводу опухолеподобных образований, корневых кист, ретенированных зубов. При планировании оперативного вмешательства индивидуально выбирали нужную форму имплантационного материала для каждого пациента в зависимости от формы, размеров дефекта. Анализ отдаленных результатов эффективности применения КФК «КАФAM» объективно оценивали по данным лучевых методов исследования.

Результаты. Отдаленные результаты прослежены у 42 (24,1%) пациентов из 174. При сравнительном рентгенографическом исследовании пациентов с костными послеоперационными дефектами наблюдалось полное заполнение дефектов костным регенератом. В отдаленные сроки у пациентов на месте бывших дефектов рентгенографически определялась зрелая костная ткань, которая визуально не отличалась от окружающей костной ткани.

Выводы: Использование биоактивного костезамещающего материала кальций–фосфатной керамики при хирургическом лечении позволяет восполнять костные дефекты альвеолярного отростка челюсти, стабилизировать и максимально сохранять функциональные возможности зубов в области оперативного вмешательства и тем самым повышать эффективность комплексного лечения.

Ключевые слова: *Костный дефект, кальций–фосфатная керамика, регенерация.*

Для цитирования: В.Л. Евтухов, Т.Л. Шевела. Анализ применения кальций - фосфатной керамики при дефектах костей лицевого скелета. Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана» 2020 №2, стр.№ 6.; <http://www.zdrav.kg/> журнал «Здравоохранение Кыргызстана».

Для корреспонденции: Евтухов Владимир Леонидович УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра хирургической стоматологии. Республика Беларусь, Минск, E-mail: shevelatatyana@mail.ru ; Шевела Татьяна Леонидовна УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра хирургической стоматологии. ORCID:<https://orgcid.org/0000-0002-4307-2800>. Республика Беларусь, Минск. E-mail: shevelatatyana@mail.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

The analysis application of calcium phosphate ceramics this maxillofacial defects.

Authors Collective, 2020

V.L. Evtukhov, T.L. Shevela

UO "Belarusian State Medical University", Republic of Belarus, Minsk

Introduction. Bone defects in the jaw that remain after removal of foci of chronic odontogenic infection, cysts, benign neoplasms, sequestrs, reduce the strength of the bone structure, worsen the functioning of the teeth, lead to a violation of the chewing act, noticeably prolong the recovery time of the alveolar processes, complicate, and often make impossible functional prosthetics.

Aim of the study - analysis of the long-term results of the use of calcium–phosphate ceramics in outpatient surgical practice.

Objects and methods. Clinical studies were conducted on 174 patients operated on with the use of calcium phosphate ceramics «KAFAM» for tumor-like formations, root cysts, and retained teeth. When planning surgical intervention, we individually selected the desired form of implantation material for each patient, depending on the shape and size of the defect.

The results. Analysis of the long-term results of the effectiveness of the use of calcium-phosphate ceramics «KAFAM» was objectively evaluated according to the data of radiation research methods. Long-term results were traced in 42 (24.1%) of 174 patients. Comparative X-ray examination of patients with bone postoperative defects showed complete filling of the defects with bone regenerate. In the long-term, in patients at the site of the former defects, mature bone tissue was determined radiographically, which did not visually differ from the surrounding bone tissue.

Conclusion. The use of bioactive bone-replacing material of calcium phosphate ceramics in surgical treatment allows you to fill in bone defects in the alveolar process of the jaw, stabilize and maximize the functionality of the teeth in the field of surgical intervention and thereby increase the effectiveness of complex treatment.

For citation: V.L. Evtukhov, T.L. Shevela. Analysis of the use of calcium - phosphate ceramics for defects in the bones of the facial skeleton. Scientific and practical journal "Health of Kyrgyzstan" 2020 No. 2, p.№ 6; <http://www.zdrav.kg/> Kyrgyzstan Health Care Journal.

Key words: bone defect, calcium-phosphate ceramics, regeneration.

For correspondence: Vladimir Leonidovich Evtukhov, Belarusian State Medical University, department of surgical stomatology, Republic of Belarus, Minsk. Shevela Tatyana Leonidovna, Belarusian State Medical University, department of surgical stomatology, Republic of Belarus, Minsk. <https://orgcid.org/0000-0002-4307-2800>. E-mail: shevelatatyana@mail.ru

Financing: The paper had no sponsorship.

Conflict of interest. The author claim that there are no conflict of interest.

Введение. Лечение пациентов с хроническими периапикальными деструктивными процессами, хроническим сложным периодонтитом, кистами, доброкачественными образованиями челюстей является важной и актуальной задачей современной челюстно-лицевой хирургии, так как указанные болезни наиболее часто встречаются в практике врачей хирургов. По данным ВОЗ распространенность болезней периодонта достигает 97%, у взрослого населения Республики Беларусь отмечается 100% заболеваемость гингивитами, простым и сложным периодонтитами [51, 61]. Данные двух последних десятилетий свидетельствуют о том, что хронические апикальные периодонтиты поражают население до 30%, а доброкачественные образования и кисты челюстей не менее 25% от общего числа хирургических болезней челюстей. Непосредственные и отдалённые результаты лечения пациентов с такими поражениями до настоящего времени часто остаются неудовлетворительными. Костные дефекты в челюстях, остающиеся после удаления очагов хронической одонтогенной инфекции, кист, доброкачественных новообразований, секвестров, снижают прочность костной структуры, ухудшают условия

функционирования зубов, ведут к нарушению акта жевания, заметно пролонгируют сроки восстановления формы альвеолярных отростков, усложняют, а нередко делают невозможным функциональное протезирование. Заживление костной раны под кровяным сгустком находится в прямой зависимости от характера, формы, размеров дефекта, его локализации и нередко, даже при оптимальном соотношении общих и местных факторов, полностью не заполняется костным регенератом [2]. Поэтому, одной из важных проблем в современной челюстно-лицевой хирургии является замещение дефектов костей лицевого скелета. Несмотря на успехи, достигнутые к настоящему времени в решении этого вопроса, до сих пор не найдено оптимально эффективных заменителей аутокости, способов регуляции остеогенеза, его активации [4]. Костные трансплантационные материалы, для заготовки которых используют ткани человека, являются предметом острого дефицита даже в крупных клинических центрах. После их применения нередко развитие тех или иных осложнений, как: реакция отторжения, резорбция и др.

Отмечены также и технологические трудности при заполнении ими костных полостей и дефектов костей лицевого скелета сложной конфигурации [1]. Однако задача получения материалов, способных совмещаться с живой костной тканью (создание искусственной кости), до сих пор является не решенной. Создание «заменителей кости» представляет сложную проблему, включающую имитацию химического состава, макро- и микроструктуры, обеспечение биологических свойств материалу, которые осуществляли бы активное включение и нормализацию обменных процессов в живых клетках. В связи с этим необходимым является не только знание биологических закономерностей функционирования и свойств костной ткани человека, но также физико-химических и механических характеристик различных типов искусственных материалов, которые можно было бы успешно использовать в качестве имплантационных материалов [3]. В связи с этим поиск оптимальных имплантационных материалов и разработка новых методов хирургического лечения, позволяющих радикально устранять болезнь и одновременно реконструировать пораженные ткани, остается одной из приоритетных задач современной челюстно-лицевой хирургии. Создание оптимальных условий для прогнозируемой регенерации костной ткани в области оперативного вмешательства не возможно без разработки и внедрения новых материалов, стимулирующих остеогенез в области дефекта кости, несмотря на то, что процесс построения костной ткани считается детерминированной реакцией, и активация его является достаточно проблемной [4].

Цель исследования – провести анализ результатов применения кальций – фосфатной керамики при дефектах костей лицевого скелета.

Материалы и методы исследования. Клинические исследования проведены на 174 пациентах (66 мужчин и 108 женщин), оперированных с применением кальций–фосфатной керамики (КФК) «КАФАМ» по поводу опухолеподобных образований, корневых кист, ретенированных зубов. По нозологическим формам все пациенты распределились следующим образом: с корневыми кистами – 118; с ретенцией зубов – 10; с периодонтальными кистами – 2; с зубосодержащими кистами – 3; с хроническим апикальным периодонтитом – 6 пациентов, хроническим сложным периодонтитом – 35. При проведении указанных операций использовали гранулированный материал с размерами гранул от 0,14 мм до 0,6 мм (тип А и В). Для удаления опухолеподобных об-

разований челюстей доступ к опухолевому очагу осуществляли с применением традиционных методик, представленных в руководствах по оперативной клинической челюстно-лицевой хирургии. После удаления опухолевого образования костный дефект в челюсти инстиллировали водным 0,05% раствором хлоргексидина биглюканата и остеотропным антибиотиком (30% раствор линкомицина 1,0 мл). Экспозиция указанных растворов в костном дефекте челюсти длилась в течение минуты. Затем полость дефекта рыхло заполняли гранулами кальций–фосфатной керамики «КАФАМ», смешивая гранулы с кровяным сгустком пациента. Слизисто-надкостничный лоскут укладывали на прежнее место и фиксировали отдельными узловатыми швами из полиамида 5/0. При планировании оперативного вмешательства индивидуально выбирали нужную форму имплантационного материала для каждого пациента в зависимости от формы, размеров дефекта: («КАФАМ» типа А, В, С, D) кусковой (блоки) размером 10×10×15 мм, в виде пластин размером от 7×5×2 мм до 10×7×2 мм, или гранулированный материал размером от 0,14 мм до 0,6 мм необходимой температуры обжига.

Методика хирургического вмешательства с использованием КФК «КАФАМ» у пациентов с хроническим сложным периодонтитом. При проведении выше указанных операций использовали комбинацию различных типов КФК «КАФАМ» в виде: крупнопористых пластин (тип В и С) и гранулированного материала (тип А и В). Методика вмешательства была тождественна операциям гингивопластики, применяемым при болезнях периодонтита, описанным в руководствах по челюстно-лицевой хирургии. После кюретажа периодонтальных карманов, удаления грануляционной ткани, рану инстиллировали водным 0,05%-м раствором хлоргексидина биглюканата и остеотропным антибиотиком (30%-й раствор линкомицина). После визуальной ревизии операционной раны и определения размеров костного дефекта, моделировали соответствующую по форме и размерам пластинку от 7×5×2 мм до 10×7×2 мм (тип В и С) и с небольшой компрессией заполняли материалом дефект. У пациентов, у которых пластинка неплотно прилегала к стенкам костного дефекта, дополнительно в периодонтальный карман вводили материал в виде гранул размерами 0,2–0,3 или 0,3–0,5 мм (тип А и В). Выкроенные ранее слизисто-надкостничные лоскуты укладывали на место и фиксировали отдельными узловатыми швами из полиамида 5/0, с наложением защитных десневых повязок.

Непосредственно перед операцией КФК «КАФАМ» подвергали стерилизации в сухожаровом шкафу при температуре +180° С, в течении 1 часа в чашках Петри или стеклянных аптечных склянках, закрытых пробками из марлевых тампонов. Стерилизацию проводили одновременно с операционным инструментом. При проведении хирургических вмешательств, с применением КФК «КАФАМ», специального инструментария и оборудования не планировали.

Результаты их обсуждения. Анализ результатов эффективности применения КФК «КАФАМ» объективно оценивали по данным лучевых методов исследования. Отдаленные результаты прослежены у 42 (24,1%) пациентов из 174. При сравнительном рентгенографическом исследовании пациентов с костными послеоперационными дефектами после удаления доброкачественных образований наблюдалось полное заполнение дефектов костным регенератом. В отдаленные сроки (от 4 до 12 лет) у пациентов на месте бывших дефектов рентгенографически определялась зрелая костная ткань, которая визуально не отличалась от окружающей костной ткани, рецидивов заболеваний не наблюдалось.

Хирургическое лечение периапикальных деструктивных процессов, кист челюстей с применением КФК «КАФАМ» позволяет в операционной костной ране смоделировать пористый «каркас» для благоприятного направленного

роста новообразованной костной ткани, способствует активизации и оптимизации процессов регенерации, обеспечивая воссоздание анатомической формы альвеолярного отростка и не осложненное заживление послеоперационных костных дефектов челюстей.

Использование биоактивного костезамещающего материала КФК «КАФАМ» при хирургическом лечении хронического сложного периодонтита позволяет восполнять костные дефекты альвеолярного отростка челюсти, стабилизировать и максимально сохранять функциональные возможности зубов в области оперативного вмешательства, достигать длительной ремиссии болезни и тем самым повышать эффективность комплексного лечения.

Выводы. Использование биоактивного костезамещающего материала КФК «КАФАМ» при хирургическом лечении позволяет восполнять костные дефекты альвеолярного отростка челюсти, стабилизировать и максимально сохранять функциональные возможности зубов в области оперативного вмешательства и тем самым повышать эффективность комплексного лечения. Методики хирургических вмешательств и положительные результаты лечения пациентов с применением кальций-фосфатной керамики подтверждают целесообразность применения, как в стационарной, так и в амбулаторной челюстно-лицевой хирургии.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Конопля А.И., Быстрова Н.А., Рыжикова Г.Н. Биохимия костной, соединительной ткани и жидкостей полости рта. Учебное пособие. Курск: КГМУ, 2015. 76 с. [Konopljа A.I., Bystrova N.A., Ryzhikova G.N. Biochemistry of bone, connective tissue and fluids of the oral cavity. Textbook. Kursk: KGMU, 2015. 76 p. (In Russ.)]
2. Панкратов А.С., Лекишвили М.В., Копецкий И.С. Костная пластика в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Остеопластические материалы. Руководство для врачей. Москва: БИНОМ, 2011. 272 с. [Pankratov A.S., Lekishvili M.V., Kopeckij I.S. Bone grafting in dentistry and maxillofacial surgery. Osteoplastic materials. A guide for physicians. Moscow: BINOM, 2011. 272 p. (In Russ.)]
3. Чудаков О.П., Евтухов В.Л., Ульянова Т.М., Титова Л.В.,

- Медиченко С.В., Быкадорова Л.Г., Людчик Т.Б., Герасимович Ю.Г., Соловьева Л.А. Применение костезамещающего материала «КАФАМ» в стоматологической практике // Современная стоматология. 2004. № 1. С. 4–9. [Chudakov O.P., Evtuhov V.L., Ul'janova T.M., Titova L.V., Medichenko S.V., Bykadorova L.G., Ljudchik T.B., Gerasimovich Ju.G., Solov'eva L.A. Application of bone-replacing material "KAFAM" in dental practice. Sovremennaja stomatologija = Modern dentistry, 2004, no. 1, pp. 4–9. (In Russ.)]
4. Иванов С.Ю., Мураев А.А., Ямуркова Н.Ф. Реконструктивная хирургия альвеолярной кости. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 360 с. [Ivanov S.Ju., Muraev A.A., Jamurkova N.F. Reconstructive surgery of the alveolar bone. Moscow: GEOTAR-media, 2016. 360 p. (In Russ.)]

Сведения об авторе(ах):

1. **Евтухов Владимир Леонидович**, к.м.н., доцент. Республика Беларусь, г. Минск, Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра хирургической стоматологии. Республика Беларусь, г. Минск, проспект Дзержинского 83
2. **Шевела Татьяна Леонидовна**, к.м.н., доцент, orcid.org/0000-0002-4307-2800, Республика Беларусь, г. Минск, Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра хирургической стоматологии. E-mail:shevelatatyana@mail.ru

Стоматология

УДК 616.716-089.843:615.46

Helicobacter pylori – периимплантиттин өсүүсүндө этиологиялык фактор катары (клиникалык үлгү).

Автор, 2020

Т. Л. Шевела

«Белорусь мамлекеттик медициналык университети» ОУ, Беларусь Республикасы, Минск

Киришүү. Акыркы жылдары көптөгөн клиникалык изилдөөлөрдө денталдык имплантациясынан кийин пациенттерде сезгенүү ооруларынын өсүүсүндөгү микрофлоранын ролу аныкталган. Бул сезгенүү стоматолог-хирургдар тарабынан өтө эле тез-тез аныкталат. Периимплантиттин өсүүсүндөгү микрофлоранын ролу далилденип, патологиялык тиштин бүйөлүк чөнтөкчөсүнө мүнөздүү болгон микробиологиялык курамы изилденген. Белгилүү болгондой жаак-беттеги инфекциялык сезгенүү процесстеринин басымдуу бөлүгү *Helicobacter pylori* өкүлдөрүнүн бири болуп саналган анаэробдук микрофлора аныктайт.

Изилдөөнүн максаты- *helicobacter pylori* менен болгон пациенттерде периимплантиттин өсүүсүнүн клиникалык үлгүсүндө анализ жүргүзүү.

Изилдөөнүн материалдары жана ыкмалары. Астыңкы жаактын толук эмес экинчи адентия диагнозу менен болгон, 42 жаштагы пациенттер байкоодо болгон. Операция алдында клиникалык кароону жана нурлануу изилдөө ыкмасын кошуу менен изилдөөнүн стандарттык протоколу жүргүзүлгөн. Пациентке кечиктирилген денталдык имплантация жүргүзүлгөн, астыңкы жаактын суурулган 3.6,3.7, 4.6,4.7 тиштерине денталдык имплантаттар орнотулган. Бирок 14күндөн 30 күнгө чейин пациент астыңкы жаактагы көрүнүктүү оорусу менен кайрылган. Клиникалык кароодо орнотулган имплантаттар дезинтегрирленген жана алынып салынган. Кыймылдуу имплантаттарды сууруп салуу этабында сөөктүн ордуна жана ооздогу суюктуктан полимераздык чынжыр реакциясынын (ПЧР) ыкмасында микроорганизмдерди аныктоо үчүн сүртүндү алынган.

Жыйынтыктар. Жүргүзүлгөн изилдөөлөр сөөк жаратынын курамындагы имплантант болгон жерде жана ооз суюктугунда *Helicobacter pylori* бар болгондугун көрсөттү. Пациентке гастроэнтеролог врач тарабынан эндоскопиялык бөлүмдө текшерүүдөн өтүү сунушталган. Ушул максатта эзофагогастроуденофиброскопияда алынган карындын былжырлуу чел ткандарынын биоптаттынын стандарттуу Хелпил-тести колдонулган. Инфекциянын интенсивдүүлүгү оң белгилердин саны менен эсепке алынган, бул пациенттин ашказанынын НР менен болгон жугуштуулук даражасы жогору болгон (++++). Пациент НР бар же жок экендигине контролдук изилдөө жүргүзүү менен врач-гастроэнтеролог тарабынан белгиленген дарылоо курсунан өткөн, ашказандын НР (-) менен болгон жугуштуулугу жок экендигин жыйынтык көрсөттү. Андан кийин денталдык имплантаттарды орнотуу боюнча операция кайтадан жүргүзүлгөн. Бардык имплантаттар ортопеддик протездерди ийгиликтүү орнотуу менен остеоинтегрирленген.

Тыянак. Ооздун былжырлуу челинин ооруларынын этиологиясында жана дарылоосунда микробдук агенттин ролу аныкталгандыгын эске алсак, периимплантиттин өсүшүндөгү *Helicobacter pylori* белгилүү бир ролу жөнүндөгү божомолдоолорду эске алуу зарыл.

Негизги сөздөр: *Экинчи адентия, периимплантит, Helicobacter pylori, иммунохроматографиялык тест, диагностика.*

Шилтеме: Т.Л. Шевела. *Helicobacter pylori* – периимплантиттин өсүүсүндө этиологиялык фактор катары (клиникалык үлгү). «Кыргызстандын Саламаттык Сактоо» илимий-прагикалык журналы, 2020-жылы, № 2, саны бетти №11; <http://www.zdrav.kg/> журнал « Кыргызстандын саламаттык сактоо».

Кат алышуу учун: Шевела Татьяна Леонидовна, «Белорусь мамлекеттик медициналык университети» ОУ, хирургиялык стоматология кафедрасы, Беларусь Республикасы, Минск ш., Дзержинск проспектиси 83, 220116, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4307-2800>. E-mail: shevelatatyana@mail.ru

Каржылоо. Изилдөөгө демөөрчүлүк болгон эмес.

Кызыкчылык конфликт. Автор кызыкчылык конфликтинин жоктугун билдирет.

Helicobacter pylori - как этиологический фактор развития периимплантита (клинический пример).

Автор, 2020

Т. Л. Шевела

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, Минск

Введение. В последние годы многочисленными клиническими исследованиями установлена роль микрофлоры в развитии воспалительных явлений у пациентов после операции дентальной имплантации. Данное осложнение наиболее часто констатируется стоматологами-хирургами. Доказана роль микрофлоры в развитии периимплантита, исследован микробиологический состав, характерный в патологических зубодесневых карманах. При этом известно, что значительную часть инфекционно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области определяет анаэробная микрофлора, одним из представителей которой является *Helicobacter pylori*.

Цель исследования - проведение анализа клинического примера развития периимплантита у пациента с носительством *Helicobacter pylori*.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находился пациент в возрасте 42-х лет с диагнозом частичная вторичная адентия на нижней челюсти. Перед операцией проводился стандартный протокол обследования, включая клинический осмотр и лучевые методы исследования. Пациенту была проведена отсроченная дентальная имплантация, установка дентальных имплантатов в области удаленных зубов на нижней челюсти 3.6,3.7, 4.6,4.7. Однако начиная с 14-х по 30-е сутки пациент обращался с жалобами на выраженную боль в области нижней челюсти. При клиническом осмотре установленные имплантаты были дезинтегрированы и удалены. На этапе удаления подвижных имплантатов из костного ложа и ротовой жидкости был взят мазок на предмет выявления микроорганизмов методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты. Проведенные исследования показали присутствие *Helicobacter Pylori* в содержимом костной раны, где находились имплантаты и в ротовой жидкости. Пациенту было предложено пройти обследование у врача гастроэнтеролога с проведением обследования в эндоскопическом отделении. С этой целью применяли стандартный Хелпил-тест биоптата тканей слизистой оболочки желудка, взятого при эзофагогастроудоденофиброскопии. Интенсивность инфицирования учитывалась числом положительных знаков, степень обсемененности желудка НР у данного пациента была высокой (++++). Пациент прошел курс назначенного лечения у врача-гастроэнтеролога с контрольным обследованием на предмет наличия НР, результат показал отсутствие обсемененности желудка НР (-). После чего повторно была проведена операция по установке дентальных имплантатов. Все имплантаты были остеоинтегрированы с последующей успешной установкой ортопедических протезов.

Выводы. Учитывая, что в этиологии и лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта, доказана роль микробного агента, правомочным следует считать предположение об определенной роли *Helicobacter pylori* в развитии периимплантита.

Ключевые слова: *Вторичная адентия, периимплантит, Helicobacter pylori, иммунохроматографический тест, диагностика.*

Для цитирования: Шевела Татьяна Леонидовна. *Helicobacter pylori* - как этиологический фактор развития периимплантита (клинический пример) Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана» 2020 №2, стр.№11; <http://www.zdrav.kg/> журнал «Здравоохранение Кыргызстана».

Для корреспонденции: Шевела Татьяна Леонидовна УО «Белорусский государственный медицинский университет» Республика Беларусь, г. Минск, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4307-2800>. E-mail: shevelatatyana@mail.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Helicobacter pylori - as ethiological factor fo peri-implantitis (clinical stady).

Author 2020

T.L. Shevela

UO "Belarusian State Medical University", Republic of Belarus, Minsk

Introduction. The leading etiologic factor in the development of peri-implantitis is microorganisms, which, due to the development of the infectious process, cause resorption of bone tissue directly adjacent to the implant, followed by its disintegration and removal.

The aim of the study- was to analyze the clinical example of the development of peri-implantitis in a patient with *Helicobacter pylori*.

Objects and methods. Patient aged 42 years was treated with a diagnosis of partial secondary adentia in the lower jaw. Before the operation, a standard examination protocol was carried out, including clinical examination and radiation methods. The patient underwent dental implantation, installation of dental implants in the area of extracted teeth on the lower jaw in positions 3.6, 3.7, 4.6, 4.7. However, from the 14th to the 30th day, the patient complained of severe pain in the lower jaw. On clinical examination, the implants installed were disintegrated and removed. At the stage of removing of mobile implants, from the bone bed and oral fluid a smear was taken to detect microorganisms by the method of polymerase chain reaction (PCR).

The results of the study. Showed the presence of *Helicobacter pylori* in the contents of the bone wound, where the implants were located and in the oral fluid too. The patient was referred to a gastroenterologist to undergo an examination in the endoscopic department. For this purpose, we used the standard Campylobacter-like organism test of a biopsy of tissues of the gastric mucosa which was taken with esophagogastroduodenoscopy. The intensity of infection was considered by the number of positive signs, the degree of contamination of the stomach with HP in this patient was high (++++). The patient underwent a course of treatment prescribed by a gastroenterologist with a follow-up examination for the presence of HP, the result showed the absence of contamination of the stomach with HP (-). After that, the operation to install dental implants was repeated. All implants were osseointegrated with the subsequent successful installation of orthopedic prostheses.

Conclusion. The obtained results are the basis for the conclusion about the presence of a definite relationship of the pathological inflammatory process in the bone tissue of the jaw directly adjacent to the dental implant and the character of *Helicobacter pylori* carriage in the observed patients.

Key words: *Secondary adentia, periimplantitis, Helicobacter pylori, immunochromatographic test, diagnosis.*

For citation: T.A. Shevela. *Helicobacter pylori* - as ethiological factor fo peri-implantitis (clinical study). «Health Care of Kyrgyzstan reseach and practical journal» 2020, № 2 p.11.; <http://www.zdrav.kg/> «Kyrgyzstan Health Journal».

For correspondence: Shevela Tatyana Leonidovna . “Belarusian State Medical University” Republic of Belarus, Minsk. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4307-2800>. E-mail: shevelatatyana@mail.ru

Financing: The paper had no sponsorship.

Conflict of interest. The author claim that there are no conflict of interest.

Введение. Длительное время исследование *Helicobacter pylori* находилось только в сфере интересов гастроэнтерологов и микробиологов, несмотря на то, что первооткрыватель данного возбудителя, нобелевский лауреат В. J. Marshall указывал на возможность локализации очагов инфекции в полости рта. Автор рассматривал такую персистенцию как возможный источник инфицирования и реинфицирования и выдвигал гипотезу об участии полости рта в процессе передачи инфекции, которая в дальнейшем была подтверждена [9]. Как наиболее вероятные пункты кумуляции возбудителя указывались: мягкий зуб-

ной налет, содержимое зубодесневых карманов [1].

Между тем, желудочно-кишечный тракт начинается с полости рта, и миграция микроорганизмов, особенно при повышении их титра, является реальным фактом. Это достоверно установлено работами А. В. Цимбалистова, Н. С. Робакидзе [2], выявившими, что HP может активно персистировать в зубодесневых карманах, в мягком налете, ротовой жидкости пациентов, что способствует развитию у них пародонтита и катарального гингивита. В отдельных сообщениях

отмечается, что НР играет этиологическую роль в развитии кариеса, гингивита, осложняет клиническое течение воспалительных заболеваний пародонта и снижает эффективность их лечения [10]. В смешанной слюне до настоящего времени было идентифицировано двадцать три вируса. Они были выделены в слюнных образцах по степени реактивности антител, обнаружению антигена или выделению нуклеиновой кислоты методом ПЦР-анализа. Это вирусы герпеса, гепатита А, В и С, ВИЧ – инфекции, папилломы человека, гриппа и полиомиелита. Помимо вирусов в слюне определяется четырнадцать бактериальных штаммов, а именно *Escherichia coli*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Helicobacter pylori*, *Treponema pallidum* и широкий диапазон стрептококковых разновидностей [3,7].

В последние годы многочисленными клиническими исследованиями установлена роль микрофлоры в развитии воспалительных явлений у пациентов после операции дентальной имплантации [4, 6]. Данное осложнение наиболее часто констатируется стоматологами-хирургами. Для лечения и профилактики воспаления вокруг окружающих имплантат тканей необходимо знание этиологии и патогенеза данного заболевания. Доказана роль микрофлоры в развитии периимплантита, исследован микробиологический состав, характерный в патологических зубодесневых карманах [10]. Развитие воспалительного процесса в области имплантата по патологическому типу течения предполагает, определяющую роль микрофлоры полости рта, способной проникать в рану в момент операции и формировать биопленки на поверхности имплантата и прилежащих к нему тканях, что служит причиной резорбции кости, непосредственно прилежащей к имплантату с последующей его дезинтеграцией и

удалением [5].

Однако, несмотря на безукоризненное техническое исполнение оперативного вмешательства и адекватное комплексное лечение в послеоперационном периоде, в отдельных наблюдениях констатируется развитие воспаления в костной ткани челюстей. Этот факт в определенной мере может быть обусловлен резистентностью микрофлоры к антибиотикам. При этом известно, что значительную часть инфекционно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области определяет анаэробная микрофлора, одним из представителей которой является НР [8,10].

Цель исследования - провести анализ клинического примера развития периимплантита у пациента с наличием *Helicobacter pylori*.

Материалы и методы исследования.

Под наблюдением находился пациент в возрасте 42-х лет с диагнозом частичная вторичная адентия на нижней челюсти. Перед операцией проводился стандартный протокол обследования, включая клинический осмотр и лучевые методы исследования. Пациенту была проведена отсроченная дентальная имплантация, установка дентальных имплантатов в области удаленных зубов на нижней челюсти 3.6,3.7, 4.6,4.7. После операции пациенту было назначено следующее лечение: «Аугментин» 875 мг. два раза в день в течение 5-и дней, «Нимесулид» по 1 таблетке два раза в день в течение 3-х дней.

Результаты и их обсуждение.

В течение первых 7 суток после операции пациент предъявлял жалобы на незначительную болезненность в операционной зоне, швы были состоятельны и удалены на 7-е сутки. Однако на 14-е сутки пациент обратился с жалобами на выраженную боль в области нижней челюсти.

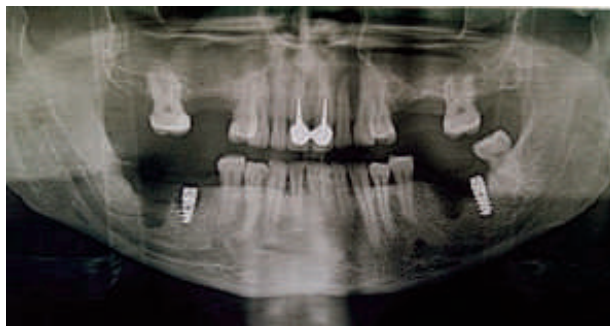


Рис. 1 – По данным конусно-лучевой компьютерной томографии определяются имплантаты в области 3.7 и 4.6 и деструкция костной ткани в области дезинтегрированных имплантатов на 14-е сутки.

Fig. 1 - According to cone-beam computed tomography, implants in the area of 3.7 and 4.6 and destruction of bone tissue in the area of disintegrated implants on the 14th day are determined.

При клиническом осмотре полости рта в области альвеолярного отростка нижней челюсти слева и справа в зоне установленных имплантатов определялись свищи с серозно-геморрагическим отделяемым, имплантаты, установленные в области 3.6 и 4.7 были подвижны, имплантаты в обла-

сти 3.7 и 4.6 находились под слизистой оболочкой десны (рисунок 1).

На 30 сутки при клиническом осмотре имплантаты в области 3.7 и 4.6 также были подвижны и дезинтегрированы (рисунок 2).



Рис. 2. По данным конусно-лучевой компьютерной томографии в области дезинтегрированных имплантатов визуализируется деструкция костной, 30-е сутки после операции.

Fig. 2. According to cone-beam computed tomography, bone destruction is visualized in the area of disintegrated implants, the 30th day after surgery.

На этапе удаления подвижных имплантатов из костного ложа и ротовой жидкости был взят мазок на предмет выявления микроорганизмов методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Результаты исследования показали присутствие *Helicobacter Pylori* в содержимом костной раны, где находились имплантаты и в ротовой жидкости.

Пациенту было предложено пройти обследование у врача гастроэнтеролога с проведением обследования в эндоскопическом отделении. С этой целью применяли стандартный Хелпил-тест биоптата тканей слизистой оболочки желудка, взятого при эзофагогастродуоденофиб-

роскопии. Интенсивность инфицирования учитывалась числом положительных знаков, степень обсемененности желудка НР у данного пациента была высокой (++++).

Пациент прошел курс назначенного лечения у врача-гастроэнтеролога с контрольным обследованием на предмет наличия НР, результат показал отсутствие обсемененности желудка НР (-). После чего повторно была проведена операция по установке дентальных имплантатов (рисунок 3). Все имплантаты были остеоинтегрированы с последующей успешной установкой ортопедических протезов.

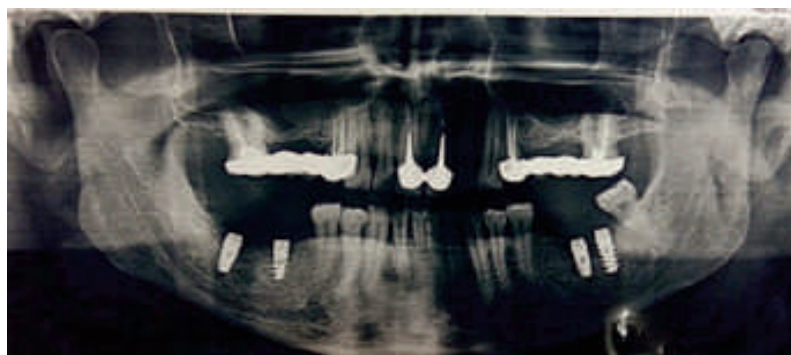


Рис. 3. Остеоинтегрированные дентальные имплантаты на нижней челюсти.

Fig. 3. Osteointegrated dental implants on the lower jaw.

Выводы. Учитывая, что в этиологии и лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта, доказана роль микробного агента, правомочным следует считать предположение об определенной роли *Helicobacter pylori* в развитии периимплантита. В тоже время на текущий момент в доступной отечественной и зарубежной специальной литературе от-

сутствуют сведения о роли НР в развитии осложнений при дентальной имплантации и возможности использования тестов выявления указанного возбудителя как для прогнозирования развития периимплантита, так и для динамического наблюдения за пациентами, использующими ортопедические конструкции с опорой на дентальные имплантаты.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Аруин Л.И. Инфекция *Helicobacter pylori* и рак желудка // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2006. № 1. – С. 20. [Aruin L.I. *Helicobacter pylori* infection and stomach cancer. Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija = Experimental and clinical gastroenterology, 2006, no.4, p. 20 (In Russ.)]
2. Арутюнов С.Д., Маев И.В., Романенко Н.В., Сурмаев Э.В. Особенности состояния тканей пародонта у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной *Helicobacter pylori* // Пародонтология. 2005. № 3. С. 30–33. [Arutunov S.D., Mayev I.V., Romanenko N.V., Surmayev E.V. Features of a condition of periodontal tissues at the patients with a peptic ulcer of a duodenal intestine, associated with *Helicobacter Pylori*. Parodontologija = Periodontics, 2005, no. 3, pp. 30–33. (In Russ.)]
3. Вавилова Т.П., Янушевич О.О., Островская И.Г. Слюна. Аналитические возможности и перспективы. Москва: БИНОМ, 2014. 312 с. [Vavilova T.P., Janushevich O.O., Ostrovskaja I.G. Saliva. Analytical opportunities and prospects. Moscow: BINOM, 2014. 312 p. (In Russ.)]
4. Каспина А.И., Дрожжина В.А., Керзиков О.А. Влияние инфицирования *Helicobacter pylori* на состояние слизистой оболочки // Институт стоматологии. 2003. № 4. С. 68–69. [Kaspina A.I., Drozhzhina V.A., Kerzikov O.A. Influence of *Helicobacter pylori* infection on the condition of the mucous membrane. Institut stomatologii = Institute of dentistry, 2003, no. 4, pp. 68–69. (In Russ.)]
5. Мурзалиев А.Д., Мурзалиев А.Дж., Кыдыкбаева Н.Ж. Ауто-трансплантация, как альтернатива дентальной трансплантации (случай из практики) // Здравоохранение Кыргызстана. 2019. № 4. С. 62–65. [Murzaliev A.D., Murzaliev A.Dj., Kudykbaeva N.J. Autotransplantation as an alternative to dental implantation (case study). Zdravoohranenie Kyrgyzstana = Health Care in Kyrgyzstan, 2019, no. 4, pp. 62–65. (In Russ.)]
6. Нейзберг Д.М., Стюф И.Ю. Роль эктопических очагов *Helicobacter pylori* при хроническом генерализованном пародонтите // Пародонтология. 2011. Т. 16, № 2. С. 9–13. [Neyzberg D.M., Styuf I.Yu. Role of ectopic biotopes *Helicobacter pylori* in chronic periodontitis. Parodontologija = Periodontics, 2011, vol. 16, no. 3, pp. 9–13. (In Russ.)]
7. Шушпанова О.В., Никольский В.Ю., Колеватых Е.П. Оценка частоты распространения *Helicobacter pylori* в ротовой жидкости // Вятский медицинский вестник. 2015. № 4. С. 28–31. [Shushpanova O.V., Nikolskij V.Yu., Kolevatykh E.P. Evaluation of the frequency of *Helicobacter pylori* distribution in the oral fluid. Vjatskij medicinskij vestnik = Vyatka Medical Bulletin, 2015, no. 4, pp. 28–31. (In Russ.)]
8. Diagnosis and epidemiology of *Helicobacter pylori* infection / X. Calvet, M.J. Ramírez Lázaro, P. Lehours, F. Mégraud // *Helicobacter*. – 2013. – № 18. – P. 5-11.

Сведения об авторе(ах):

Шевела Татьяна Леонидовна, к.м.н., доцент, ORCID: <https://orgcid.org/0000-0002-4307-2800>. Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра хирургической стоматологии. Республика Беларусь, г. Минск, проспект Дзержинского 83. E-mail: shevelatatyana@mail.ru

Клиническая медицина

УДК 617.7-092:612.017.1-092-08

Идиопатиялык ретиноваскулит болгондо челдин сары тагындагы клиникалык-морфометриялык өзгөрүүлөр.

Авторлордун тобу, 2020

М.Н. Уметалиева, В.А. Усенко, Д.В. Генцельман.

С.Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик кадрларды кайра даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу медициналык институту, Кыргыз Республикасы, Бишкек

Киришүү. Идиопатиялык, аутоиммундук ретиноваскулиттер дүйнө жүзү боюнча көздүн өтө оор оорусу болуп эсептелет. Бул бала жана өспүрүм курактагы балдардын көзүнүн эки тараптуу жабыркашы менен коштолгон, өнөкөт мүнөздөгү оору, адатта аягы жаман аяктайт.

Изилдөө максаты - идиопатиялык ретиноваскулиттерде оорунун жүрүшүнө жана даражасына жараша сары тактын өзгөрүүлөрүнүн өзгөчөлүктөрүн изилдөө болуп саналат.

Материал жана ыкмалар. 106 пациент текшерилди (212 көз) – (172 көздөр) көздүн челинин ангиитинен жабыркаган 86 бейтап жана дени сак 20 адам (КГ) (20 көз), бейтаптардын орточо курагы - 22,0±0,17 жаш. Ретиноваскулит болгондо көздүн түбүнүн өзгөрүүсү аныкталган - ангиоретинопатия 9,3% (16 көз, 8 бейтап), невроретинопатия - 60,5% (104 көз 52 бейтап), невроваскулит 14% (24 көз, 12 бейтап), ангиопатия 16,2% (28 көз, 14 бейтап). Көз түбүнүн өзгөрүүсү белгиленди – жеңил даражада - 33 бейтап (66 көз) - 38,4%; орточо даражада - 30 бейтап (60 көз) - 34,9%; оор даражада - 23 бейтап (46 көз) - 26,7%. Ички органдардын патологияларын жана системалуу оорулардын жок экенин аныктоо үчүн жалпы текшерүү жүргүзүлдү. Көрүү органына жалпы текшерүүлөрдөн тышкары, биомикроскопия, түз жана кайрылма, бинокулярдык офтальмоскопия, көрүү нервинин дискине (ДЗН), сары такка оптикалык когеренттик томография, челдин кан тамырларына калиброметрия менен аутофлюоресценттик ангиография, көздүн артериясына жана венасына, челдин борбордук артериясына (ЦАС) жана челдин борбордук венасына (ЦВС) УЗД жүргүзүлдү.

Жыйынтыгы. Сары тактын патологияларынын клиникалык майып кылуучу формаларына кистоздук-макулярдык шишигени - 11% учурда (18 бейтап, 19 көз); макулострофия - 18,6% (20 бейтап, 32 көз) жана витреомакулярдык тракция - 2,3% (4 бейтап, 4 көз) аныкталды. Сары тактын морфологиялык өзгөрүүлөрүнүн оордугун баалоо критерийи – челдин оптикалык когеренттик томографиясындагы (ОСТ) морфометриялык көрсөткүчтөр эсептелет, алар кистоздук-макулярдык шишигенде кескин жогорулап кетет. Маселен, борбордук подполянын орточо калыңдыгы 280 $\mu\text{m} \pm 0,55$ КГ каршы 386 $\mu\text{m} \pm 4,4$ чейин жогорулаган; макулярдык кубдун көлөмү 9,0 $\text{mm}^3 \pm 0,22$ (КГ) каршы 12,5 $\text{mm}^3 \pm 0,76$ чейин, макулярдык кубдун жана борбордук аңчанын орточо калыңдыгы 280 $\mu\text{m} \pm 0,55$ и 270 $\mu\text{m} \pm 0,57$ (КГ) $P < 0,01$ каршы 378 $\mu\text{m} \pm 0,84$ и 400,3 $\mu\text{m} \pm 1,4$ чейин жогорулаган.

Жыйынтыктар. Челдин ОСТ боюнча морфометриялык көрсөткүчтөрдү аныктоо адекваттуу терапия жүргүзүүнү тандоодо жана анын тактикасында чоң мааниге ээ болот.

Негизги сөздөр: Сары тактын кистоздук-макулярдык шишигени, макулострофиялар, морфометрикалык көрсөткүчтөр.

Шилтеме: М.Н. Уметалиева, В.А. Усенко, Д.В. Генцельман. Идиопатиялык ретиноваскулит болгондо челдин сары тагындагы клиникалык-морфометриялык өзгөрүүлөр. «Кыргызстандын Саламаттык Сактоо» илимий-практикалык журналы, 2020-жылы, №2, саны бетти 17; <http://www.zdrav.kg/> журнал «Кыргызстандын саламаттык сактоо».

Кат алышуу учун: Уметалиева Маана Нурдиновна, заведующая отделом лицензирования и мониторинга, учреждение «Салымбеков Университет», г.Бишкек, Джал Артис, дом 14, кв. 604, 720047, конт.тел.:+(996) 706 666019, E-mail: maanai@mail.ru

Каржылоо. Изилдөөгө демөөрчүлүк болгон эмес.

Кызыкчылыктардын келишпестиги. Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жоктугун жарыялайт.

Клинико-морфометрические изменения желтого пятна сетчатки при идиопатических ретиноваскулитах.

Коллектив авторов, 2020

М.Н. Уметалиева, В.А. Усенко, Д.В. Генцельман.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им.С.Б. Даниярова, Кыргызская Республика, Бишкек

Введение. Идиопатические, аутоиммунные ретиноваскулиты являются одними из тяжелых патологий глаза во всем мире. Это обусловлено двусторонностью поражения глаз детского и юношеского возраста, хроническим течением и неблагоприятным прогнозом.

Цель исследования - изучить особенности изменений желтого пятна в зависимости от течения и степени тяжести патологического процесса при идиопатических ретиноваскулитах.

Материал и методы. Обследовано 106 пациентов (212 глаз) – 86 больных (172 глаза) с ангиитами сетчатки и 20 больных (40 глаз) здоровые лица (КГ), средний возраст больных -22,0±0,17 года. Выявлены изменения глазного дна при ретиноваскулитах - ангиоретинопатия в 9,3% (16 глаз, 8 больных), невротретинопатия - в 60,5% (104 глаза, 52 больных), невроваскулит в 14% (24 глаза, 12 больных), ангиопатия в 16,2% (28 глаз, 14 больных). Констатированы изменения глазного дна - легкая степень - 33 больных (66 глаз) - 38,4%; средняя - 30 больных (60 глаз) - 34,9%; тяжелая - 23 больных (46 глаз) - 26,7%. Проводилось общее обследование для исключения патологии внутренних органов и системных заболеваний. Со стороны органа зрения - кроме общепринятых: биомикроскопия глаза, прямая и обратная, бинокулярная офтальмоскопия, оптическая когерентная томография диска зрительного нерва (ДЗН), желтого пятна, аутофлуоресцентная ангиография с калиброметрией сосудов сетчатки, УЗД глазничной артерии и вены, центральной артерии сетчатки (ЦАС) и центральной вены сетчатки (ЦВС).

Результаты. К наиболее инвалидизирующим клиническим формам патологии желтого пятна выявлены кистозно-макулярный отек в 11% случаев (18 больных, 19 глаз); макулодистрофии - в 18,6% (20 больных, 32 глаза) и витреомакулярная тракция - 2,3% (4 больных, 4 глаза). Критерием оценки тяжести морфологических изменений желтого пятна являются морфометрические показатели при оптической когерентной томографии (ОСТ) сетчатки, которые достоверно резко повышены при кистозно-макулярном отеке. Так, средняя толщина центрального подполя увеличена до $386 \mu\text{m} \pm 4,4$ против $280 \mu\text{m} \pm 0,55$ в КГ; объем макулярного куба до $12,5 \text{ mm}^3 \pm 0,76$, против $9,0 \text{ mm}^3 \pm 0,22$ (КГ), средняя толщина макулярного куба и центральной ямки увеличены до $378 \mu\text{m} \pm 0,84$ и $400,3 \mu\text{m} \pm 1,4$ против $280 \mu\text{m} \pm 0,55$ и $270 \mu\text{m} \pm 0,57$ (КГ) $P < 0,01$.

Выводы. Определение морфометрических показателей по данным ОСТ сетчатки имеют большое значение в выборе и тактике проведения адекватной терапии.

Ключевые слова: Кистозно-макулярный отек желтого пятна, макулодистрофии, морфометрические показатели.

Для цитирования: М.Н. Уметалиева, В.А. Усенко, Д.В. Генцельман. Клинико-морфометрические изменения желтого пятна сетчатки при идиопатических ретиноваскулитах. Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана» 2020 №2, стр.17; <http://www.zdrav.kg/> журнал «Здравоохранение Кыргызстана».

Для корреспонденции: Уметалиева Маана Нурдиновна, заведующая отделом лицензирования и мониторинга, учреждение «Салымбеков Университет», г.Бишкек, Джал Артис, дом 14, кв. 604, 720047, конт.тел.:+(996) 706 666019. E-mail: maanai@mail.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Clinical-morphometric changes in macula of retina in idiopathic retin vasculitis.

Authors Collective, 2020

M.N. Umetalieva , V.A. Usenko , D.V. Gentselman

S.B. Daniyarov Kyrgyz State Medical Institute of Continuous Education, Kyrgyz Republic, Bishkek

Introduction. Idiopathic, autoimmune retinal vasculitis is one of the most severe eye pathologies in the world. This is due to bilateral eye lesions in childhood and adolescence, chronic flow of disease and dismal prognosis.

Objective of the research- to study the specifics of changes in yellow spot depending on the course and severity of the pathological process in case of idiopathic retinal vasculitis.

Material and methods: 106 patients (212 eyes) were examined - 86 patients (172 eyes) with retinal angiitis and 20 healthy persons (40 eyes) (CG), the average age of the patients was -22.0 ± 0.17 years. Changes in the fundus of eye were revealed in retinal vasculitis - angioretinopathy in 9.3% (16 eyes, 8 patients), neuroretinopathy - in 60.5% (104 eyes, 52 patients), neural vasculitis in 14% (24 eyes, 12 patients), angiopathy in 16.2% (28 eyes, 14 patients). Lesions in fundus of eye were recorded - mild - 33 patients (66 eyes) - 38.4%; medium - 30 patients (60 eyes) - 34.9%; severe - 23 patients (46 eyes) - 26.7%. General examination was carried out to exclude pathologies of internal organs and systemic diseases. Apart from the generally accepted, the following was conducted on the eye: direct and reverse eye biomicroscopy, binocular ophthalmoscopy, optical coherent tomography of the optic disc, yellow spot, autofluorescent angiography with the calibrometry of the retina vessels, ultrasonic diagnostics of the orbital artery and vein, central retinal artery and central retinal vein.

Results. The following were defined as the most incapacitating clinical forms of yellow spot pathology: cystic-macular edema - 11% of cases (18 patients, 19 eyes); maculodystrophy - in 18.6% (20 patients, 32 eyes) and vitreomacular traction - 2.3% (4 patients, 4 eyes). The criteria for assessing the severity of morphological changes in the yellow spot are morphometric indicators of optical coherent tomography (OCT) of the retina, which are significantly increased in cystic-macular edema. Thus, the average thickness of the central subfield has increased to $386 \mu\text{m} \pm 4.4$ against $280 \mu\text{m} \pm 0.55$ in CG; volume of macular cube up to $12.5 \text{ mm}^3 \pm 0.76$, against $9.0 \text{ mm}^3 \pm 0.22$ (KG), average thickness of macular cube and fovea are increased to $378 \mu\text{m} \pm 0.84$ and $400.3 \mu\text{m} \pm 1.4$ against $280 \mu\text{m} \pm 0.55$ and $270 \mu\text{m} \pm 0.57$ (CG) $P < 0.01$.

Conclusions. Determination of morphometric indicators by optical coherent tomography of retina is very important for the selection of adequate therapy and tactics.

Key words: *Cystoid macular edema of yellow spot, macular dystrophy, morphometric indicators.*

For citation: M.N. Umetalieva , V.A. Usenko , D.V. Gentselman . Clinical-morphometric changes in macula of retina in idiopathic retinovasculitis. «Health Care of Kyrgyzstan reseach and practical journal» 2020, №2, p.№17.; <http://www.zdrav.kg/> «Kyrgyzstan Health Journal».

For correspondence: Umetalieva Maana Nurdinovna, head of the licensing and monitoring department, institution "Salymbekov University," Bishkek, Jal Artis, house 14, sq. 604, 720047, c.tel: +(996) 706 666019. E-mail: maanai@mail.ru

Financing. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors claim that there are no conflicts of interest.

Введение. В настоящее время, одной из важных проблем в патологии сетчатки являются поражения сосудов сетчатки - ретиноваскулиты с развитием невротретинопатий и макулопатий с последующим развитием макулодистрофии.

По данным литературы распространенность данной патологии составляет от 18% до 42% случаев (1,2).

Актуальность этой проблемы обусловлена высокой частотой инвалидизации по зрению - 25,6%

(3), патологий глаз детского и юношеского возраста, хроническим течением и двухсторонностью поражения.

Наряду с этим, патология глазного дна при идиопатических ретиноваскулитах нередко невыясненной этиологии, поздно диагностируется, в соответствии с чем, имеют место выраженные функциональные нарушения, трудно поддающиеся лечению.

По данным литературы, чаще всего в основе поражения сосудистой стенки в сетчатке лежат ауто-

иммунные реакции в условиях гиперсенсibilизации к хроническим инфекциям, факторам внешней среды, или генетической предрасположенности. Антигенными свойствами обладают мюллеровы клетки, эндотелий сосудистой стенки, клетки пигментного эпителия сетчатки (4,5,6,7).

Ангииты сетчатки могут развиваться как симптом при заболевании глаза или организма, а также как изолированный процесс в глазу, так называемые идиопатические васкулиты. Основными морфологическими признаками являются воспаление, тромбирование, облитерация или некроз сосудистой стенки, приводящей к ишемии сетчатки, диска зрительного нерва или желтого пятна сетчатки, неоваскуляризации, перивазального выпота, неоваскуляризации, глиоза. (8,9)

В сетчатке необходимо различать поверхностные сосудистые сплетения из системы центральной артерии и вены (ЦАС и ЦВС), которые локализуются в слое ганглиозных клеток и слое нервных волокон в пласте внутренней пограничной мембраны (ВПМ) толщиной в среднем 120 мкм - это сосудистая сеть из крупных сосудов сетчатки и глубокого сосудистое сплетение, располагающееся во внутреннем и наружном плексиформном слое, имеют толщину 60 мкм.

Поражение этих сосудов в сетчатке обуславливает особенности клинических проявлений. (10) К наиболее уязвимым зонам сетчатки относятся - макулярная, которая кровоснабжается конечными сосудами III-го порядка ЦАС и ЦВС.

По данным литературы (11,12) у 1/3 больных с ретиноваскулитами выявлен кистозно-макулярный отек высотой до 310 мкм по данным OCT, более тяжелые изменения желтого пятна в большинстве случаев отмечены у больных с тромбированием ретинальных сосудов в виде отслойки пигментного эпителия с последующим развитием макулодистрофии. (13,14) и в соответствии с этим снижением остроты зрения. Ранняя диагностика этой патологии и проведение адекватной терапии может предотвратить слабовидение.

Зачастую ошибочно оцениваются изменения глазного дна при ретиноваскулитах. В связи с этим, нами поставлена цель - изучить клинико-морфометрические расстройства патологии желтого пятна сетчатки у больных с идиопатическими ретиноваскулитами.

Материал и методы исследования. Обследованию подлежало 106 пациентов (212 глаз), среди которых - 86 больных (172 глаза) с ангиитами сетчатки и 20 человек (40 глаз) здоровые лица, которые составили контрольную группу. Средний возраст больных с идиопатическими ретиноваскулитами составили $22,0 \pm 0,17$ года.

У больных с ангиитами сетчатки констатированы изменения глазного дна: на 16 глазах (8 больных) - 9,3% - ангиоретинопатия, на 104 глазах (52

больных) - 60,5% - невротретинопатия, на 24 глазах (12 больных) - невроваскулиты - 14%, на 28 глазах (14 больных) - ангиопатия сетчатки - 16,2%.

Тяжесть изменений глазного дна определялась по выраженности функциональных нарушений, степени нарушения линейной скорости кровотока в сосудах центральной артерии и вены сетчатки, калиброметрии сосудов и площадью поражения и зоны патологических изменений сетчатки, диска зрительного нерва и макулярной области.

В соответствии с этим, выявлены: лёгкая степень у 33 больных (66 глаз) - 38,4%; средняя у 30 больных (60 глаз) - 34,9% и тяжёлая у 23 больных (46 глаз) - 26,7%.

Всем больным проводились клинико-лабораторные исследования для исключения патологии внутренних органов и системных заболеваний.

Проводились исследования крови на наличие антител при вирусных, бактериальных, инфекционных заболеваний, включая туберкулез, ревматизм, бруцеллез, ВИЧ-инфекцию.

Наряду с общепринятыми методами исследования органа зрения, проводились биомикроскопия переднего отрезка глаза и внутренних структур глаза, прямая и обратная бинокулярная офтальмоскопия (Schepensa и линзой Гольдмана), оптическая когерентная томография (OCT) диска зрительного нерва и желтого пятна (CARL ZEISS Cirrus HD OCT Model 4000/5000, Germany), аутофлуоресцентная ангиография с калиброметрией (Cirrus HD-OCT Carl Zeiss) сосудов сетчатки, исследование гемодинамики в сосудах сетчатки и диска зрительного нерва (УЗ-система «Dopscan»).

Статистический анализ результатов исследования проводился согласно общепринятым методикам с помощью программных средств Microsoft Office 2010 для операционных систем Windows XP и программы Statistica. Данные представлены средней арифметической и ее стандартным отклонением ($M \pm m$). За достоверный показатель принималась разница величин $P < 0,05$.

Обсуждение результатов.

Одной из частых сопутствующих изменений сетчатки является патология желтого пятна. Уязвимость макулярной зоны обусловлена отсутствием ретинальных сосудов в жёлтом пятне и его кровоснабжение сосудами мелкого калибра.

Согласно проведенным исследованиям изменения желтого пятна сетчатки выявлено у 66 больных (100 глаз), что составляет - 58%, чаще всего наряду с наличием невротретинопатий у пациентов с идиопатическими ретиноваскулитами.

Как видно из таблицы 1 и рисунков 1 и 2 клинические формы данной патологии представлены в виде: макулопатий - у 24 больных (45 глаз) - 26,2%; кистозно-макулярного отека - у 18 больных (19 глаз) - 11%; макулодистрофии - у 20 больных (32

Таблица 1. Клинические формы патологии жёлтого пятна сетчатки при идиопатических ретиноваскулитах при различных степенях тяжести изменений глазного дна.

Table 1. Clinical forms of the pathology of the yellow retinal spot in idiopathic retinovasculitis with various degrees of severity of changes in the eye floor.

Клинические формы патологии	Кол-во больных (глаз)%	Степень тяжести изменений глазного дна		
		легкая	средняя	тяжелая
желтого пятна	66 б-х (100 глаз) 58,1%	33 больных (66 глаз)	30 больных (60 глаз)	23 больных (46 глаз)
Макулопатия	24 б-х (45 глаз) 26,2%	8 б-х (15 глаз) 22,7%	12 б-х (22 глаза) 36,7%	4 б-х (8 глаз) 17,4%
Кистозно-макулярный отек	18 б-х (19 глаз) 11%	-	7 б-х (7 глаз) 11,7%	11 б-х (12 глаз) 26%
Макулодистрофия	20 б-х (32 глаза) 18,6%	-	8 б-х (12 глаз) 20%	12 б-х (20 глаз) 43,5%
Макулодистрофия с витреоретинальной тракцией	4 б-х (4 глаза) 2,3%	-	-	4 б-х (4 глаза) 8,7%

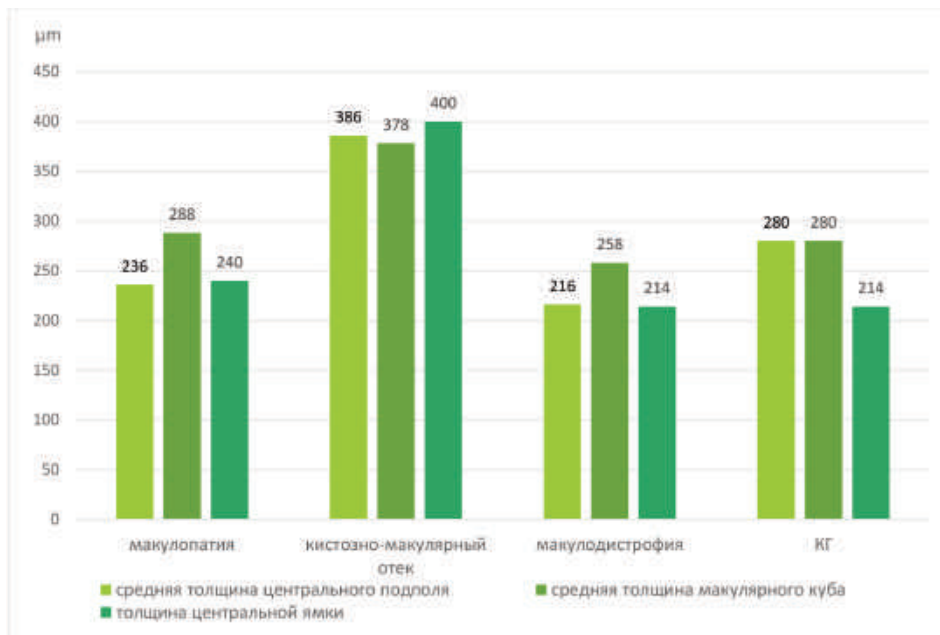


Рис.1. Морфометрические показатели при различных патологиях желтого пятна сетчатки у больных с идиопатическими ретиноваскулитами.

Fig. 1. Morphometric indices in various retinal macular pathologies in patients with idiopathic retinovasculitis.

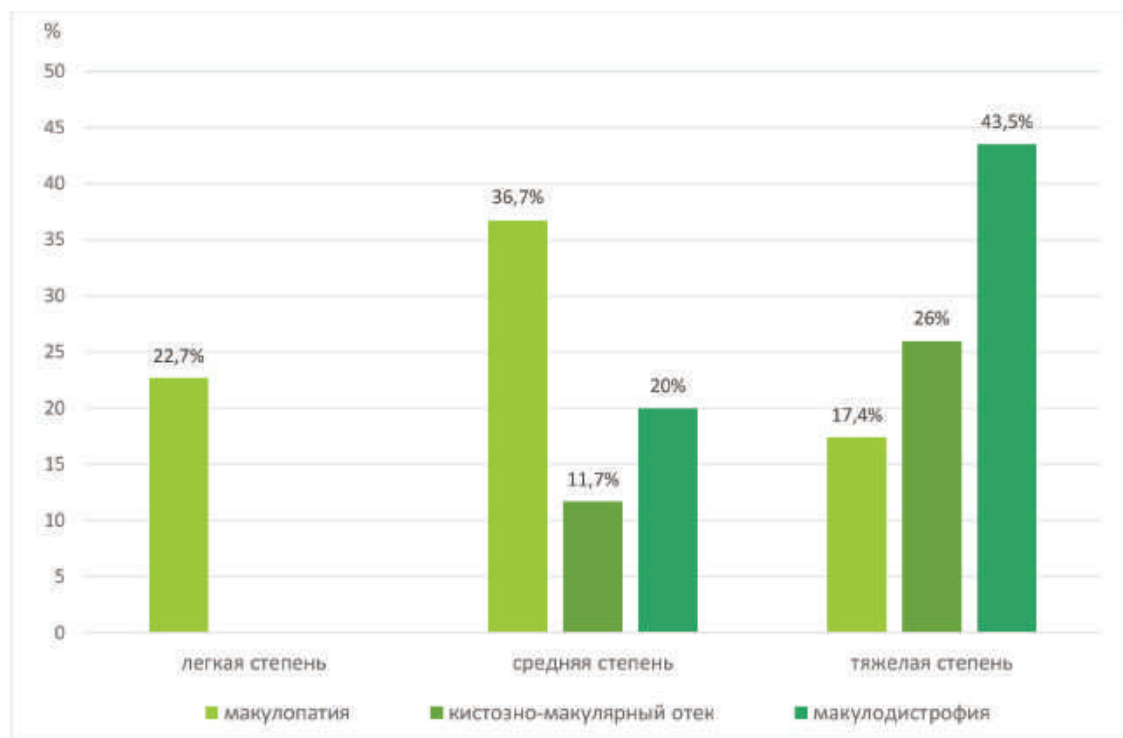


Рис.2. Патология желтого пятна сетчатки при различной степени тяжести при идиопатических ретиноваскулитах.

Fig. 2. Retinal macular pathology with varying severity in idiopathic retinovaskulitakh.

глаза) - 18,6% и витреомакулярной тракции у 4 больных (4 глаза) - 2,3%. При тяжелой степени изменений глазного дна преобладают патологии желтого пятна, инвалидизирующие глаза - кистозно-макулярный отек - в 26% случаев и макулодистрофии выявленные в 43,5%. Критерием оценки степени морфологических нарушений в различных слоях и зонах желтого пятна являются морфометрические показатели при различных клинических формах его патологии, выявленные при проведении оптической когерентной томографии (ОСТ) сетчатки. К ним относятся: средняя толщина центрального подполя (в пределах фовеолярной депрессии); объем макулярного куба; средняя толщина макулярного куба; толщина fovea (центральной ямки).

Как видно из таблицы 2 и рис.2 средняя толщина центрального подполя при кистозно-макулярном отеке достоверно увеличена до $386 \mu\text{m} \pm 4,4$ по сравнению с макулодистрофией - $216 \mu\text{m} \pm 1,4$ и контрольной группой - $280 \mu\text{m} \pm 0,55$ ($P < 0,01$).

Наряду с этим, при кистозно-макулярном отеке отмечается увеличение объема макулярного куба до $12,5 \text{ mm}^3 \pm 0,76$, против $9,0 \text{ mm}^3 \pm 0,22$ при макулодистрофии и КГ - $9,2 \text{ mm}^3 \pm 0,23$ и макулопатии - $10,5 \text{ mm}^3 \pm 0,24$ ($P < 0,05$).

У больных с кистозно-макулярным отеком выявлено достоверное повышение и средней тол-

щины макулярного куба до $378 \mu\text{m} \pm 0,84$, против $288 \mu\text{m} \pm 0,57$ при макулопатии и $258 \mu\text{m} \pm 1,1$ при макулодистрофии, а также у здоровых лиц - $280 \mu\text{m} \pm 0,55$ ($P < 0,01$).

Наряду с этим, у больных с идиопатическими ретиноваскулитами с кистозно-макулярным отеком имеет место выраженное увеличение толщины центральной ямки желтого пятна до $400,3 \pm 1,4$ против $241 \pm 1,15$ при макулопатии, $214 \pm 1,3$ - при макулодистрофиях и $270 \pm 0,57$ в КГ ($P < 0,01$).

Выявленное увеличение морфометрических показателей у больных с кистозно-макулярным отеком нередко сопровождается наличием субретинальной неоваскулярной мембраны, отслойкой пигментного эпителия и резким, ниже 0,1, понижением остроты зрения.

В соответствии с чем, патология желтого пятна у больных с идиопатическими ретиноваскулитами, а также витреоретинальный тракционный синдром относятся к тяжелой степени изменений глазного дна, инвалидизирующий глаз.

Как видно из таблицы №1 и графика №2 кистозно-макулярный отек выявлен у 18 больных (19 глаз): при тяжелой степени патологии глазного дна - у 11 больных (12 глаз) - в 26%; при средней степени - у 7 больных (7 глаз) в 11,7%.

К инвалидирующим изменениям жёлтого пятна относится - макулодистрофия, выявленная у 24 больных (на 36 глазах) в 18,6%, у 4 больных (4 глаза) - с витреоретинальной тракцией. При средней степени изменения глазного дна у 8 больных (12 глаз) - 20%; при тяжёлой степени - у 16 больных (24 глаза) - 52%.

К наиболее лёгким и ранним проявлени-

ям при идиопатических ретиноваскулитах, нередко сохраняющим центральное зрение, относятся изменения на глазном дне в виде макулопатии. Как видно из таблицы №1 и графика №2, макулопатия выявлена у 24 больных (45 глаз) в 26,2%; при средней степени у 12 больных (22 глаза) в 36,7%; при лёгкой степени - у 8 больных (15 глаз) в 22,7%.

Таблица 2. Морфологические показатели патологии желтого пятна сетчатки при идиопатических ретиноваскулитах.

Table 2. Morphological indices of retinal macular pathology in idiopathic retinovaskulita.

Морфометрические показатели желтого пятна сетчатки	Макулопатия 24 б-х (45 глаз)	Кистозно-макулярный отек 18 б-х (19 глаз)	Макулодистрофия 20 б-х (32 глаза)	Макулодистрофия с витреоретинальной тракцией 4 б-х (4 глаза)	КГ 20 б-х (40 глаз)
Средняя толщина центрального подполя, μm	236 \pm 1,2	386 \pm 4,4 Δ	216 \pm 1,4 Δ	259 \pm 0,63	280 \pm 0,55
Объем макулярного куба, mm^3	10,5 \pm 0,24 Δ	12,5 \pm 0,76 Δ	9,0 \pm 0,22 Δ	10,5 \pm 0,24	9,2 \pm 0,23
Средняя толщина макулярного куба, μm	288 \pm 0,57	378 \pm 0,84 Δ	258 \pm 1,1 Δ	297 \pm 0,58	280 \pm 0,55
Толщина fovea (центральной ямки), μm	241 \pm 1,15 Δ	400,3 \pm 1,4 Δ	214 \pm 1,3 Δ	265,2 \pm 0,22	270 \pm 0,57

Заключение.

1. Таким образом, к наиболее инвалидирующим клиническим формам патологии жёлтого пятна у больных с идиопатическими ретиноваскулитами относятся кистозно-макулярный отек и макулодистрофии, в том числе с витреоретинальным тракционным синдромом.
2. Критерием оценки выраженности морфологиче-

- ских изменений жёлтого пятна у больных с ангиитами сетчатки являются морфометрические показатели при проведении оптической когерентной томограммы сетчатки (ОСТ).
3. Степень выраженности клинико-морфометрических показателей обуславливают тактику и проведение адекватной терапии.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Танковский В.Э. Тромбозы вен сетчатки – М: Воениздат, 2000 [Tankovskiy V.E. Retinal vein thrombosis. Moscow: Voениzdat, 2000 (in Russ)]
2. Астахов Ю.С., Тульцева С.Н. Этиологические факторы развития тромбоза вен сетчатки у пациентов молодого возраста. Регионарное кровообращение и микроциркуляция.- 2004.-Т.3.-№4.-с.39-42 [Astakhov Y.S., Tultseva S.N. Etiological factors of retinal vein thrombosis development in young patients. Regionarnoe krovoobrashchenie i microtsirkuliat-siya.2004; 3(4): 39-42 (in Russ)]
3. Ермакова Н.А., Автореферат дисс., д.м.н., М., 2004 «Клиника, этиопатогенез, лечение ангиитов сетчатки».[Ermakova N.A., Autoreferat of diss., dr. medical science, M., 2004 "Clinic, etiopathogenesis, treatment of retinal angiitis"]
4. Антипова В.Н., Шлыкова М.А., и др. “Системные васкулиты: наблюдения из практики.”Современная ревматология №3, 2015 с.26-29.[Antipova V.N., Shlykova M.A., and others. "Systemic vasculitis: observations from practice." Modern rheumatology No. 3, 2015 p.26-29.]
5. Nquyen M.L., Biaho J.A. Apoptosis During Herpes Simplex Virus infection. Adv Virus Res. 2006, 69: 67-97, doi: 10.1016/s0065-3527(06)69 002-7.
6. Odeterq J. Wolmer N/ et al Human cytomegalovirus inhibits neuronal differentiation and induces apoptosis in human neuronal precursor cells. J.Virol.2006; 80(18) 8929-8939. doi:10.1128/JVL00676-06.
7. Emmi G. Silvestri E, et al Thrombosis in vasculitis from pathogenesis to treatment. Thromb J. 2075;1315, doi: 10.1186/s 12959 – 015 -0047 – z.
8. Гринштейн Ю.И. Васкулиты. Красноярск ИПК «Платина» 2001, с.224.[Greenstein Yu.I. Vasculita. Krasnoyarsk IPK "Platinum" 2001, p. 244.]
9. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкина Н.П., Васкулиты и васкулопатии 1999, 616 с. Ярославль.[Nasonov E.L., Baranov A.A., Shilkina N.P., Vasculitis and vasculopathy 1999, 616 p. Yaroslavl.]
10. Бруно Лумбросо, Дэвид Хуанг, Гинг Дис Чен и др. ОКТ, ангиография клинический атлас, “Нормальная сосудистая сеть сетчатки” М.2017, с.38.[Bruno Lumbroso, David Huang, Ging Dis Chen and others. OCT, angiography clinical atlas, "Normal vascular network of a retina" M.2017, page 38.]
11. Тульцева С.Н., Лисочкина А.Б. и др. Основные аспекты этиопатогенеза окклюзий вен сетчатки у лиц молодого возраста. Часть I. Нейроретиноваскулиты (протромботический потенциал, клинические проявления). Офтальмологические ведомости. 2018 Т.11.№2 с.57-67.[Tultseva S.N., Lisochkina A.B. and others. The main aspects of etiopathogenesis of retinal vein occlusions in young people. Part I. Neuroretinovasculitis (prothrombotic potential, clinical manifestations). Ophthalmologic sheets. 2018 T.11.№2 page 57-67.]
12. Малов И.В., Сеннова Л.Г., Гришина Е.Е. и др. Клинические особенности васкулита зрительного нерва. Офтальмология т.2, 2017 с.125-127.[Malov I.V., Sennova L.G., Grishina E.E. and others. Clinical features of optic nerve vasculitis. Ophthalmology vol. 2, 2017 p.125-127.]
13. Chang Vc, Wu WC Intravitreal triamcinolone acetone for the management of panillophlebitis and associated macular edema. Int Ophthalmol. 2008;28(4):291 - 296.doi:10.1007/s10792-007-9128-8.
14. Grosso A., Calzada J, Randolph et al. Papillophlebitis: a closer look. Retina Today; 2017, 12 (5):32-38.

Сведения об авторе(ах):

1. **Уметалиева Маана Нурдиновна**, заведующая отделом лицензирования и мониторинга, учреждение «Салымбеков Университет», г.Бишкек, Джал Артис, дом 14, кв. 604, 720047. Конт. тел.: +(996) 706 666 019, E-mail: maanai@mail.ru
2. **Усенко Валентина Александровна**, к.м.н., доцент кафедры специализированной хирургической помощи (глазные болезни) Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им.С.Б.Даниярова, г.Бишкек, ул. Усенбаева, 3, 720064. Конт. тел.: +(996) 555 939941.
3. **Генцельман Дмитрий Владимирович**, врач офтальмолог, специалист по ОКТ-диагностике, медицинский центр МедЭкс, 720073. Конт. тел.: +(996) 555408608, E-mail: nawt@inbox.ru

Клиническая медицина

УДК 613.633

Ар түрлүү өндүрүштүк аэрозолдордун таасиринин негизинде гастроэзофагеалдык рефлюкс оорусунун өзгөчөлүгү.

Авторлордун тобу, 2020

М.В.Шеенкова, П.В.Серебряков.

ФБУН «Ф.Ф. Эрисман атындагы Федералдык илимий гигиена борбору» Роспотребнадзор, Россия Федерациясы, Москва

Корутунду. Гастроэзофагеалдык рефлюкс оорусу – полиэтиологиялык социалдык маанидеги оору, анын өнүгүү ыктымалдыгы жагымсыз өндүрүш факторлорунун таасири менен көбөйөт.

Изилдоонин максаты- гастроэзофагеологиялык рефлюкс оорусунун (GERD) өнүгүшүнө ар кандай өнөр жай аэрозолдорунун жана жашоо мүнөзүнүн таасирин салыштырмалуу баалоо.

Изилдоонун тапшырмасы: Ар кандай курамдагы өндүрүштүк аэрозолдордун таасири астында иштеген ашказан-ичегинин (АИ) жогорку болугун эндоскопия менен текшерүү, жумушчулардын тамактануу өзгөчөлүгүн жана дени сак жашоо мүнөзүн эске алуу менен текшеруунүн натыйжаларын диспепсиянын белгилери менен салыштыруу.

Материалдар жана изилдоо ыкмасы. Жез-никель рудасынын чаңы, ширетүүчү аэрозоль, кварц камтыган чаң, көмүртек чаңы сыяктуу өнөр жайлык аэрозолдун курамына ылайык төрт топко бөлүнгөн тоо-кен жана машина куруу тармагында иштеген 84 жумушчуга сурамжылоо жүргүзүлгөн. Изилдоого тамактануу жүрүм-туруму жана сергек жашоо мүнөзү боюнча сурамжылоону, ичеги-карын ичегисинин жогорку болугуно эндоскопиялык баа берүү, диспепсиянын субъективдүү белгилерин талдоо жана анын натыйжаларын статистикалык баалоо камтылган.

Изилдоонун жыйынтыктары жана аны талкулоо: эндоскопиялык изилдоонун жыйынтыгы боюнча ар кандай топтордогу бейтаптардын ортосунда ичеги-карын трактыларынын жогорку болугундо олуттуу айырмачылыктар аныкталды. Диспепсиянын ашказан-ичеги-карын жолунун жогорку болугунун эндоскопиялык өзгөрүүлөр менен байланышын чагылдырган анкетанын натыйжасында топтордун ортосундагы айырмачылыктар аныкталды. Тамактануу факторуна, алкогольдук ичимдиктин дайыма колдонуу жана тамеки тартуу индекси боюнча изилденгендердин ортосунда олуттуу айырмачылыктар байкалган жок.

Жыйынтык: Көмүртекчү чаңдын аэрогендик жүгү ГЭРБ тобокелдигинин жогорулоосу менен коштолот. Ширетүүчү аэрозоль менен байланышкан учурда, патологиялык рефлюкстун курчuu мүмкүнчүлүгүн жогорулатат, ошол эле учурда, кызыл өңгөчкө зыян келтирүүнүн субъективдүү көрүнүштөрүнүн деңгээли белгиленет. Аныкталган өзгөрүүлөр тамактануунун өзгөчөлүктөрүнө жана сергек жашоо мүнөзүн сактоого байланыштуу эмес.

Озоктуу создор: *Гастроэзофагеалдык рефлюкс оорусу, көмүртек өндүрүштүк аэрозолу, көмүртек чаңы, ширетүүчү аэрозоль, жез-никель руда чаңы, кремний камтыган чаң.*

Шилтеме: М.В.Шеенкова, П.В.Серебряков. Ар түрлүү өндүрүштүк аэрозолдордун таасиринин негизинде гастроэзофагеалдык рефлюкс оорусунун өзгөчөлүгү. «Кыргызстандын Саламаттык Сактоо» илимий-практикалык журналы, 2020-жылы, № 2, саны бетти 25 ; <http://www.zdrav.kg/> журнал « Кыргызстандын саламаттык сактоо».

Кат алышуу учун: Шеенкова Мария Викторовна, м.и.к., ФБУН «Ф.Ф. Эрисман атындагы Федералдык илимий гигиена борбору» Роспотребнадзор, Россия Федерациясы, Москва, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4307-2800>, eLibrary SPIN:7587-0410, байланыш. тел.: +79036 187586, E-mail: docmv@yandex.ru. Дареги иштеген жери: 141014, Московская обл., ш. Мытищи, көч..Семашко, үй 2.

Каржылоо. Изилдөөгө демөөрчүлүк болгон эмес.

Кызыкчылыктардын келишпестиги. Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жок-тугун жарыялайт.

Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при воздействии различных видов промышленных аэрозолей.

Коллектив авторов, 2020

М.В.Шеенкова, П.В.Серебряков.

ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора, Российская Федерация, Москва

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – полиэтиологическое социально значимое заболевание, вероятность развития которого возрастает в условиях воздействия неблагоприятных производственных факторов.

Цель исследования - сравнительная оценка влияния разных промышленных аэрозолей и образа жизни на развитие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Задачи исследования: эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) работающих в условиях воздействия промышленных аэрозолей различного состава, сопоставление результатов обследования с симптомами диспепсии с учетом особенностей питания рабочих и соблюдения здорового образа жизни.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 84 рабочих горнодобывающей и машиностроительной промышленности, распределенных на четыре группы в соответствии с составом действующего промышленного аэрозоля: пыль медно-никелевых руд, сварочный аэрозоль, кварцсодержащая пыль, углеродная пыль. Обследование включало анкетирование по вопросам пищевого поведения и соблюдения здорового образа жизни, эндоскопическую оценку верхних отделов ЖКТ, анализ субъективной симптоматики диспепсии, статистическую обработку результатов.

Результаты исследования и обсуждение. По результатам эндоскопического исследования выявлены достоверные различия состояния верхних отделов ЖКТ между пациентами разных групп. При анализе данных, полученных в результате анкетирования, отражающих связь диспепсии с эндоскопическими изменениями верхних отделов ЖКТ выявлены различия между группами. Не выявлено достоверных отличий между обследованными по алиментарному фактору, регулярности употребления алкоголя, индексу курения.

Выводы. Аэрогенная нагрузка углеродной пылью сопровождается повышением риска развития ГЭРБ. Контакт со сварочным аэрозолем приводит к повышению вероятности развития патологических рефлюксов, одновременно с этим происходит нивелирование выраженности субъективных проявлений поражения пищевода. Выявленные изменения не зависят от особенностей питания и соблюдения здорового образа жизни обследованными.

Ключевые слова: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, промышленный аэрозоль, углеродная пыль, сварочный аэрозоль, пыль медно-никелевых руд, кварцсодержащая пыль.

Для цитирования: М.В.Шеенкова, П.В.Серебряков. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при воздействии различных видов промышленных аэрозолей. Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана» 2020 № 2, стр. № 25; <http://www.zdrav.kg/> журнал «Здравоохранение Кыргызстана».

Для корреспонденции: Шеенкова Мария Викторовна, к.м.н., ФБУН ФНЦГ им.Ф.Ф.Эрисмана Роспотребнадзора, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4307-2800>, eLibrary SPIN:7587-0410, конт. тел. +79036 187586, E-mail: docmv@yandex.ru. Адрес место работы: 141014, Московская обл., г. Мытищи, ул.Семашко, д.2.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Features of the course of gastroesophageal reflux disease when exposed to various types of industrial aerosols.

Authors Collective, 2020

M.V. Sheenkova, P.V.Serebryakov

F.F. Erisman Federal Scientific Centre of Hygiene, Rospotrebnadzor, Russian Federation, Moscow

Introduction. Gastroesophageal reflux disease is a polyetiological socially significant disease, the probability of which increases under the influence of adverse industrial factors.

The aim of the study- a comparative assessment of the impact of different industrial aerosols and lifestyle on the development of gastroesophageal reflux disease (GERD). Purpose of the study: endoscopic examination of the upper gastrointestinal tract (GIT) working in conditions of exposure to industrial aerosols of different composition, comparison of survey results with dyspepsia taking into account dietary habits of workers and compliance with a healthy lifestyle.

Material and methods of research. A survey of 84 workers in the mining and engineering industries, divided into four groups according to the composition of the affected industrial aerosol: copper-Nickel ore dust, welding aerosol, quartz-containing dust, coal dust. The survey included a questionnaire on eating behavior and healthy lifestyle, endoscopic assessment of the upper gastrointestinal tract, analysis of subjective symptoms of dyspepsia, and statistic processing of results.

Research results and discussion. The results of endoscopic examination revealed significant differences in the state of the upper gastrointestinal tract between patients of different groups. When analyzing the data obtained from the survey, reflecting the relationship of dyspepsia with endoscopic changes in the upper gastrointestinal tract, differences between the groups were revealed. There were no significant differences between the surveyed by alimentary factor, regularity of alcohol consumption, and Smoking index.

Conclusions. The aerogenic load of coal dust is accompanied by an increased risk of GERD. Contact with welding aerosol leads to an increase in the probability of developing pathological reflux, while at the same time there is a leveling of the severity of subjective manifestations of esophageal lesions. The detected changes do not depend on the characteristics of nutrition and healthy lifestyle observed by the subjects.

Key words: *Gastroesophageal reflux disease, industrial aerosol, coal dust, welding aerosol, copper-nickel ore dust, quartz-containing dust.*

For citation: M.V. Sheenkova, P.V.Serebryakov. Features of the course of gastroesophageal reflux disease when exposed to various types of industrial aerosols. «Health Care of Kyrgyzstan research and practical journal» 2020, № 2 p.№ 25 .; <http://www.zdrav.kg/> «Kyrgyzstan Health Journal».

For correspondence: Sheenkova Maria Viktorovna, Ph.D., FBUN FNTZ named after F.F. Erisman Rospotrebnadzor, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4307-2800>, eLibrary SPIN:7587-0410, cont. тел. +79036187586, E-mail: docmv@yandex.ru. Address place of work: 141014, Moscow region, Mytishchi, st. Semashko, d.2

Financing. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors claim that there are no conflicts of interest.

Введение. Гастроэзофагеальная рефлексная болезнь в силу высокой распространенности, выраженности симптомов, возможности развития осложнений, в том числе являющихся причиной временной нетрудоспособности, становится социально значимым заболеванием [2]. Предикторами поражения слизистой оболочки пищевода могут выступать эндогенные причины, в том числе анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта и экзогенные воздействия [1]. В условиях воздействия комплекса производственных факторов, оказывающих общее неблагоприятное влияние на организм при выполне-

нии работ в современной промышленности, вероятность поражения пищеварительного тракта возрастает.

Цель исследования - провести сравнительную оценку влияния промышленных аэрозолей различного состава и образа жизни на развитие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Задачи исследования: Оценка состояния слизистой оболочки пищевода, моторной и секреторной функции верхних отделов ЖКТ пациентов, подвергавшихся воздействию промышленных аэрозолей различного состава, сопоставление результатов эндоскопического исследования пищевода и вы-

раженности субъективной симптоматики эзофагита с учетом анализа пищевого поведения и соблюдения здорового образа жизни.

Материалы и методы исследования. В обследование включены 84 рабочих горнодобывающей и машиностроительной промышленности, средний возраст обследованных составляет $52 \pm 3,5$ года, средний стаж обследованных составляет $22,7 \pm 6,3$ года.

В 1 группу (21 человек) вошли подземные горнорабочие, подвергавшиеся воздействию пыли медно-никелевых руд. Во 2 группу (17 человек) вошли газосварщики, подвергавшиеся воздействию сварочного аэрозоля. Третью группу из 26 человек составили рабочие, подвергавшиеся воздействию кварцсодержащей пыли. Четвертая группа (20 человек) – рабочие, подвергавшиеся воздействию углеродной пыли. Группы были сопоставимы по возрасту и стажу. Проводилось анкетирование обследованных для выявления характера пищевого поведения и соблюдения правил здорового образа жизни. Состояние верхних отделов ЖКТ оценивалось на основе анализа результатов эзофагогастро-

дуоденоскопии (ЭГДС) с учетом субъективной оценки пациентами наличия и выраженности симптомов диспепсии. Достоверность различий оценивалась с применением критерия Фишера (ϕ) Взаимосвязь признаков оценивалась методом ранговой корреляции Спирмена (R).

Результаты исследования и обсуждение.

Эндоскопическое выявление признаков ГЭРБ включало в себя оценку состояния слизистой оболочки пищевода, кислотообразующей функции желудка и выявление симптомов гастроэзофагеального (ГЭР) и дуоденогастроэзофагеального (ДГЭР) рефлюксов.

При сравнении результатов эндоскопического исследования отмечались достоверные различия состояния верхних отделов ЖКТ между пациентами разных групп (табл 1). У пациентов, контактировавших с углеродной пылью, отмечались эндоскопические признаки эзофагита в 60% случаев, что достоверно чаще, чем у пациентов, контактировавших с медно-никелевой пылью (42,9%), а также чаще, чем при контакте со сварочным аэрозолем (47,1%) и кварцсодержащей пылью (46,1%).

Таблица 1. Частота различных изменений, выявляемых при проведении ЭГДС (%%).

Table 1. Frequency of various changes detected during EGDS (%%).

		Пыль медно-никелевой руды (n=21)		Сварочный аэрозоль (n=17)		Кварцсодержащая пыль (n=26)		Углеродная пыль (n=20)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Эзофагит		9	42,9	8	47,1	12	46,1	12	60,0
Достоверность различий $\phi_{1-4}=1,91$									
Кислотность	Гипохлоргидрия	4	19,0	4	23,5	3	11,5	2	10,0
	Нормохлоргидрия	2	9,5	3	17,6	6	23,0	2	10,0
	Гиперхлоргидрия	15	71,4	10	58,8	17	65,5	16	80,0
Достоверность различий $\phi < 1,64$									
Моторика	Норма	10	47,6	4	23,5	12	46,2	8	40,0
	ГЭР и/или ДГЭР	11	52,4	13	76,5	14	53,8	12	60,0
Достоверность различий		$\phi_{1-2}=2,21, \phi_{2-3}=2,41$							
Критическое значение критерия Фишера $\phi = 1,64$ (при $p < 0,05$)									

Среди большинства обследованных, независимо от вида аэрозоля, превалировала доля лиц с повышенной секреторной функцией (от 58,8 до 80,0% случаев), при этом наибольшая частота выявляемых случаев гиперсекреции отмечена у рабочих, подвергавшихся воздействию углеродной пыли (80,0% случаев).

Наибольшая доля лиц с нарушениями моторно-эвакуаторной функции отмечена среди газосварщиков (76,5% случаев), при этом выявлены достоверные различия по сравнению с группой обследованных, подвергавшихся воздей-

ствию пыли медно-никелевых руд (52,4% случаев, $\phi_{1-2}=2,21$) и кварцсодержащих аэрозолей (53,8% случаев, $\phi_{2-3}=2,41$). У рабочих, подвергавшихся воздействию углеродной пыли, нарушения моторно-эвакуаторной функции отмечены в 60,0% случаев.

При анализе данных, полученных в результате анкетирования, отражающих связь субъективной симптоматики в виде жалоб на изжогу и/или отрыжку с эндоскопическими изменениями верхних отделов желудочно-кишечного тракта выявлены различия между группами (табл. 2).

Таблица 2. Связь выраженности субъективных проявлений ГЭРБ с результатами ЭГДС у обследованных различных групп (ранговая корреляция Спирмена, R).

Table 2. Association of the severity of subjective manifestations of GERD with EGDS results in the different groups examined (Spearman rank correlation, R).

	Пыль медно-никелевой руды (n=37)	Сварочный аэрозоль n=26	Кварцосодержащая пыль n=79	Углеродная пыль n=20
Эндоскопические проявления эзофагита	0,703	-0,375	0,663	0,066
Кислотность	0,342	0,618	0,533	-
Нарушения моторики	0,468	0,073	0,236	-0,135

Среди пациентов, подвергавшихся воздействию медно-никелевой пыли, отмечалась сильная положительная корреляционная связь ($R=0,7$) между степенью эндоскопических проявлений эзофагита и жалобами на изжогу (отрыжку). Между состоянием кислотообразующей функции желудка, выявлением ГЭР и/или ДГЭР и субъективными проявлениями диспепсии в этой группе обследованных отмечена умеренная прямая корреляционная (R от 0,34 до 0,47).

В группе обследованных, подвергавшихся воздействию сварочного аэрозоля, отмечалась умеренная отрицательная корреляция ($R=-0,375$) между поражением пищевода и жалобами на изжогу (отрыжку). При обследовании пациентов 2 группы отмечена средняя прямая корреляционная связь между кислотностью желудочного сока и частотой диспепсических проявлений ($R=0,62$) и очень слабая прямая корреляционная связь между нарушениями моторики и жалобами на изжогу (отрыжку).

Группу рабочих, подвергавшихся воздействию кварцосодержащей пыли, отличала средняя прямая корреляционная связь между признаками эзофагита, изменением кислотности и субъективными проявлениями диспепсии (R от 0,53 до 0,66). В этой же группе отмечалась слабая прямая корреляционная связь ($R=0,236$) между нарушениями моторики и частотой субъективных симптомов.

Среди пациентов, контактировавших с углеродной пылью, не было прямой связи между кислотностью желудочного сока и жалобами на изжогу или отрыжку, отмечалась очень слабая отрицательная корреляционная связь выявления ГЭР и/или

ДГЭР ($R=-0,14$) с симптомами диспепсии и очень слабая положительная корреляционная связь ($R=0,07$) поражения слизистой оболочки пищевода с жалобами на изжогу (отрыжку).

Все обследованные были опрошены для уточнения вклада особенностей питания, употребления алкоголя и курения в развитие ГЭРБ. При анализе анкетных данных (табл.3) не было выявлено достоверных различий между группами по типу пищевого поведения, употреблению алкоголя и курению ($p < 1,64$).

Таким образом, при отсутствии различий между группами по характеру и режиму питания, регулярности употребления алкоголя, индексу курения, ГЭРБ, подтвержденная результатами ЭГДС, чаще встречалась в группе, контактировавших с углеродной пылью. Среди обследованных, контактировавших со сварочным аэрозолем, чаще обнаруживались ГЭР и ДГЭР при сравнении с другими группами пациентов, в этой же группе отмечено несоответствие между частотой поражения пищевода и выраженностью субъективных симптомов эзофагита.

Выводы: Аэрогенная нагрузка углеродной пылью сопровождается повышением риска развития ГЭРБ с развитием эзофагита. Контакт со сварочным аэрозолем приводит к повышению вероятности развития ГЭР и ДГЭР, одновременно с этим происходит нивелирование выраженности субъективных проявлений поражения пищевода. Выявленные изменения не зависят от особенностей питания и соблюдения здорового образа жизни обследованными.

Таблица 3. Факторы образа жизни (%%).
Table 3. Lifestyle factors (%%).

		1 группа (n=21)	2 группа (n=17)	3 группа (n=26)	4 группа (n=20)
Регулярное питание с соблюдением щадящей диеты.	Да	52,3	58,8	50,0	50,0
	Нет	47,6	41,2	50,0	50,0
Регулярность употребления кофеинсодержащих напитков (кофе, крепкий чай)	0-1 чашка в день	76,2	76,4	80,8	80,0
	2-3 чашки в день	14,3	17,6	11,5	10,0
	4 и более-чашек в день	9,5	6,0	7,8	10,0
Употребление алкоголя	Нет	4,8	6,0	3,8	5,0
	До 2 раз в месяц-	14,2	17,6	15,4	15,0
	Еженедельно	47,7	41,2	46,2	45,0
	Более 1 раза в неделю	28,6	29,4	30,7	30,0
	Ежедневно	4,8	6,0	3,8	5,0
Курение	Не курят	4,8	6,0	7,8	5,0
	Индекс курения <10	33,3	29,4	30,7	30,0
	10≤Индекс курения<25	47,6	47,0	50,0	50,0
	Индекс курения≥25	14,3	17,6	11,5	15,0

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Михайлова З.Ф., Эмбутниекс Ю.В., Валитова Э.Р., Абдураимов А.Б., Трубицына И.Е. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и респираторная патология // Медицинский алфавит. – 2018. – Т. 1. № 7 (344). – С. 48-53. [Mikhailova Z. F., Embutnieks Yu. V., Valitova E. R., Abduraimov A. B., Trubitsyna I. E. Gastroesophageal reflux disease and respiratory pathology // Medicinskij alfavit = Medical alphabet, 2018, Vol. 1.No. 7 (344), pp. 48-53. (In Russ.)]
2. Циммерман Я.С., Вологжанина Л.Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: современное состояние проблемы и перспективы // Клиническая медицина – 2016. – Т. 94 № 7. – С. 485-496. [Zimmerman Ya. S., Vologzhanina L. G. Gastroesophageal reflux disease: current state of the problem and prospects // Klinicheskaya medicina = Clinical medicine, 2016, Vol. 94 No. 7.pp. 485-496. (In Russ.)]

Сведения об авторе(ах):

1. **Шеенкова Мария Викторовна**, к.м.н., ФБУН ФНЦГ им.Ф.Ф.Эрисмана Роспотребнадзора, eLibrarySPIN: 7587-0410, конт. тел. +79036187586, E-mail: docmiv@yandex.ru. Адрес место работы: 141014, Московская обл., г. Мытищи, ул.Семашко, д.2
2. **Серебряков Павел Валентинович**, д.м.н., ФБУН ФНЦГ им.Ф.Ф.Эрисмана Роспотребнадзора, eLibrary SPIN:4212-5850, AuthorID: 6504677250, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8769-2550>, конт.тел. +79031582207, E-mail: drsilver@yandex.ru. Адрес место работы: 141014, Московская обл., г. Мытищи, ул.Семашко, д.2

Клиническая медицина

УДК 2-456(616-022.14)(575.2)

Урогениталдык микоплазма жана аралаш инфекциясы бар кош бойлуу аялдарда пиелонефриттин клиникалык курсунун жана диагнозунун өзгөчөлүктөрү (Кыргыз Республикасынын Ош шаарынын мисалында).

И.Т. Заирова ¹, В.С. Ажикулова ¹, Б.Т. Орозбекова ², Э.С. Майназарова ².

¹ Ош мамлекеттик университети, медицина факультети, Кыргыз Республикасы, Ош

² Кыргыз-Россия Славян Университети, медицина факультети, Кыргыз Республикасы, Бишкек

Киришүү. Гестационалдык пиелонефрит - бул спецификалык эмес инфекциялык жана сезгенүү процесси, анда интерстициалдык кыртыштын, пиелокалдык системанын жана бөйрөк түтүктөрүнүн баштапкы жана баштапкы бузулушу пайда болот; кийинчерээк бул процессте гломерули жана бөйрөктөрдүн тамырлары тартылат.

Изилдөөнүн максаты- Ош облусундагы кош бойлуу аялдардын микоплазмасы жана аралаш инфекцияларынын клиникалык-эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрүн изилдөө, эрте диагноз коюу жана алдын алуу боюнча чараларды жакшыртуу.

Материалдар жана ыкмалар. Ош шаарындагы № 5 ҮМБ филиалыда катталган пиелонефрит менен ооруган 321 кош бойлуу аялдар тобу.

Натыйжалар. Өнөкөт уреамикоплазма, микоплазма жана аралаш инфекциясы бар кош бойлуу аялдарда пиелонефриттин клиникалык курсу бир катар өзгөчөлүктөргө ээ. MS-тин сезгенүү оорулары топтордо болгон: 100% спецификалык инфекциясыз, 95,3% уремиялык плазма менен, 87,5% микоплазма инфекциясы менен, 61,9% аралаш инфекция менен, 54,9% спецификалык инфекция менен жана 11,5% менен. - контролдук топ. Аралаш, уреамикоплазманын, спецификалык жана микоплазма инфекциясынын фонунда пиелонефрит менен ооруган кош бойлуу аялдардын акушердик анамнезинде, кош бойлуу жана көп муундуу аялдар көп жапа чеккен (тиешелүүлүгүнө жараша 73,0%, 63,5%, 59,5% жана 48,4%).

Жыйынтыгы. Пиелонефрит менен кош бойлуу аялдар тобундагы татаалдыктын өнүгүшү жана өнөкөт спецификалык инфекциясы бар кош бойлуу аялдарда олуттуу айырмачылык бар. Пиелонефрит менен уреамикоплазма, микоплазма, аралаш инфекциялар, айрыкча хламидиалдык инфекциялар бар аялдар бактериялык вагиноздук, колпиттин, анын ичинде кандидалдык этиологиянын, ошондой эле гестоздук, полихидрамниоздук жана олигогидрамниоздук жыштыгынын жогорулашы менен мүнөздөлөт.

Ачкыч сөздөр: Гестациялык пиелонефрит, спецификалык эмес инфекциялык жана сезгенүү процесси, кош бойлуулук, мочевина-плазма жана аралаш инфекция, микоплазма-хламидиалдык-герпетикалык инфекция, эритроцитурия, кристаллурия.

Шилтеме: И.Т. Заирова, В.С. Ажикулова, Б.Т. Орозбекова, Э.С. Майназарова. Урогениталдык микоплазма жана аралаш инфекциясы бар кош бойлуу аялдарда пиелонефриттин клиникалык курсунун жана диагнозунун өзгөчөлүктөрү (Кыргыз Республикасынын Ош шаарынын мисалында). «Кыргызстандын Саламаттык Сактоо» илимий-практикалык журналы, 2020-жылы, № 2, саны бетти 31 ; <http://www.zdrav.kg/> журнал « Кыргызстандын саламаттык сактоо».

Кат алышуу учун: Заирова Индира Табалдиевна, изденүүчү, окутуучу, кафедранын эпидемиология жана инфекциялык оорулардын медициналык факультеттин Ошму, E-mail: oosp@rambler.ru , байланыш тел. тел. + (996)777 356222.

Каржылоо. Изилдөөгө демөөрчүлүк болгон эмес.

Кызыкчылыктардын келишпестиги. Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жок-тугун жарыялайт.

Особенности клинического течения и диагностики пиелонефрита у беременных с урогенитальной микоплазменной и смешанной инфекцией (на примере в г. Ош Ошской области КР.

Коллектив авторов, 2020

И.Т.Заирова ¹, В.С.Ажикулова ¹, Б.Т.Орозбекова ², Э.С. Майназарова ²

¹ Ошский государственный университет, медицинский факультет, Кыргызская Республика, Ош

² Кыргызско-Российский Славянский Университет, медицинский факультет, Кыргызская Республика, Бишкек

Введение. Гестационный пиелонефрит- неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, возникающий во время беременности, с первоначальным и преимущественным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев почек; в последующем в процесс вовлекаются клубочки и сосуды почек.

Цель исследования - изучение клинико-эпидемиологических особенностей заболеваемости микоплазменной и микст-инфекциями беременных женщин Ошской области и улучшить мероприятия по ранней диагностике и профилактике.

Материалы и методы. Обследованы 321 беременных женщин состоящие на учете ФЦСМ №5 г. Ош.

Результаты. Клиническое течение пиелонефрита у беременных с хронической уреамикоплазменной, микоплазменной, и смешанной инфекцией имеет ряд особенностей. Воспалительные заболевания органов МС имели в группах: 100% - без специфической инфекцией, 95,3% - уреамикоплазменной, 87,5% - микоплазменной инфекцией, 61,9% - смешанной инфекцией, 54,9% - специфической инфекцией и 11,5% - контрольной группе. Из акушерских анамнезов обследованных беременных с пиелонефритом на фоне смешанной, уреамикоплазменной, специфической и микоплазменной инфекции чаще страдали повторно-беременные и повторнородящие женщины (73,0%, 63,5%, 59,5% и 48,4% соответственно).

Выводы. Развитие осложнений в группе беременных, с пиелонефритом и беременным с хронической специфической инфекцией развившихся есть достоверная разница. Для женщин с пиелонефритом и при наличии уреамикоплазменной, микоплазменной, микст инфекции, особенно хламидийной, характерны высокая частота бактериального вагиноза, кольпита, в том числе и кандидозной этиологии, а также увеличение частоты гестоза, многоводия и маловодия.

Ключевые слова: *Гестационный пиелонефрит неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, беременность, уреамикоплазменная и микст инфекция смешанной микоплазменно-хламидийно-герпетической инфекция, эритроцитурия, кристаллурия.*

Для цитирования: И.Т. Заирова, В.С. Ажикулова, Б.Т.Орозбекова, Э.С. Майназарова. Особенности клинического течения и диагностики пиелонефрита у беременных с урогенитальной микоплазменной и смешанной инфекцией (на примере в г. Ош Ошской области КР). Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана» 2020 № 2, стр.31; <http://www.zdrav.kg/> журнал «Здравоохранение Кыргызстана».

Для корреспонденции: Заирова Индира Табалдиевна, соискатель, преподаватель кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней, медицинского факультета ОшГУ. E-mail: oosp@rambler.ru, конт. тел. + (996)777 356222.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Features of the clinical course and diagnosis of pyelonephritis in pregnant women with urogenital mycoplasma and mixed infection (for example, in the city of Osh, Osh region of the Kyrgyz Republic).

Authors Collective, 2020

I.T. Zairova 1, V.S. Azhikulova 1, B.T. Orozbekova 2, E.S. Mainazarova 2

¹ Osh State University, Faculty of Medicine, Kyrgyz Republic, Osh

² Kyrgyz-Russian Slavic University, Faculty of Medicine, Kyrgyz Republic, Bishkek

Introduction. Gestational pyelonephritis is a non-specific infectious and inflammatory process that occurs during pregnancy, with an initial and primary lesion of the interstitial tissue, pyelocaliceal system and renal tubules; subsequently, glomeruli and vessels of the kidneys are involved in the process.

The purpose of the study was to study the clinical and epidemiological features of the incidence of mycoplasma and mixed infections of pregnant women in the Osh region and to improve measures for early diagnosis and prevention.

Materials and methods. 321 pregnant women who were registered in the Branch of the center of family medicine of Osh were examined.

Results. The clinical course of pyelonephritis in pregnant women with chronic ureamicoplasma, mycoplasma, and mixed infection has a number of features. Inflammatory diseases of the MS had in the groups: 100% - without specific infection, 95.3% - ureamicoplasma, 87.5% - mycoplasma infection, 61.9% - mixed infection, 54.9% - specific infection and 11.5% - the control group. Of obstetric anamnesis of the examined pregnant women with pyelonephritis against the background of mixed, uremicoplasm, specific and mycoplasma infection, repeated pregnancy and multiparous women more often suffered (73.0%, 63.5%, 59.5% and 48.4%, respectively).

Conclusions. The development of complications in the group of pregnant women with pyelonephritis and pregnant women with a chronic specific infection developed there is a significant difference. Women with pyelonephritis and in the presence of Ureamicoplasma, Mycoplasma, mixed infections, especially Chlamydia infections, are characterized by a high frequency of bacterial vaginosis, colpitis, including Candida etiology, as well as an increase in the frequency of gestosis, polyhydramnios and oligohydramnios.

Key words: *Gestational pyelonephritis, non-specific infectious and inflammatory process, pregnancy, ureaplasma and mixed infection, mixed mycoplasma-chlamydial-herpetic infection, erythrocyturia, crystalluria.*

For citation: I.T. Zairova, V.S. Azhikulova, B.T. Orozbekova, E.S. Mainazarova. Features of the clinical course and diagnosis of pyelonephritis in pregnant women with urogenital mycoplasma and mixed infection (for example, in the city of Osh, Osh region of the Kyrgyz Republic). «Health Care of Kyrgyzstan research and practical journal» 2020, № 2, p.31; <http://www.zdrav.kg/> «Kyrgyzstan Health Journal».

For correspondence: Zairova Indira Tabaldievna, applicant, teacher of the Department of Epidemiology and Infectious Diseases, Medical Faculty of Osh State University. E-mail: oop@rambler.ru, c.tel.: + (996) 777 35 6222.

Financing. The study had no funding.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Введение. Как нам известно, гестационный пиелонефрит-неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, возникающий во время беременности, с первоначальным и преимущественным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев почек; в последующем в процесс вовлекаются клубочки и сосуды почек.

Современные представления о механизмах поражения почек при инфекционных нефропатиях связываются с воздействием на почечную ткань циркулирующих в крови или выделяемых с мочой бактерий, вирусов или их токсинов, развитием иммунного поражения с отложением содержащих антиген возбудителя депозитов в клубочках, эпителии канальцев или интерстиции [1, 2, 3,4].

Наиболее типичными признаками наличия уреамикоплазменной, микоплазменной, хламидий-

ной, вирусной и смешанной инфекции явились высокий удельный вес мочи, эритроцитурия и эпителии у беременных.

По данным Мальцева Л.И и Шишочкина И. М. (1996, 2003) причины частоты эритроцитурии у больных при пиелонефрите на фоне специфической инфекции является способность микоплазм, хламидий и вирусов персистировать в клетках крови, эндотелии сосудов, вызывая их повреждение и нарушение проницаемости, что наиболее значимо реализуется в интерстициальной ткани почек [5, 6].

Одним из установленных путей неблагоприятного воздействия бактериальных токсинов, вирусов может быть активация лимфоцитов и моноцитов с освобождением цитокинов, которые способствуют развитию ишемии, повреждения эндотелия капилляров или гемодинамических нарушений в различных отделах нефрона [7].

Поражение при - этом почечных цитомембран клинически проявляется выраженной оксалатурией [8, 9].

Несмотря на то, что микрофлоры половой и мочевой систем в большинстве случаев является фактом, установленным и доказанным [10, 11, 12,13] и, тем не менее, выше указанной урогенитальной инфекции в развитии пиелонефрита пока недостаточно ясно.

Цель исследования - изучение клинико-эпидемиологических особенностей заболеваемости микоплазменной и микст-инфекциями беременных женщин Ошской области и улучшить мероприятия по ранней диагностике и профилактике.

Материалы и методы. В течение 2 года у 344 женщин репродуктивного возраста изучены их анамнез и особенности клинического течения пиелонефрита в г. Ош Ошской области. Для оценки состояния и интерпретации показателей были обследованы: (321 беременных женщин) в группе здоровых беременных (n=87) на сроках до 22-26 недель, в группе женщин с пиелонефритом: специфической (n=131) и без специфической инфекции (n=14), с микоплазменной (64), с уреамикоплазменной (n=107) и смешанной уреамикоплазменно-трихомонадной, уреамикоплазменно-гарднереллезной и уреамикоплазменно-кандидозной инфекциями (n=63). Для удобства мы их отмечаем группами: А, Б, В, Г, Д, Е.

В группу здоровых беременных включены женщины, у которых при обследовании не было жалоб и объективных признаков заболеваний внутренних органов, в том числе мочеполовой системы, а в семейном анамнезе у них отсутствовали данные о почечной патологии, мочекаменной болезни, гипертонической болезни. Всем обследованным, проведено анализ крови, мочи, УЗ исследовании почек для подтверждения отклонений в общее клиниче-

ских проявлений - отсутствие изменений формы, размера, структуры паренхимы и чашечно-лоханочной системы почек.

Результаты. Анализ анамнестических данных показал, что воспалительные заболевания органов мочевой системы имели подавляющее большинство женщин в группах: 100% - без специфической инфекцией, 95,3% - уреамикоплазменной, 87,5% - микоплазменной инфекцией, 61,9% - смешанной инфекцией, 54,9% - специфической инфекцией и 11,5% - контрольной группе. Уретрит и цистит диагностировался у беременных в группе с уреамикоплазменной инфекцией - 23,3±4,0%; в группе с микоплазменной инфекцией - 20,3±5,0%; в группе с микст инфекцией - 22,2±5,2%, а в группе со специфической инфекцией - 13,7±3,0%.

Симптомы пиелонефрита при I беременности наблюдались: в гр. А - 9,1±3,1%; 34,6±4,5% - гр. Б; 29,7±5,7% - Вгр; 12,7±4,2% - гр. Г; 23,66±3,7% - гр.Д. Мочевой синдром был отмечен 10,3±2,9%, 7,8±3,3%, 9±3,4%, 10,7±2,7% соответственно по группам.

У беременных в группе без специфической инфекций были отмечены симптомы уретрита и цистита - 28,5±12,0%, когда, 42,8±13,2% беременных, симптомы пиелонефрита выявлены при I триместре беременности, у 21,4±10,9% мочевой синдром выявлен случайно.

По нашим данным, у беременных с уреамикоплазменной, микоплазменной и микст – инфекцией, пиелонефрит является хроническим процессом. А также, имеют высокую частоту инфицирования мочевых путей в отличие от контрольной группы.

Представленной в табл. 1., отмечены впервые проявления симптомов пиелонефрита во время беременности в разные сроки (в различных группах).

Таблица 1. Группа обследованных женщин по триместрам беременности (частота проявление пиелонефрита в %).

Table 1. Group of women surveyed by trimester of pregnancy (pyelonephritis incidence in%).

Сроки беременности/ Durations of gestation	А	Б	В	Г	Д
	контрольн ная группа/ check group n =87	уреамикоплазме нная инфекция/ ureamikoplazmen ny infection n=107	микоплазменна я инфекция/ mikoplazmenny infection n=64	смешанная инфекция/ concurrent infection n=63	специфической инфекцией / specific infection n=131
I триместр/ trimester	20,0 (17)	24,5(25)	14,2 (8)	21,5(8)	44,4(32)
II триместр/ trimester	20,0 (17)	28,4(29)	37,5 (21)*	48,7(19)*	36,1(26) *
III триместр/ trimester	60,0 (53)	47,05 (49)	48,2 (27)	30,7 (12)	19,4 (14)
* - разница достоверна по сравнению с контрольной группой (p<0,05) / difference is significant compared to control group (p<0,05)					

По данным анализа, в III триместре беременности бактериальный пиелонефрит чаще всего проявлялся у беременных контрольной группы. У беременных Б, В, Г, и Д группы первые симптомы пиелонефрита отмечены во II триместре (в начале) в 1,5, 1,8, 2,4 и 1,8 раза чаще, чем в контрольной группе. Уреамикоплазменная инфекция и микс-инфекции способствовали появлению воспалительного процесса в почках еще на более ранних сроках беременности, а у 44,4% женщин Д группы пиелонефрит

реализовался в I триместре (табл.2).

По данным наших наблюдений, специфическая инфекция при беременности способствует более раннему обострению заболевания. Из акушерских анамнезов обследованных беременных с пиелонефритом на фоне смешанной, уреамикоплазменной, специфической и микоплазменной инфекции чаще страдали повторнородящие и повторнородящие женщины (73,0%, 63,5%, 59,5% и 48,4% соответственно).

Таблица 2. Признаки пиелонефрита в группах женщин (согласно акушерским анамнезам, в %).
Table 2. Signs of pyelonephritis in groups of women (according to obstetric anamnesis, %).

Признаки/Signs	А	Б	В	Г	Д
Повторнородящие/ Multipara	24,1 (21)	63,5* (68)	48,4* (31)	73,0* (46)	59,5* (78)
Мед. аборт в анамнезе/ Medical. history of abortion	28,7 (25)	41,1 (44)	26,5 (17)	34,9 (22)	35,8* (47)
Самопроизвольные аборты в анамнезе/ History of spontaneous abortions	17,2 (15)	17,7 (19)	10,9 (7)	34,9 (22)	19,4(14)
Привычное невынаши- вание/ Habitual miscarriage	•	12,1 (13)	3,1 (2)	15,8 (10)	17,5** (23)
Аntenатальная гибель плода/ Antenatal death of a fruit	•	3,7 (4)	1,5 (1)	12,7 (8)	-
Гестоз/ Gestosis	6,9 (6)	11,2(12)	7,8(5)	28,5*(18)	24,4*(32)
Пороки развития/ Malformations	-	3,7 (4)	1,5 (1)	4,7 (3)	
Неразвитие берем-ти/ Pregnancy Not development		7,4 (8)	-	9,5(6)	-
* - разница достоверна по сравнению с контрольной группой (p<0,05) - difference is significant compared to control group (p < 0.05) ** - разница достоверна по сравнению с контрольной группой (p<0,001) - difference is significant compared to control group (p < 0.001)					

В анамнезе, у женщин контрольной группы не было привычного невынашивания, антенатальной гибели плода, неразвивающейся беременности и пороков развития плода, тогда как у Б, В, Г, группы беременных эти осложнения уже были при предыдущих беременностях и наибольшая частота отмечена в группе со смешанной инфекцией. У пациенток группе Б с неразвивающейся беременностью, по акушерским анамнезам определялось как моно инфекция, хламидийная инфекция – 58,3%. При невынашивании беременности Chlamydia trachomatis доминируют по частоте среди возбудителей (p<0,001). Обращает внимание высокая частота гестоза в анамнезе женщин Г группы (28,5%), тогда как в контроле всего 6,9%. Неразвивающаяся бере-

менность была 9,5% у женщин группы Г и 7,4% у женщин группы Б.

Частота гестозов в данной группе - 24,4% (32), в 3,5 раза больше чем в контроле и 2,2 и 3,1 раза больше чем Б и В группе соответственно.

В связи с перенесенными гинекологическими заболеваниями, отягощенность акушерского анамнеза была проявлено патологией пиелонефрита у беременных, которых отражена в таблице 3.

По данным анамнеза, в 4,93 раз чаще выявлялась эрозия шейки матки, в 1,7 раза чаще наблюдалась миома матки, у женщин со смешанной инфекцией (гр. Г), чем в группе контроля. Только у беременных с уреамикоплазменной, микоплазменной и смешанной инфекцией в анамнезе были ука-

зания на операции по поводу опухолей яичников (40,2±4,7%, 32,8±5,8% и 25,3±5,4% соответственно). Возможно, что хроническая уреамикоплазменная,

микоплазменной и смешанная инфекция способствуют развитию опухолей яичников, вызывая хроническое воспаление в самих яичниках.

Таблица 3. Признаки пиелонефрита в группах женщин (по частоте гинекологической патологии у женщин в %) **Table 3.** Signs of pyelonephritis in groups of women (by frequency of gynecological pathology in women in %).

Признаки/ Signs	А	Б	В	Г	Д
Аднексит/ Adnexitis	12,6±3,7% (11)	40,2±4,7%** (43)	32,8±5,8%** (21)	25,3±5,4%* (16)	13,7 (18)
Эрозия шейки матки/Erosion of a neck of the uterus	10,3±3,2% (9)	22,4±4,0%* (24)	26,5±5,5%* (17)	50,8±6,3%** (32)	20,6±3,5%* (27)
Опухоли яичников/Tumor s of ovaries	-	8,4±2,7% (9)	7,8±3,3% (5)	3,1±2,2% (2)	-
Миома/ myoma	4,6±2,2% (4)	2,8±1,6% (3)	3,1±2,3% (2)	7,9±3,4% (5)	6,8±2,2% (9)
Кольпит, цервицит/ Colpitis, cervicitis	40,2±5,2% (35)	59,8±4,7% (64)	81,2±4,9%** (52)	92,1±3,4%** (58)	93,1±2,2%** (122)
Бактериальный вагиноз/ Bacterial vaginosis	1,1±1,1% (1)	11,2±3,0% (12)	29,6±5,7%* (19)	12,7±4,2% (8)	24,4±3,7%* (32)
* - разница достоверна по сравнению с контрольной группой (p<0,05) - difference is significant compared to control group (p < 0.05) ** - разница достоверна по сравнению с контрольной группой (p<0,001) - difference is significant compared to control group (p < 0.001)					

У подавляющего большинства женщин групп Б, В, Г и Д (59,8±4,7%, 81,2±4,9% и 92,1±3,4%, 93,1±2,2% соответственно) 1,48, 2,0, и 2,3 раза

больше встречался кольпит и цервицит чем в контроле. Бактериальный вагиноз - преимущественно больше встречался у беременных в группы Г и Д

Таблица 4. Осложнения беременности у женщин с пиелонефритом. **Table 4.** Pregnancy complications in women with pyelonephritis

Заболевания и синдромы/ Diseases and syndromes	А	Б	В	Г	Д
Угроза прерывания/Int erruption threat	67,8 (59)	81,3 (87)	78,1 (50)	100*	76,3 (100)
Гестоз/ Gestosis	13,8 (12)	38,3 (41)*	32,8* (21)	31,7 (20)*	31,3*(41)
Многоводие/ Hydramnion	—	17,7(19)	14,0 (9)	12,7 (8)	13,7 (18)
Маловодие/ Oligoamnios	—	7,5 (8)		7,9 (5)	
Бактериаль- ный вагиноз/ Bacterial vaginosis	2,3 (2)	11,5 (10)	23,4* (15)	11,1 (7)	22,9* (30)

(29,6±5,7% и 24,4±3,7% соответственно).

Развитие осложнений в группе беременных, с пиелонефритом и беременных с хронической специфической инфекцией развившихся есть достоверная разница (табл.4). В среднем ,больше чем, в 2 раза, развивался гестоз у женщин в группе Б, В, Г и Д, чем в контроле. У женщин основных групп наблюдалось многоводие, а маловодие - только при уреамикоплазменной и смешанной инфекции.

Наши наблюдения в последующем показали, что развитие этого осложнения часто связано именно с смешанной инфекцией, который необходимо антибактериальная терапия.

Течение пиелонефрита на фоне уремикоплазменной инфекции, в 5 раз, с микоплазменной и микст инфекцией до 10 раз и специфической инфекции в 10 раз чаще, чем в контрольной группе, сопровождалось бактериальным вагинозом. Угроза прерывания беременности по субъективным или объективным признакам была диагностирована у женщин всех групп, но больше всего при группе Б, В, Г и Д, чем в контроле. Таким образом, суммарный эффект специфической и неспецифической бактериальной урогенитальной флоры определяет высокую степень риска беременности и родов и, прежде всего, перинатальной патологии.

Из анализа лабораторных показателей у беременных с пиелонефритом различных групп показал, что статистически достоверной разницы между многими параметрами нет, но при оценке частоты того или иного показателя установлено очень важное отличие между беременными контрольной и основных групп.

В динамике течение пиелонефрита у беременных основных групп (Б, В, Г и Д группах) сопровождалось более высоким удельным весом мочи (от 3,0 до в 4,5 раза чаще, чем в контроле).

Почти в 6 раза чаще количество лейкоцитов в общем анализе мочи превышало верхнюю границу и 3 раза нижнюю границу нормы. Наиболее типичными признаками наличия уреамикоплазменной, микоплазменной, хламидийной, вирусной и смешанной инфекции явились эритроцитурия и эпителии у беременных. В среднем частота эритроцитурии у беременных этих групп превышала группу контроля в 3,05 раза, а эпителии в моче - в 3,6 раза. При микоплазменной инфекции – преобладали наличие слизи (2,5), у 16,8% в В группе выявлялись соли как оксалаты, так и фосфаты.

Из выше указанного следует, что высокий удельный вес мочи, эритроцитурия и наличие эпителий характеризуют общий анализ мочи у беременных с пиелонефритом и смешанной микоплазменно-хламидийно-герпетической инфекцией.

При УЗИ почек у всех женщин с хроническим пиелонефритом выявлялось уплотнение ча-

шечно-лоханочной системы, ее расширение без изменений объема почек. Не установлена связь изменений от наличия выше указанные инфекции или ее отсутствия.

Однако, выявилась большая частота нефроптоза у беременных с хронической уреамикоплазменной, микоплазменной и смешанной инфекцией, чем в контроле (в 2,5, 3,05 и 3 раза чаще соответственно) и удвоение чашечно-лоханочной системы (у 1 беременной), гидронефроз правой почки II и III степени (2 беременные).

Оценка мочевого синдрома показала существенные различия между беременными контрольной и основных групп. Наиболее типичными признаками наличия уреамикоплазменной, микоплазменной, хламидийной, вирусной и смешанной инфекции явились высокий удельный вес мочи, эритроцитурия и эпителии у беременных. В среднем частота эритроцитурии у беременных этих групп превышала группу контроля в 3,05 раза, а эпителии в моче - в 3,6 раза.

При микоплазменной инфекции – преобладали наличие слизи (2,5), у 16,8% в В группе выявлялись соли как оксалаты, так и фосфаты.

Из выше указанного следует, что высокий удельный вес мочи, эритроцитурия и наличие эпителий характеризуют общий анализ мочи у беременных с пиелонефритом и смешанной микоплазменно-хламидийно-герпетической инфекцией.

Наиболее высокая лейкоцитурия наблюдалась в анализах мочи по Нечипоренко у женщин - с микоплазменно-хламидийной инфекцией, у них же активность пиелонефрита тоже оценена как наибольшая. У беременных этой группы также в наибольшей степени наблюдалось снижение гемоглобина, числа эритроцитов и цветного показателя, значительный лейкоцитоз и отчетливая тенденция к увеличению палочкоядерных лейкоцитов и СОЭ. При оценке биохимических показателей, полученных в ходе общеклинического обследования беременных, установлено достоверное снижение общего белка крови у беременных с пиелонефритом и смешанной инфекцией. Нарушение функции печени может быть результатом прямого влияния микоплазменной, хламидийной и герпетической инфекции вследствие способности этих возбудителей персистировать в клетках крови и переноситься ими, поражая паренхиматозные органы.

Изучение характера и особенностей результатов бактериологического исследования мочи у беременных с пиелонефритом показало, что урогенитальная микоплазменная, хламидийная и герпетическая инфекция сопряжена со своеобразным спектром бактериурии. Если в контрольной группе женщин частота обнаружения микрофлоры в моче составила кишечная палочка - 45,86%, затем

золотистый стафилококк – 42%, гноеродный стрептококк – 11,7% и синегнойная палочки – 0,4%, то у беременных основных групп доминировали клебсиеллы и энтерококк. Клебсиеллы высевались в 3,5 раза, а энтерококк - в 3,8 раза чаще у беременных с микоплазменно-хламидийной инфекцией, чем в контрольной группе. В среднем у женщин с пиелонефритом и специфической инфекцией клебсиеллы и энтерококк выделены в 2,3 и 2 раза чаще, соответственно, по сравнению с группой контроля.

Однако, наиболее характерной особенностью бактериурии у беременных с микоплазменно-хламидийной инфекцией явилось обнаружение анаэробной неспорообразующей флоры у 22,8% беременных, дрожжеподобных грибов- у 19,5% и специфической инфекции - микоплазм, уреоплазм, хламидий и вирусов - у 70% беременных основных групп, в то время как в контрольной группе ни у одной больной подобной микрофлоры не было.

Для выявления данной инфекции разработано довольно много диагностических тестов, несмотря на это, не существует алгоритма диагностического обследования пациентов с подозрением на уреамикаплазмоза выбора методов лабораторного обследования.

В связи с достаточно высокой инфицированностью, осложнении уреамикаплазмозом беременных и наличием технических и экономических проблем, первоочередного внимания заслуживают лица, которые явно или скрыто, лечились по поводу венерических заболеваний.

По протоколу все беременные подлежат обязательному лабораторному обследованию (по протоколу бесплатно): на общий анализ крови и мочи, бак посев мочи, мазок на флору из влагалища. Дополнительно подлежат к дальнейшему исследованию на уреамикаплазмоз на платной основе, лица, у которых заболевания сопровождаются урогенитальной симптоматикой. А так же, в клинической практике чаще всего наблюдается назначение неадекватного лечения, в виду не своевременного получения лабораторных анализов, что ведет хронизации очага и диссеминацию процесса. Антибиотики назначаются без учета результатов лабораторного анализа.

При анкетировании на вопрос, как часто врачи подтверждают наличие уреамикаплазмоза у пациентов лабораторными исследованиями, из 253 опрошенных врачей 79,8% (202 врача) ответили, что в большинстве случаев пациенты не обследуются из-за дороговизны лабораторного исследования и физической недоступности. В группе акушер-гинекологов обследование на уреамикаплазмоза колеблется в пределах 27,3%, урологов - 25,4%, педиатров - 7,8%, терапевтов - 5,7%. Между тем известно, что лабораторные методы исследования играют важную

роль в диагностике уреамикаплазмоза, в определении активности воспалительного процесса, выявлении системности поражений, подборе лекарственных средств и оценке эффективности проведенной терапии.

В заключение заметим, что, на данном этапе нет ни одного стопроцентно надежного теста выявления уреамикаплазмоза, а предложенные методы неравноценны по диагностической значимости и могут быть использованы только в дополнение один к другому из-за сложности интерпретации результатов которые подтверждаются учеными разных стран. Однако наши наблюдения показывают, что метод ИФА вполне отвечает запросам практики. Кроме того для эффективной и своевременной диагностики желательнее широко внедрить в практику здравоохранения ПЦР.

В связи с этим необходимо изменить нормативно-правовые документации по введению беременных, и рекомендуем к внедрению в протокол (ведение беременных) «Дополнительный пакет» - по показанием уреамикоплазмы: ИФА (IgM, IgG), ПЦР, антибиотика чувствительность крови и мочи (Приложение 1.).

Выводы. Таким образом, клиническое течение пиелонефрита у беременных с хронической уреамикоплазменной, микоплазменной, и смешанной инфекцией имеет ряд особенностей:

1. Первичные проявления пиелонефрита возникают до 20 недель беременности, чаще в конце I и начале II триместра у большинства женщин со специфической урогенитальной инфекцией и у беременных часто обострением хронического процесса соматических заболеваний.
2. Для женщин с пиелонефритом и при наличии уреамикоплазменной, микоплазменной, микст инфекции, особенно хламидийной, характерны высокая частота бактериального вагиноза, кольпита, в том числе и кандидозной этиологии, а также увеличение частоты гестоза, многоводия и маловодия.
3. При пиелонефрите в осадке мочи на фоне уреамикоплазменной, микоплазменной, микст инфекции определяется эритроцитурия, наличие эпителии, кристаллурия (чаще оксалурия), при смешанной микоплазменно-хламидийно-герпетической инфекции - оксалурия и фосфатурия в сочетании с высоким удельным весом мочи и лейкоцитурией более 5000 в 1 мл мочи по Нечипоренко. А также, при хронической микоплазменной инфекции возможны диспластические изменения почек.

Рекомендация. В планировании семьи необходимо строго соблюдать скрининговое обследование, включающее обследование на ИППП, так как видимо изменений в организме беременных с невынашиванием, основным моментом, которых являются нарушения факторов иммунной защиты.

Приложение 1.

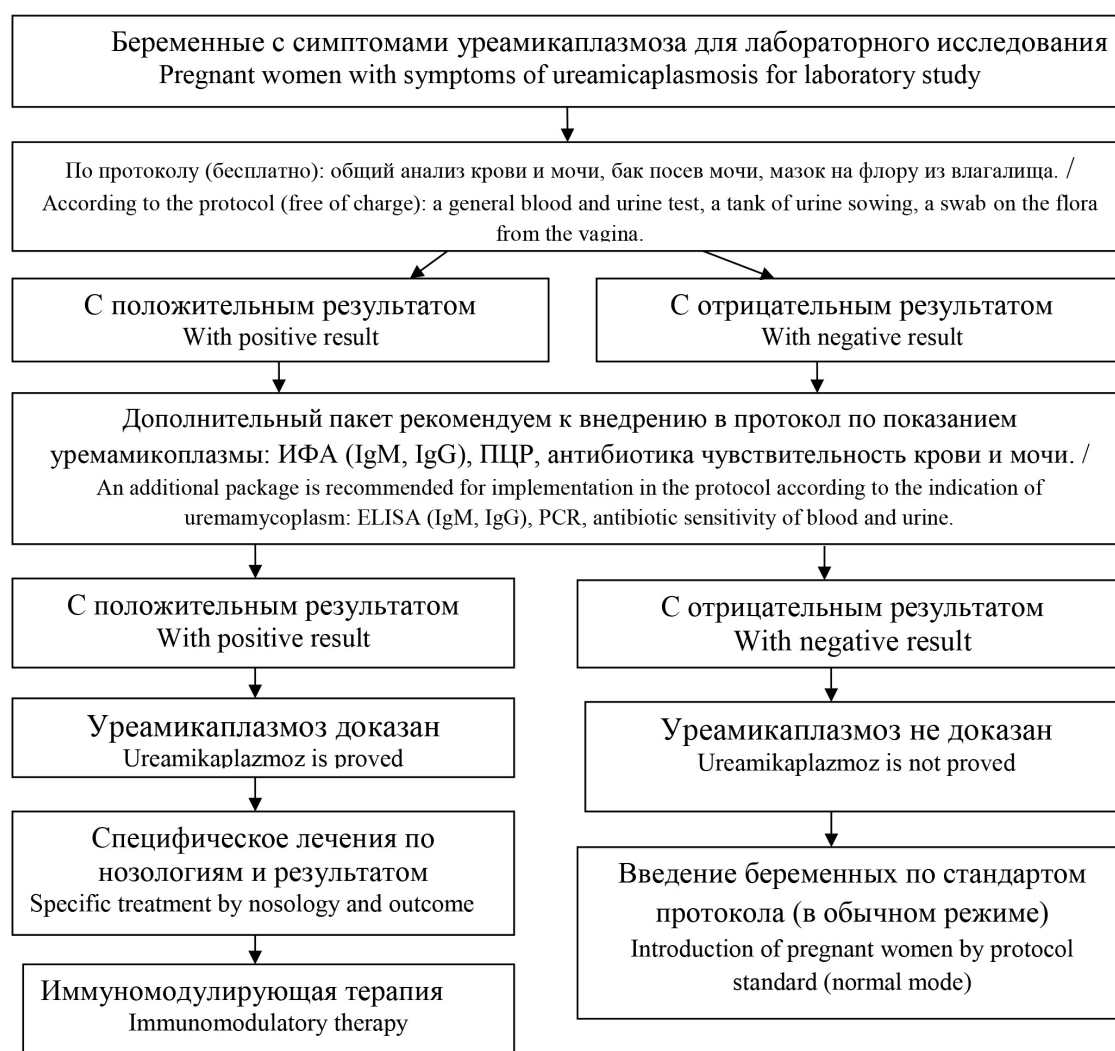


Рис. 4.1. Алгоритм диагностики уреамикаплазменной инфекции

Fig. 4.1. Ureamycaplasma infection diagnostic algorithm

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Wiecek A., Zeier M., Ritz E. Role of infection in the genesis of acute renal failure // Nephrol.Dial. Transplant. - 1994. - V.9. - Suppl.4. - P. 1-18.
2. ORIGINAL ARTICLE Acute renal failure caused by leptospirosis and Hantavirus infection in an urban hospital. Michail L Sion, Apostolos I Hatzitolios, Melina C Armenaka, Evangelos N Toulis, Dimitra Kalampalika, Kaliopi D Mikoudi// VOLUME 13, ISSUE 4, P264-268, JUNE 01, 2002. DOI:https://doi.org/10.1016/S0953-6205(02)00037-7
3. Никольская И. Г., Тареева Т. Г., Микаелян А. В. и др. Пиелонефрит и беременность. Профилактика, принципы диспансерного наблюдения, лечение, родоразрешение. / Рос. Вестн. акуш. и гин. — 2003. — Т. 3, № 3. — С. 23-26. [Nikol'skaya I. G, Tareyeva T. G., Mikayelyan A. V. i dr. Piyelonefrit i beremen

nost'. Profilaktika, printsipy dispasernogo nablyudeniya, lecheniye, rodorazresheniye. / Ros. Vestn. akush. i gin. — 2003. — Т. 3, № 3. — С. 23-26]
4. Кучук Э.Н. Патологическая физиология почек: учеб.-метод. пособие / Э.Н. Кучук, Ф.И. Висмонт. - Минск: БГМУ, 2011. — 41 с.[Kuchuk E.N. Patologicheskaya fiziologiya pochek: ucheb.- metod. posobiye / E.N. Kuchuk, F.I. Vismont. - Minsk: BGMU, 2011. — 41 s.]
5. Мальцева Е.С. Клиническое значение микоплазменной инфекции при хроническом пиелонефрите у детей: Автореф. дисс...канд.мед.наук. -Казань, 1996.-18с. [Mal'tseva Ye.S. Klinicheskoye znacheniyе mikoplazmennoy infektsii pri khronicheskom piyelonefrite u detey: Avtoref. diss...kand.med.nauk. -Kazan', 1996.-18 s.]

6. Мальцева Л. И., Шишюкина И. М. Клинико-диагностические особенности пиелонефрита у беременных с урогенитальной хламидийной и микоплазменной инфекцией / Л. И. Мальцева, И. М. Шишюкина // Практическая медицина. Гинекология: экстрагенитальная патология и беременность. 2003. 19-22с. [Mal'tseva L. I., Shishokina I. M. Kliniko-diagnosticheskiye osobennosti piyelonefrita u beremennykh s urogenital'noy khlamidийnoy i mikoplazmennoy infektsiyey / L. I. MALTSEVA, I. M. SHISHOKINA // Prakticheskaya meditsina. Ginekologiya: ekstragenital'naya patologiya i beremennost'. 2003. 19-22s.]

7. Ставская В.В. Современные представления об инфекционных нефропатиях // Нефрология. — 1997. - №4. - С.22-31. [Stavskaya V.V. Sovremennyye predstavleniya ob infektsionnykh nefropatiyakh // Nefrologiya. — 1997. - №4. - S.22-31]

8. Игнатова М.С., Вельтишев Ю.Е. Детская нефрология // Руководство для врачей. - Л.: Медицина, 1989. - 456 с. [Ignatova M.S., Vel'tishchev YU. Ye. Detskaya nefrologiya // Rukovodstvo dlya vrachev. - L.: Meditsina, 1989. - 456s.]

9. Симбирцев А.С., Тотолян А.А. Цитокины в лабораторной диагностике // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение №2 2015. С. 82-98. [Simbirtsev A.S., Totolyan A.A. Tsitokiny v laboratornoy diagnostike // Infektsionnyye bolezni: novosti, mneniya, obucheniye №2 2015. S. 82-98].

10. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. - М.: Медицина, 1986. - 420 с. [Kan D.V. Rukovodstvo po akusherskoy i ginekologicheskoy urologii. - M.: Meditsina, 1986. - 420 s.]

11. Бабина Е.Н. Микробиологические аспекты пиелонефрита у беременных: Автореф. дисс. ...канд.мед.наук. — Киев, 1991. — 32с. [Babina E.N. Mikrobiologicheskiye aspekty piyelonefrita u beremennykh: Avtoref. diss. ...kand.med.nauk. — Kiyev, 1991. — 32 s.]

12. Никольская И.Л., Тареева Т.Г., Микаелян А.В. и др. Новые подходы к лечению пиелонефрита у беременных // Вестник Рос. Ассоц. аку-шеро-гинекологов. — 1998. - №4. — С.60-64. [Nikol'skaya I.L., Tareeva T.G., Mikaelyan A.V. i dr. Novyye podkhody k lecheniyu piyelonefrita u beremennykh // Vestnik Ros. Assots. aku- sherov-ginekologov. — 1998. - №4. — S.60-64]

13. Раснер П.И., Васильев А.О., Пушкар Д.Ю. Воспалительные заболевания органов мочевой системы / П.И. Раснер, А.О.Васильев, Д.Ю.Пушкар // РМЖ (Русский медицинский журнал): Регулярные выпуски «РМЖ» №23 от 16.12.2016 с. 1553-1561: https://www.rmj.ru/articles/biblioteka_patsienta_urologiya/Vospalitelnyye_zabolevaniya_organov_mochevoy_sistemy/#ixzz6On0QZvcG. [Rasner P.I., Vasil'yev A.O., Pushkar' D.YU. Vospalitel'nyye zabolevaniya organov mochevoy sistemy / P.I. Rasner, A.O. Vasil'yev, D.YU. Pushkar' // RMZH (Russkiy meditsinskiy zhurnal): Regulyarnyye vypuski «RMZH» №23 ot 16.12.2016 s. 1553-1561: https://www.rmj.ru/articles/biblioteka_patsienta_urologiya/Vospalitelnyye_zabolevaniya_organov_mochevoy_sistemy/#ixzz6On0QZvcG].

alitelnyye_zabolevaniya_organov_mochevoy_sistemy/#ixzz6On0QZvcG].

REFERENCES

1. Wiecek A., Zeier M., Ritz E. Role of infection in the genesis of acute renal failure // Nephrol.Dial. Transplant. - 1994. - V.9. - Suppl.4. - P. 1-18.
2. ORIGINAL ARTICLE Acute renal failure caused by leptospirosis and Hantavirus infection in an urban hospital. Michail L Sion, Apostolos I Hatzitolios, Melina C Armenaka, Evangelos N Toulis, Dimitra Kalampalika, Kaliopi D Mikoudi // VOLUME 13, ISSUE 4, P264-268, JUNE 01, 2002. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0953-6205\(02\)00037-7](https://doi.org/10.1016/S0953-6205(02)00037-7)
3. Nikolskaya I. G, Tareeva T. G., Mikaelyan A. V. et al. Pyelonephritis and pregnancy. Prevention, principles of dispersal observation, treatment, delivery. / Grew. Vestn. Akush and gin. - 2003. - T. 3, No. 3. - S. 23-26
4. Kuchuk E.N. Pathological physiology of the kidneys: textbook. - method. allowance / E.N. Kuchuk, F.I. Wismont. - Minsk: BSMU, 2011. -- 41 p.
5. Maltseva E.S. The clinical significance of mycoplasma infection in chronic pyelonephritis in children: Abstract. diss ... candidate of medical sciences. Kazan, 1996. 18 p. .
6. Maltseva L. I., Shishokina I. M. Clinical and diagnostic features of pyelonephritis in pregnant women with urogenital chlamydia and mycoplasma infection / L. I. MALTSEVA, I. M. SHISHOKINA // Practical medicine on. Gynecology: extragenital pathology and pregnancy. 2003.19-22
7. Stavskaya V.V. Modern views on infectious nephropathies // Nephrology. - 1997. - No. 4. - S. 22-31.
8. Ignatova M.S., Veltishchev Yu.E. Pediatric nephrology // Guide for doctors. - L.: Medicine, 1989. -- 456 p.
9. Simbirtsev A.S., Totolyan A.A. Cytokines in laboratory diagnostics // Infectious diseases: news, opinions, training No. 2 2015. P. 82-98.
10. Kang D.V. Guide to obstetric and gynecological urology. - M.: Medicine, 1986. - 420 p.
11. Babin E.H. Microbiological aspects of pyelonephritis in pregnant women: Abstract. diss. ... Candidate of Medical Science. - Kiev, 1991. -- 32s.
12. Nikolskaya I.L., Tareeva T.G., Mikaelyan A.B. et al. New approaches to the treatment of pyelonephritis in pregnant women // Vestnik Ros. Assoc. obstetrician-gynecologists. - 1998. - No. 4. - S.60-64.
13. Rasner P.I., Vasiliev A.O., Pushkar D.Yu. Inflammatory diseases of the urinary system / P.I. Rasner, A.O. Vasiliev, D.Yu. Pushkar // Breast Cancer (Russian Medical Journal): Regular issues of the "Breast Cancer" №23 from 12/16/2016 p. 1553-1561: https://www.rmj.ru/articles/biblioteka_patsienta_urologiya/Vospalitelnyye_zabolevaniya_organov_mochevoy_sistemy/#ixzz6On0QZvcG.

Сведения об авторе(ах):

1. **Заирова Индира Табалдиевна**, преподаватель кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней медицинского факультета Ошского государственного университета, конт.тел: +(996) 707950123. E-mail: zit0502@mail.ru
2. **Ажикулова Венера Сатвалдиевна**, к.м.н., Ошского государственного университета, eLibrarySPIN: 2584-2794, AuthorID: 899748, конт.тел: +(996) 555603215. E-mail: azhikulova2019@mail.ru
3. **Орозбекова Бубусайра Толобаевна**, д.м.н., профессор, заведующая кафедры эпидемиологии и иммунологии медицинского факультета Кыргызско - Российско Славянского университета, eLibrarySPIN 4245-0407, AuthorID: 852377, конт.тел: +(996) 777356222. E-mail: oop@rambler.ru
4. **Майназарова Эльмира Сыдыковна**, к.м.н., доцент, Кыргызско - Российско Славянского университета, eLibrarySPIN: 9058-8379, AuthorID: 895601, конт.тел: +(996) 709730970. E-mail: elmira_main07@mail.ru

Клиническая медицина

УДК618.3(575.2)

Пиелонефрит оорусу бар кош бойлуу аялдарда экстрагениталдык патологиянын өзгөчөлүгү (Кыргыз Республикасынын Ош шаарынын мисалынын негизинде).

Авторлордун тобу, 2020

И.Т. Заирова ¹, В.С. Ажикулова ¹, Б.Т. Орозбекова ², Э.С. Майназарова ²

¹ Ош мамлекеттик университети, медицина факультети, Кыргыз Республикасы, Ош

² Кыргыз-Россия Славян Университети, медицина факультети, Кыргыз Республикасы, Бишкек

Киришүү. Экстрагениталдык патология - бул ар түрдүү жана ар түрдүү оорулардын, синдромдордун, кош бойлуу аялдардын абалынын чоң тобу.

Изилдөөнүн максаты - Ош шаарын мисал келтирип, кош бойлуу аялдардагы пиелонефриттин фонунда экстрагениталдык патологиянын клиникалык-эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрүн баалоо болду.

Материалдар жана ыкмалар. 22-26 жумага чейинки мезгилде ден-соолугу чың кош бойлуу аялдар тобунда (321 кош бойлуу аял): пиелонефрит менен ооруган аялдар тобунда: спецификалык (n = 131) жана инфекциясы жок (n = 14), микоплазмасы (64) менен), мочевино-плазма (n = 107) жана аралаш карбамид-плазма-трихомоналар, мочевино-плазма-гарнереллез жана мочевино-плазма-кандидия инфекциясы (n = 63) менен № 5 ҮМЦ филиалында катталган.

Натыйжалар. Өнөкөт уреамикоплазма, микоплазма жана аралаш инфекциясы бар кош бойлуу аялдарда пиелонефриттин клиникалык курсу бир катар өзгөчөлүктөргө ээ. Пиелонефриттин бир топ оорулар менен байланышын аныктоодо: 1 = 0.5; 2 = 0.5; 3 = 0.49; 4 = 0.49; 5 = 0.47. Корреляциялык анализ кандагы микоплазма инфекциясы менен, калкан безинин аутоиммундук патологиясы жана калкан безинин диффузиялык гиперплазиясы менен түздөн-түз байланышкандыгын көрсөттү. Бул байланыш кокусунан эмес болушу мүмкүн жана бул туруктуу инфекция, бул калкан безинин патологиясынын өнүгүшүнүн негизги фактору.

Жыйынтыгы. Көпчүлүк аялдарда уреамикоплазма, микоплазма, аралаш инфекциялар болгон кездеги пиелонефрит курсу акушердик жана гинекологиялык анамнездин жана өнөкөт экстрагениталдык патологиянын жогорку жыштыгы (анемия, калкан безинин патологиясы, ичеги-карын, жогорку дем алуу органдарынын оорулары, аллергиялык оорулар) менен коштолот. Үй-бүлөнү пландаштырууда скринингдик текшерүүнү, анын ичинде ЖЖБИНин скринингин так сактоо керек, анткени боюнан түшүп калган кош бойлуу аялдардын денесинде көрүнүп турган өзгөрүүлөр, алардын негизги себеби иммундук коргонуу факторлорунун бузулушу.

Ачкыч сөздөр: *Экстрагениталдык патология, гестациялык пиелонефрит, спецификалык эмес инфекциялык жана сезгенүү процесси, кош бойлуулук, мочевино-плазма жана аралаш инфекция, микоплазма-хламидиалдык-герпетикалык инфекция, эритроцитурия, кристаллурия.*

Шилтеме: И.Т. Заирова, В.С. Ажикулова, Б.Т. Орозбекова, Э.С. Майназарова. Пиелонефрит оорусу бар кош бойлуу аялдарда экстрагениталдык патологиянын өзгөчөлүгү (Кыргыз Республикасынын Ош шаарынын мисалынын негизинде). «Кыргызстандын Саламаттык Сактоо» илимий-практикалык журналы, 2020-жылы, № 2, саны бетти 41 ; <http://www.zdrav.kg/> журнал « Кыргызстандын саламаттык сактоо».

Кат алышуу учун: Заирова Индира Табалдиевна, изденүүчү, окутуучу, кафедранын эпидемиология жана инфекциялык оорулардын медициналык факультеттин Ошму, E-mail: oosp@ Rambler.ru , байланыш тел. тел. + (996)777 356222.

Каржылоо. Изилдөөгө демөөрчүлүк болгон эмес.

Кызыкчылыктардын келишпестиги. Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жок-тугун жарыялайт.

Сопутствующая экстрагенитальная патология у беременных с пиелонефритом (на примере в г. Ош Ошской области КР).

Коллектив авторов, 2020

И.Т.Заирова¹, В.С.Ажикулова¹, Б.Т.Орозбекова², Э.С.Майназарова²

¹ Ошский государственный университет, медицинский факультет, Кыргызская Республика, Ош.

² Кыргызско-Российский Славянский Университет, медицинский факультет, Кыргызская Республика, Бишкек

Введение. Экстрагенитальная патология – это многочисленная группа разнообразных и разнозначимых болезней, синдромов, состояний у беременных женщин.

Цель исследования - оценка клинико-эпидемиологических особенностей сопутствующей экстрагенитальной патологии на фоне пиелонефрита у беременных на примере в г. Ош. Ошской области.

Материалы и методы. Обследованы (321 беременных женщин) в группе здоровых беременных (n=87) на сроках до 22-26 недель, в группе женщин с пиелонефритом: с специфической (n=131) и без специфической инфекции (n=14), с микоплазменной (64), с уреамикоплазменной (n=107) и смешанной уреамикоплазменно-трихомонадной, уреамикоплазменно-гарднереллезной и уреамикоплазменно-кандидозной инфекциями (n=63) состоящие на учете ФЦСМ №5.

Результаты. Клиническое течение пиелонефрита у беременных с хронической уреамикоплазменной, микоплазменной, и смешанной инфекцией имеет ряд особенностей. Анализ корреляционной связи пиелонефрита с группой заболеваний: 1=0,5; 2=0,5; 3=0,49; 4=0,49; 5=0,47. Корреляционный анализ показал прямую связь между микоплазменной инфекцией в крови, аутоиммунной патологией щитовидной железы и диффузной гиперплазией щитовидной железы. Возможно, что эта связь не случайна, и именно персистирующая инфекция является первичным фактором развития патологии щитовидной железы.

Выводы. Течение пиелонефрита при наличии уреамикоплазменной, микоплазменной, микст инфекции у подавляющего большинства женщин сопровождается осложнениями акушерского, гинекологического анамнеза и высокой частотой хронической экстрагенитальной патологии (анемия, патология щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта, болезни верхних дыхательных путей, аллергические заболевания) осложняющей течение беременности. В планировании семьи необходимо строго соблюдать скрининговое обследование, включающее обследование на ИППП, так как видимо изменений в организме беременных с невынашиванием, основным моментом, которых являются нарушения факторов иммунной защиты.

Ключевые слова: Экстрагенитальная патология, гестационный пиелонефрит, неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, беременность, уреамикоплазменная и микст инфекция, смешанной микоплазменно-хламидийно-герпетической инфекция, эритроцитурия, кристаллурия.

Для цитирования: И.Т.Заирова, В.С.Ажикулова, Б.Т.Орозбекова, Э.С.Майназарова. Сопутствующая экстрагенитальная патология у беременных с пиелонефритом (на примере в г. Ош Ошской области КР). Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана» 2020 № 2, стр. 41; <http://www.zdrav.kg/journal> «Здравоохранение Кыргызстана».

Для корреспонденции: Заирова Индира Табалдиевна, соискатель, преподаватель кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней, медицинского факультета ОшГУ. E-mail: oosp@rambler.ru, конт. тел. + (996)777 356222.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Concomitant extragenital pathology in pregnant women with pyelonephritis (for example, in the city of Osh, Osh region of the Kyrgyz Republic).

Authors Collective, 2020

I.T. Zairova¹, V.S. Azhikulova¹, B.T. Orozbekova², E.S. Mainazarova²

¹ Osh State University, Faculty of Medicine, Kyrgyz Republic, Osh.

² Kyrgyz-Russian Slavic University, Faculty of Medicine, Kyrgyz Republic, Bishkek

Introduction. Extra genital pathology is a large group of diverse and diverse diseases, syndromes, conditions in pregnant women.

The purpose of the study was to assess the clinical and epidemiological features of concomitant extra genital pathology against the background of pyelonephritis in pregnant women using the example in Osh.

Materials and methods. Examined (321 pregnant women) in the group of healthy pregnant women (n = 87) for periods up to 22-26 weeks, in the group of women with pyelonephritis: with specific (n = 131) and without specific infection (n = 14), with mycoplasma (64), with urea-plasma (n = 107) and mixed urea-plasma-trichomonas, urea-plasma-gardnerellosis and urea-plasma-candida infections (n = 63) registered with in the Branch of the center of family medicine of Osh were examined.

Results. The clinical course of pyelonephritis in pregnant women with chronic ureamicoplasma, mycoplasma, and mixed infection has a number of features. Analysis correlation relationship of pyelonephritis with a group of diseases: 1 = 0.5; 2 = 0.5; 3 = 0.49; 4 = 0.49; 5 = 0.47. Correlation analysis showed a direct relationship between mycoplasma infection in the blood, autoimmune pathology of the thyroid gland and diffuse hyperplasia of the thyroid gland. It is possible that this relationship is not accidental, and it is a persistent infection that is the primary factor in the development of thyroid pathology.

Conclusions. The course of pyelonephritis in the presence of ureamicoplasma, mycoplasma, mixed infections in the vast majority of women is accompanied by complications of obstetric and gynecological anamnesis and a high frequency of chronic extragenital pathology (anemia, pathology of the thyroid gland, gastrointestinal tract, upper respiratory tract disease, allergic diseases). In family planning, it is necessary to strictly observe a screening examination, including screening for STIs, since apparently changes in the body of pregnant women with miscarriage, the main point of which are violations of immune defense factors.

Key words: *Extragenital pathology, gestational pyelonephritis, non-specific infectious and inflammatory process, pregnancy, urea-plasma and mixed infection, mixed mycoplasma-chlamydial-herpetic infection, erythrocyturia, crystalluria.*

For citation: I.T. Zairova, V.S. Azhikulova, B.T Orozbekova, E.S. Mainazarova .Concomitant extragenital pathology in pregnant women with pyelonephritis (for example, in the city of Osh, Osh region of the Kyrgyz Republic). «Health Care of Kyrgyzstan research and practical journal» 2020, № 2, p.41; <http://www.zdrav.kg/> «Kyrgyzstan Health Journal».

For correspondence: Zairova Indira Tabaldievna, applicant, teacher of the Department of Epidemiology and Infectious Diseases, Medical Faculty of Osh State University. E-mail: oosp@rambler.ru, c. phone: + (996) 777 356222.

Financing. The study had no funding.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Введение. Проблема охраны здоровья будущих поколений в большей мере определяется здоровьем родителей, особенно матерей, течением беременности, родов и раннего периода новорожденного. Течение беременности является одним из основных факторов, определяющих исходы беременности и родов для матери и плода [1, 2]. Перинатальная патология приобретает особое значение, в связи с высокой частотой и значительным ростом соматической заболеваемости у женщин детородного возраста, а также повышением частоты осложнений беременности и родов у данной категории пациентов. Хроническую соматическую патологию имеют 70% беременные женщины, а во время беременно-

сти возникают обострения заболеваний как анемия, пиелонефрит и прочее у 76% [3].

Экстрагенитальная патология – это многочисленная группа разнообразных и разнозначимых болезней, синдромов, состояний у беременных женщин. Они не являются гинекологическими заболеваниями и акушерскими осложнениями при беременности [4]. У женщин с экстрагенитальной патологией отмечается более высокая частота осложнений беременности (угроза прерывания, гестоз, фетоплацентарная недостаточность), что может приводить к возникновению преждевременных родов, частота которых составляет в среднем 5-8% [2]. Течение и исход преждевременных родов обу-

словлен рядом факторов: сроком беременности, состоянием матери и плода, наличием или отсутствием инфекции, родовой деятельностью, осложнений беременности, а также акушерской тактикой [2, 5].

В структуре причин перинатальных потерь одно из ведущих мест занимают экстрагенитальные заболевания женщины, не связанные с беременностью - 23,5%. Среди причин материнской смертности 12-15% составляет тяжелая экстрагенитальная патология; 60% - акушерские осложнения на фоне экстрагенитальной патологии [1.].

Заболевания почек и мочевыводящих путей у беременных занимают второе место после болезней сердечно-сосудистой системы и представляют опасность, как для матери, так и для плода. Беременность может способствовать возникновению почечной патологии, либо обострению, латентно протекающие хронические заболевания почек до беременности. Одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства и перинатологии является проблема гестозов, что обусловлено высокой частотой - 8-17 %, не имеющей тенденции к снижению за последние 10 лет, а также осложнениями для матери и плода.

Особое место среди экстрагенитальной патологии занимают воспалительные заболевания мочевыделительной системы, в частности пиелонефрит. Пиелонефрит у беременных может возникнуть впервые или проявиться (обостриться), если женщина болела им до беременности. Чаще всего пиелонефрит обнаруживают в сроках беременности 12-15 недель, 24-29 недель, 32-34 недель, 39-40 недель, а в послеродовом периоде на 2-5 и 10-12 сутки

[6].

Болезни мочеполовой системы у беременных по данным Всемирной организации здравоохранения составляют 23,6 % [7]. Пиелонефрит занимает 2-е место в структуре патологии мочевыделительной системы, составляя 10-12%. Среди беременных, проживающих в Удмуртии, заболевания мочевыводящих путей констатированы в 53-54 % [8].

Таким образом, своевременное лечение или удаление инфекционного агента из мочевых путей, купирование воспалительного синдрома, профилактика развития осложнений, в том числе осложнений беременности ассоциированных с инфекциями мочевых путей на сегодняшний день является актуальной.

Цель исследования- оценка клинико-эпидемиологических особенностей сопутствующей экстрагенитальной патологии на фоне пиелонефрита у беременных на примере в г. Ош. Ошской области.

Материалы и методы. В течение 2 года у 344 женщин репродуктивного возраста изучены их анамнез и особенности клинического течения пиелонефрита в г. Ош на базе ФЦСМ №5 (табл. 1).

Для оценки состояния и интерпретации показателей были обследованы: (321 беременных женщин) в группе здоровых беременных (n=87) на сроках до 22-26 недель, в группе женщин с пиелонефритом: специфической (n=131) и без специфической инфекции (n=14), с микоплазменной (64), с уреамикоплазменной (n=107) и смешанной уреамикоплазменно-трихомонадной, уреамикоплазменно-гарднереллезной и уреамикоплазменно-кандидозной инфекциями (n=63).

Таблица 1. Частота воспалительных заболеваний мочевой системы у инфицированных беременных по данным анамнеза (в%).

Table 1. Incidence of inflammatory diseases of the urinary system in infected pregnant women according to history (%).

Характер заболевания/ Nature of a disease	Контрольная группа беременных, здоровые n = 87/ Control group pregnant, healthy n = 87	Уреамикоплазменная инфекция n = 107/ Ureamycoplasma y infection n = 107	Микоплазменная инфекция n = 64 / Mикоплазменная инфекция n = 64	Смешанная инфекция n = 63/ Mixed infection n = 63	Пиелонефрит со специфической инфекцией n = 131/ Pyelonephritis with specific infection n = 131	Пиелонефрит без специфической инфекции n = 14/ Pyelonephritis without specific infection n = 14
Уретрит, цистит Ureticritis, cystitis	0	23,3±14,0% (25)	20,3±15,0% (13)	22,2±15,2% (14)	13,7±8,0% (18)	28,5±12,0% (4)
Пиелонефрит в анамнезе/ Pyelonephritis in the anamnesis	0	26,1±4,2% (28)	25±5,4% (16)	19,0±4,9% (12)	4,6±1,8% (6)	7,14±6,8% (1)
Пиелонефрит при I беременности / Pyelonephritis in I pregnancy	9,1±3,1% (8 чел)	34,6±4,5% (37)	29,7±5,7% (19)	12,7±4,2% 8	23,66±3,7% 31	42,8±13,2% 6
Мочевой синдром (случайно выявленный)/ Urinary syndrome (accidentally detected)	0	10,3±2,9% (11)	7,8±3,3% (5)	7,9±3,4% (5)	10,7±2,7% (14)	21,4±10,9% (3)
Мочекаменная болезнь/ urolithiasis	2,3±1,6% (2)	0,9±1,0% (1)	4,6±2,6% (3)	0	2,3±1,5% (3)	0
%	11,5±3,4% (10)	95,3±12,0% (102)	87,5±14,3% (56)	61,9±6,1% (39)	54,9±14,3% (72)	100% (14)

В группу здоровых беременных включены женщины, у которых при обследовании не было жалоб и объективных признаков заболеваний внутренних органов, в том числе мочеполовой системы, а в семейном анамнезе у них отсутствовали данные о почечной патологии, мочекаменной болезни, гипертонической болезни. Всем обследованным, проведено анализ крови, мочи, УЗИ исследование почек для подтверждения отклонений в общем клинических проявлений - отсутствие изменений формы, размера, структуры паренхимы и чашечно-лоханочной системы почек.

Результат. Как видно, из таб. 2., нами изучены и определены различные сопутствующие хронические заболевания, которые на фоне пиелонефрита подавляющие большинство беременные имели данные патологии. Наиболее часто женщины страдали простудными заболеваниями верхних дыхательных путей и анемией. У женщин Г группы, наблюдались анемия и частые ОРВИ 79,3±5,1% и 85,7±4,4%, 71,0±4,4% и 75,7±2,2% у женщин Б группы, 64,0±6,0% и 82,8±4,7% у женщин В группы (соответственно), тогда как в контроле – по 4,6±2,2%. Болезнями анемия и ОРВИ в 15 и 19 раз чаще, по сравнению с контролем, страдали беременные Б, В и Г группы.

Так же, отмечена более высокая частота аллергических заболеваний у женщин Г группы (2,29 раз больше), болезней ЛОР - органов у женщин Б и

В группы (до 8 раз больше) и желудочно - кишечного тракта у женщин В группы (2,6 раз больше) с пиелонефритом и специфической инфекцией, чем в группе сравнения.

Недостаток йода, фтора в воде способствует возникновению йододефицитных состояний с нарушением функции щитовидной железы в виде гипотиреоза, а также фтордефицитных состояний, характеризующихся разрушением зубов (кариес). Избыток солей кальция и карбонатов в воде способствует возникновению нарушений солевого обмена и появлению желчекаменной и почечнокаменной болезней, артрозов и др.

В исследуемых группах 2 и 3,3 раза чаще встречающаяся патология щитовидной железы (диффузная гиперплазия со снижением функции или аутоиммунный тиреоидит). А также особое внимание обращает мочекаменная болезнь у беременных В группы (50,0±6,2% и 7,8±3,3% соответственно). Данная патология у женщин В и Г групп в 1,6 и 1,8 раз чаще встречается, по сравнению с контролем. У женщин В группы выявлена 3,2 раза чаще нейроциркуляторная дистония, а у женщин при наличии специфической, уреамикоплазменной и смешанной инфекции данная патология встречается 1,7 и 1,8 раза чаще.

Мы проанализировали корреляционный связь пиелонефрита с группой заболеваний: 1=0,5; 2=0,5; 3=0,49; 4=0,49; 5=0,47.

Таблица 2. Сопутствующая экстрагенитальная патология у беременных с пиелонефритом различных групп (в %).

Table 2. Concomitant extragenital pathology in pregnant women with pyelonephritis of different groups (in%).

Характер заболевания/ Nature of a disease	Контрольная группа беременные, здоровые n = 87/ Control group pregnant, healthy n = 87	Уреамикоплазменная инфекция n = 107/ Ureaticoplazmenny y infection n = 107	Микоплазменная инфекция n = 64 / Mikoplazmenny infection n = 64	Смешанная инфекция n = 63/ Mixed infection n = 63	Пиелонефрит со специфической инфекцией n = 131/ Pyelonephritis with specific infection n = 131	Пиелонефрит без специфической инфекции n = 14/ Pyelonephritis without specific infection n = 14
Уретрит, цистит Urethritis, cystitis	0	23,3±4,0% (25)	20,3±5,0% (18)	22,2±5,2% (14)	13,7±3,0% (18)	28,5±12,0% (4)
Пиелонефрит в анамнезе/ Pyelonephritis in the anamnesis	0	26,1±4,2% (28)	25±5,4% (16)	19,0±4,9% (12)	4,6±1,8% (6)	7,14±6,8% (1)
Пиелонефрит при I беременности / Pyelonephritis in I pregnancy	9,1±3,1% (8 чел)	34,6±4,5% (37)	29,7±5,7% (19)	12,7±4,2% 8	23,66±3,7% 31	42,8±13,2% 6
Мочевой синдром (случайно выявленный)/ Urinary syndrome (accidentally detected)	0	10,3±2,9% (11)	7,8±3,3% (5)	7,9±3,4% (5)	10,7±2,7% (14)	21,4±10,9% (3)
Мочекаменная болезнь/ urolithiasis	2,3±1,6% (2)	0,9±1,0% (1)	4,6±2,6% (3)	0	2,3±1,3% (3)	0
%	11,5±3,4% (10)	95,3±2,0% (102)	87,5±4,3% (56)	61,9±6,1% (39)	54,9±4,3% (72)	100% (14)

Нами полученный анализ в крови при аутоиммунной патологией щитовидной железы и диффузной гиперплазией щитовидной железы ($r=0,5$, $p<0,01$) подтверждает прямую среднюю связь между микоплазменной инфекцией. Также, установлена прямая средняя корреляция между частыми простудными заболеваниями ОРИ ($r=0,49$, $p<0,01$), анемией

($r=0,5$, $p<0,01$), аллергическими заболеваниями и микоплазменной инфекцией в крови.

По данным наблюдения, определена высокая частота этих экстрагенитальных заболеваний и способность диссеминации микоплазм, который чаще всего повреждая эндотелий сосудистой стенки и вызывают нарушения в системе гемостаза (рис.1.).



Рис. 1. Корреляционные связи между микоплазменной инфекцией и экстрагенитальными заболеваниями.

Fig. 1. Correlation between mycoplasma infection and extragenital diseases.

Выводы. Течение пиелонефрита при наличии уреамикоплазменной, микоплазменной, микст инфекции у подавляющего большинства женщин сопровождается осложнениями акушерского, гинекологического анамнеза и высокой частотой

хронической экстрагенитальной патологии (анемия, патология щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта, болезни верхних дыхательных путей, аллергические заболевания) осложняющей течение беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдурахманов М.К. Роль витаминов в этиологии ипатогенезе гипохромной железодефицитной анемии у беременных // Матер. 1-го съезда акушеров-гинекологов Таджикистана. Душанбе, 1970. Т. 1. С. 43-48. [Abdurakhmanov M.K. Rol' vitaminov v etiologii ipatogeneze gipokhromnoy zhelezodefitsitnoy anemii u beremennykh // Mater. 1-go s'yezda akusherov-ginekologov Tadjikistana. Dushanbe, 1970. T. 1. S. 43-48]
2. Абуд И.Ю., Фурсова З.К., Балика Ю.Д. Эффективность применения препарата «прегnavит» у беременных с железодефицитной анемией // Акуш. и гинекология, 1997, № 10. С. 43-45. [Abud I.YU., Fursova Z.K., Balika YU.D. Effektivnost' primeneniya preparata «pregnavit» u beremennykh s zhelezodefitsitnoy anemiyey // Akush. i ginekologiya, 1997, № 10. S. 43-

- 45].
3. Айламазян Э.К. Влияние экзогенных фосфолипидов на показатели липидного обмена у беременных с поздним токсикозом и их новорожденных // Акуш. и гинекология, 1983, № 8. С. 56-58. [Aylamazyan E.K. Vliyaniye ekzogennykh fosfolipidov na pokazateli lipidnogo obmena u beremennykh s pozdnim toksikozom i ikh novorozhdennykh // Akush. i ginekologiya, 1983, № 8. S. 56-58.].
4. Медведь В.И. Основные вопросы экстрагенитальной патологии. Часть I. Определение, систематизация, клиническая значимость и проблемы, связанные с экстрагенитальной патологией // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. - № 6. – С. 5-11. [Medved' V.I. Osnovnyye voprosy ekstragenital'noy patologii. Chast' I.

- Opredeleniye, sistematizatsiya, klinicheskaya znachimost' i problemy, svyazannyye s ekstragenital'noy patologiyey // Meditsinskiye aspekty zdorov'ya zhenshchiny. – 2011. - № 6. – S. 5-11.].
5. Абрамченко В.В. Перинатальная фармакология. СПб: 1994.464 с., [Abramchenko V.V. Perinatal'naya farmakologiya. SPb: 1994.464 s.]
6. Юнусова Л.Н., Саетова Г.И., Стяжкина С.Н., Черненкова М.Л. Эпидемиологические особенности заболевания хроническим пиелонефритом у женщин в период гестации // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=19167> (дата обращения: 09.06.2020). [Yunusova L.N., Sayetova G.I., Styazhkina S.N., Chernenkova M.L. Epidemiologicheskiye osobennosti zabolevaniya khronicheskim piyelonefritom u zhenshchin v period gestatsii // Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. – 2015. – № 3.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=19167> (data obrashcheniya: 09.06.2020)].
7. Довлатян А.А. Острый пиелонефрит беременных. – М.: Медицина, 2004. – С. 5-15. [Dovlatyan A.A. Ostruy piyelonefrit beremennykh. – М.: Meditsina, 2004. – С. 5-15.].
8. Черненкова М.Л. Течение беременности у женщин с хроническим пиелонефритом / М.Л. Черненкова, Т.Н. Стрелкова // Медицинский альманах. – 2011. - № 6. – С. 80-81. [Chernenkova M.L. Techeniye beremennosti u zhenshchin s khronicheskim piyelonefritom / M.L. Chernenkova, T.N. Strelkova // Meditsinskiy al'manakh. – 2011. - № 6. – С. 80-81.].

REFERENCES

1. Abdurakhmanov M.K. The role of vitamins in the etiology and pathogenesis of hypochromic iron deficiency anemia in pregnant women // Mater. 1st congress of obstetrician-gynecologists of Tajikistan. Dushanbe, 1970.V. 1.P. 43-48.
2. Abud I.Yu., Fursova Z.K., Balika Yu.D. The effectiveness of the use of the drug “pregnat” in pregnant women with iron deficiency anemia // Akush. and gynecology, 1997, No. 10. S. 43-45.
3. Haylamazyan E.K. The effect of exogenous phospholipids on lipid metabolism in pregnant women with late toxicosis and their newborns // Akush. and gynecology, 1983, No. 8. S. 56-58.
4. Bear V.I. The main issues of extragenital pathology. Part I. Definition, systematization, clinical significance and problems associated with extragenital pathology // Medical aspects of women's health. - 2011. - No. 6. - S. 5-11.
5. Abramchenko V.V. Perinatal pharmacology. St. Petersburg: 1994.464 p.,
6. Yunusova L.N., Sayetova G.I., Styazhkina S.N., Chernenkova M.L. Epidemiological features of chronic pyelonephritis in women during gestation // Modern problems of science and education. - 2015. - No. 3.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=19167> (accessed: 06/09/2020).
7. Dovlatyan A.A. Acute pyelonephritis in pregnant women. - M.: Medicine, 2004. -- S. 5-15.
8. Chernenkova M.L. The course of pregnancy in women with chronic pyelonephritis / M.L. Chernenkova, T.N. Strelkova // Medical almanac. - 2011. - No. 6. - S. 80-81.

Сведения об авторе(ах):

1. **Заирова Индира Табалдиевна**, преподаватель кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней медицинской факультета Ошского государственного университета, конт.тел: +(996) 707950123. E-mail: zit-0502@mail.ru
2. **Ажикулова Венера Сатвалдиевна**, к.м.н., Ошского государственного университета, eLibrarySPIN: 2584-2794, AuthorID: 899748, конт.тел: +(996) 555603215. E-mail: azhikulova2019@mail.ru
3. **Орозбекова Бубусайра Толобаевна**, д.м.н., профессор, заведующая кафедры эпидемиологии и иммунологии медицинского факультета Кыргызско - Российско Славянского университета, eLibrarySPIN: 4245-0407, AuthorID: 852377, конт.тел: +(996) 777356222. E-mail: oosp@rambler.ru
4. **Майназарова Эльмира Сыдыковна**, к.м.н., доцент, Кыргызско - Российско Славянского университета, конт.тел: +(996) 709730970. E-mail: elmira_main07@mail.ru

Клиническая медицина

УДК [616.711+616.832]-001:614.2

Бейтаптардын омуртка-жүлүн жаракатынын кечиккен мезгилиндеги жашоо аракетин жана ден-соолукту чектөө боюнча эл аралык жиктөө кызматын колдонуу тармактарынын мүнөздөмөсү.

Авторлордун тобу, 2020

М.А. Сагымбаев, Е.С. Дженбаев, К.С. Рысбаев, К.Т.Азимбаев.

Кыргыз курортология жана калыбына келтирип дарылоо илим-изилдөө институту, Кыргыз Республикасы, Чүй облусу, Аламүдүн району, Таш-Добо айылы.

Мүнөздөмө. Бейтаптардын омуртка-жүлүн жаракатынын кечиккен мезгилиндеги жашоо аракетин жана ден-соолукту чектөө боюнча эл аралык жиктөө кызматын колдонуу тармактарынын жардамы менен талдоо жүргүзүлгөн. Орто тоо шартындагы адистештирилген дарыланма шартында тийиштүү жигердикке жардамдашууну тууралоо, организмдин түзүлүшү жана организмдин кызматтарынын бузулушу аныкталган.

Негизги сөздөр: *Омуртка-жүлүн жаракаты, кызматтык мартаба, МКФнын даражасынын тармагы, калыбына келтирүү.*

Шилтеме: М.А. Сагымбаев, Е.С. Дженбаев, К.С. Рысбаев, К.Т.Азимбаев. Бейтаптардын омуртка-жүлүн жаракатынын кечиккен мезгилиндеги жашоо аракетин жана ден-соолукту чектөө боюнча эл аралык жиктөө кызматын колдонуу тармактарынын мүнөздөмөсү. «Кыргызстандын Саламаттык Сактоо» илимий-практикалык журналы, 2020-жылы, №2, саны бетти 48; <http://www.zdrav.kg/> журнал «Кыргызстандын саламаттык сактоо».

Кат алышуу учун: Рысбаев Курстанбай Салайдинович, м.и.к., медициналык реабилитация бөлүмүнүн башчысы, байланыштуу тел.: +(996) 555159999. E-mail:1-ortoped@mail.ru

Каржылоо. Изилдөөгө демөөрчүлүк болгон эмес. Financing. The study had no sponsorship.

Кызыкчылыктардын келишпестиги. Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жок- тугун жарыялайт.

Характеристика профиля функционирования пациентов в позднем периоде позвоночно-спинномозговой травмы с использованием международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Коллектив авторов, 2020

М.А. Сагымбаев, Е.С. Дженбаев, К.С. Рысбаев, К.Т.Азимбаев.

Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения, Кыргызская Республика, Чуйская область, Аламундунский район, с. Таш-Добо.

Аннотация. Проведен анализ функционального статуса пациентов в позднем периоде позвоночно-спинномозговой травмы с помощью профиля по категориям Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Определены нарушения функций организма, структур организма, активности и участия, подлежащих коррекции в условиях специализированного среднего реабилитационного стационара.

Ключевые слова: *Позвоночно-спинномозговая травма, функциональный статус, профиль МКФ по категориям, реабилитация.*

Для цитирования: М.А. Сагымбаев, Е.С. Дженбаев, К.С. Рысбаев, К.Т.Азимбаев. Характеристика профиля функционирования пациентов в позднем периоде позвоночно-спинномозговой травмы с использованием международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана» 2020№2, стр.48; <http://www.zdrav.kg/> журнал «Здравоохранение Кыргызстана».

Для корреспонденции: Рысбаев Курстанбай Салайдинович, к.м.н., заведующий отделом медицинской реабилитации, конт.тел.: +(996) 555159999. E-mail: 1-ortoped@mail.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Characteristics of the functioning profile of patients in the late period of spinal cord injury using the international classification of functioning, disability and health.

Authors Collective, 2020

M.A. Sagymbaev, E.S. Djenbayev, K.S. Rysbayev, K.T.Azimbayev.

Kyrgyz Research Institute of Spa and Restorative Treatment, Kyrgyz Republic, Chui region Alamudun district, Tash-Dobo village.

Abstract. The functional status of patients in the late period of spinal cord injury was analyzed using a profile according to the categories of the International classification of functioning, disability and health (ICF). Violations of body functions, body structures, activity and participation that are subject to correction in a specialized mid-mountain rehabilitation hospital were determined.

Key words: *Spinal cord injury; functional status; ICF profile; rehabilitation.*

For citation: M.A. Sagymbaev, E.S. Djenbayev, K.S. Rysbayev, K.T.Azimbayev. Characteristics of the functioning profile of patients in the late period of spinal cord injury using the international classification of functioning, disability and health. «Health Care of Kyrgyzstan research and practical journal» 2020, №2 p.48; <http://www.zdrav.kg/> «Kyrgyzstan Health Journal».

For correspondence: Rysbaev Kurstanbay Salaidinovich, c.m.s., head of the department of medical rehabilitation, c.tel.: + (996) 555159999. E-mail: 1-ortoped@mail.ru

Financing. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors claim that there are no conflicts of interest.

Введение. Повреждение спинного мозга с последующим развитием травматической болезни спинного мозга (ТБСМ) является причиной значительных нарушений основных физиологических процессов и функций организма (двигательных, тазовых органов, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, трофических нарушений), а также изменений качества жизни пациента и его семьи, необходимости адаптации к совершенно новым социальным условиям существования.

Нарастающая динамика заболеваемости, высокий уровень инвалидизации, трудоспособный возраст больных, существенные затраты на лечение пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) свидетельствуют о высокой социальной

значимости проблемы. [1,2].

Благодаря развитию медицины снизились показатели смертности при травме позвоночника, увеличилась продолжительность жизни пациентов, что еще более повышает значимость комплексной реабилитации данного контингента инвалидов и предполагает необходимость проведения различных методов реабилитации [4].

Пациенты с данной патологией неоднократно проходят повторные курсы лечения и реабилитации. При этом длительность госпитализации зависит напрямую от состояния пациента, степени тяжести травмы и сопутствующих заболеваний и осложнений.

Основой для определения целей реабилита-

ции является глубокое, систематическое понимание и тщательное изучение проблем в области функционирования пациентов с ТБСМ [6]. В настоящее время в качестве универсального инструмента для анализа функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья широко используется Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Одним из инструментов МКФ для описания функционального статуса и принятия решения относительно целей реабилитации и мишеней вмешательства является профиль по категориям МКФ [3,6].

Цель исследования- оценка уровня функционирования пациентов в позднем периоде позво-

ночно-спинномозговой травмы с применением профиля по категориям МКФ; определение целей медико-социальной реабилитации в условиях специализированного среднегорного реабилитационного стационара.

Материал и методы.

В Кыргызском научно-исследовательском институте курортологии и восстановительного лечения (КНИИКиВЛ) в отделении ортопедии в период с октября 2019 г. по март 2020 г. для проведения мероприятий медико-социальной реабилитации обследовано 62 пациента с ТБСМ (табл. 1). Средний возраст обследуемых пациентов составил 30,7 (95% ДИ 25,3–36,0) года.

Таблица 1. Распределение пациентов по полу (n-62).

Table 1. Distribution of patients by sex (n-62).

Пол	Абс.	%
Мужчин	39	62,9
Женщин	23	37,1
Всего:	62	100,0

В таблице 2 показано распределение пациентов по группам инвалидности.

Таблица 2. Распределение пациентов по группам инвалидности (n-62).

Table 1. Distribution of patients by sex (n-62).

Группа инвалидности	Абс.	%
I	32	51,6
II	22	35,5
III	2	3,2
Не имеют инвалидности	6	9,7
Всего:	62	100,0

В таблице 3 показано распределение пациентов по уровню поражения позвоночного столба и спинного мозга.

Таблица 3. Распределение пациентов по уровню поражения позвоночного столба и спинного мозга (n-62).

Table 3. Distribution of patients by level of spinal column and spinal cord injury (n-62).

Уровень поражения	Абс.	%
Шейный отдел	21	33,9
Грудной отдел	32	51,6
Поясничной отдел	9	14,5
Всего:	62	100,0

Степень неврологического дефицита у пациентов определяли по шкале ASIA (American Spinal Injury Association, 2000) (табл. 4). Из 62 пациентов

21 наблюдались с тетраплегией, и 41 пациентов с параплегией.

Таблица 4. Распределение пациентов по степени неврологического дефицита по шкале ASIA (n-62).
Table 4. Distribution of patients by degree of neurological deficiency on the ASIA scale (n-62).

Степень поражения	Абс.	%
A	27	43,5
B	7	11,3
C	19	30,7
D	9	14,5
Всего:	62	100,0

Для оценки уровня функционирования пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой, выявления целей реабилитации и определения спектра реабилитационных вмешательств, реализуемых в стационарных условиях, был сформирован набор категорий МКФ при повреждениях спинного мозга в хронической стадии заболевания, разработанного ВОЗ, и категории из перечня МКФ Швейцарского исследования повреждений спинного мозга [5].

В итоге перечень кодов МКФ в нашем исследовании содержал 28 категорий: «функции организма» включали 11 категорий, «структуры организма» – 4 категории, «активность и участие» – 13 категорий. Факторы окружающей среды не анализировали, так как определяли потребность в реабилитационных мероприятиях в условиях специализированного среднего стационара.

Оценку выраженности нарушений функций, структур, ограничений активности и участия проводили в соответствии с первым определителем. Информацию о функциональном статусе пациента получали из самоотчета; по результатам клинического осмотра, проведенного специалистами разного профиля (неврологом, урологом, физиотерапевтом и психотерапевтом); в ходе инструментальных исследований: рентгенографии, электромиографии, МРТ. Для оценки выраженности боли использовали визуально-аналоговую шкалу. Тонус мышц оценивали с помощью модифицированной шкалы Ашворта (Ashworth B., 1964).

Обследование проводили в начале курса госпитализации пациента в стационар [6], по результатам которого заполняли опросник Medical Outcomes Study - Short Form (MOS SF-36) [7], отображающий индивидуальный профиль ограничения жизнедеятельности обследованных пациентов по категориям МКФ.

Результаты и обсуждение.

В таблице 5 приведены показатели, отражающие абсолютную и относительную частоту встречаемости нарушений различной степени выраженности по категориям МКФ у пациентов с ТБСМ.

Анализ особенностей функционирования пациентов с различным уровнем повреждения спинного мозга показал, что основные различия выявлены между группами больных с поражением шейного и поясничного отделов спинного мозга.

Сравнительный анализ полученных данных проводили между группами с разным уровнем травмы позвоночника и спинного мозга.

Таким образом, при использовании в качестве инструмента оценки нарушений функционирования профиля по категориям МКФ выявлен ряд проблем той или иной степени выраженности у пациентов с ТБСМ. Определены нарушения функций, требующие коррекции в условиях специализированного среднего стационара: часть пациентов нуждались в хирургическом лечении пролежневых ран, хирургической и консервативной помощи уролога, коррекции болевого и спастического синдромов. Все пациенты испытывали выраженный дефицит функционирования по разделам мобильности и самообслуживания. Наиболее выражены проблемы у инвалидов с поражением шейного отдела спинного мозга. Основное количество пациентов нуждались в восстановлении или компенсации двигательных функций, а также в мероприятиях социально-бытовой адаптации.

Наличие индивидуального профиля нарушений функционирования позволяет определить индивидуальные цели медико-социальной реабилитации в условиях специализированного среднего стационара по разделам «функции организма», «структуры организма», «активность и участие»; определить базовое число госпитализаций, в ходе которых эти цели могут быть реализованы [6].

На практике реабилитационные мероприятия проводятся после ортопедической коррекции, т.е. хирургического вмешательства. Далее, начиная с раннего послеоперационного периода, проводится активизация больного, постепенное увеличение объема движений.

На консервативном этапе реабилитации в

Таблица 5. Структура выраженности нарушений «функций организма», «структур организма», «активности и участия» у пациентов в позднем периоде ПСМТ по категориям МКФ (n-62).

Table 5. The structure of the severity of disorders of "body functions," "body structures," "activity and participation" in patients in the late period of PSMT by ICF categories (n-62).

Категория МКФ	Число пациентов, имеющих нарушения					
	определитель МКФ					
	0	1	2	3	4	5
b130 побудительные и волевые функции	9(14,5)	16(25,8)	35(56,5)	2(3,2)	-	-
b152 функции эмоций	8(12,9)	6(9,7)	40(64,5)	8(12,9)	-	-
b280 функции боли	17(27,4)	5(8,1)	24(38,7)	16(25,8)	-	-
b440 функции дыхания	54(87,1)	8(12,9)	-	-	-	-
b525 функции дефекации	-	25(40,3)	25(40,3)	11(17,8)	1(1,6)	-
b620 функции мочеиспускания	4(6,5)	11(17,7)	30(48,4)	14(22,6)	3(4,8)	-
b640 сексуальные функции	7(11,3)	9(14,5)	22(35,5)	15(24,2)	9(14,5)	-
b710 функции подвижности суставов	40(64,5)	8(12,9)	8(12,9)	6(9,7)	-	-
b730 функции мышечной силы	-	2(3,2)	15(24,2)	39(62,9)	6(9,7)	-
b735 функции мышечного тонуса	6(9,7)	4(6,5)	22(35,4)	30(48,4)	-	-
b810 защитные функции кожи	47(75,8)	3(4,8)	4(6,5)	7(11,3)	1(1,6)	-
s120 спинной мозг и относящиеся к нему структуры	-	-	9(14,5)	26(42,0)	27(43,5)	-
s430 структура системы дыхания	54(87,1)	8(12,9)	-	-	-	-
s610 структура системы мочеиспускания	27(43,6)	6(9,7)	25(40,3)	3(4,8)	1(1,6)	-
s810 структура кожного покрова	47(75,8)	3(4,8)	4(6,5)	7(11,3)	1(1,6)	-
d410 изменение положения тела	23(37,1)	19(30,6)	5(8,1)	7(11,3)	8(12,9)	-
d420 перемещение тела	4(6,5)	9(14,5)	28(45,2)	10(16,1)	11(17,7)	-
d445 использование кисти и запястья	40(64,4)	4(6,5)	6(9,7)	8(12,9)	4(6,5)	-
d450 ходьба	-	3(4,8)	7(11,3)	7(11,3)	45(72,6)	-
d455 передвижение способами, отличающимися от ходьбы	-	1(1,6)	16(25,8)	7(11,3)	35(56,5)	3(4,8)
d465 перемещение с применением технических средств	8(12,9)	11(17,7)	31(50,0)	6(9,7)	5(8,1)	1(1,6)
d470 пользование транспортом	4(6,5)	5(8,1)	19(30,6)	12(19,4)	14(22,6)	8(12,8)
d510 мытье	6(9,7)	13(20,9)	21(33,9)	12(19,4)	10(16,1)	-
d520 уход за частями тела	24(38,7)	17(27,4)	6(9,7)	8(12,9)	7(11,3)	-
d530 туалет	8(12,9)	16(25,8)	19(30,7)	10(16,1)	9(14,5)	-
d540 одевание	17(27,4)	21(33,9)	4(6,5)	7(11,3)	13(20,9)	-
d550 прием пищи	38(61,3)	9(14,5)	7(11,3)	5(8,1)	3(4,8)	-
d560 питье	38(61,3)	12(19,4)	6(9,7)	3(4,8)	3(4,8)	-

Примечание. Шкала определителя МКФ: 0 – нет нарушений; 1 – легкие нарушения; 2 – умеренные нарушения; 3 – тяжелые нарушения; 4 – абсолютные нарушения; 5 – не определено; в скобках – проценты.

качестве целей госпитализации могут рассматриваться: купирование болевого и спастического синдромов, повышение силы отдельных мышц и улучшение локомоторных возможностей. Для достижения этих целей проводится физиотерапия, ЛФК, кинезитерапевтические мероприятия. Наряду с этим применяется медикаментозная терапия по определенным показаниям.

Каждый этап должен реализовываться на фоне измерения уровня функционирования пациента с помощью профиля МКФ в начале и после каждой госпитализации [6], а также с учетом измерений предыдущей госпитализации, что позволяет оценить степень реализации долгосрочного плана реабилитации пациента, своевременно скорректиро-

вать виды и объемы реабилитационной помощи, эффективно координировать работу специалистов разного профиля. Сформированный с использованием МКФ план реабилитации является своего рода дорожной картой, позволяющей более эффективно использовать ресурсы стационара в интересах пациента.

Заключение.

Таким образом, профиль по категориям МКФ позволяет более адекватно отразить функциональный статус пациентов с ТБСМ, определить последовательность целей стационарной реабилитации, планировать участие специалистов разного профиля в реабилитационных мероприятиях.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Иванова Г.Е., Крылова В.В., Цыкунова М.Б., Поляева Б.А., ред. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга. М.: ОАО «Московские учебники и Картолиграфия», 2010. [Ivanova G.E., Krylova V.V., Tsykunova M.B., Polyayeva B.A., ed. Rehabilitation of patients with traumatic spinal cord disease. M.: Moscow Textbooks and Cartolithography OJSC, 2010.]
2. Косичкин М.М., Гришина Л.П., Шапиро Д.М. Инвалидность вследствие травматического поражения спинного мозга, медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1999;1: 9–15. [Osichkin M.M., Grishina L.P., Shapiro D.M. Disability due to traumatic spinal cord injury, medical and social examination and rehabilitation. Medical and social examination and rehabilitation. 1999;1: 9–15.]
3. Юнусов Ф.А, Кочубей А.В. Интеграция инструментов международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья и современной модели реабилитационного процесса. Неврологический вестник. 2009; 4: 22–6. [Yunusov F.A., Kochubey A.V. Integration of instruments of international classification of functioning, restriction of vital activities and health and a modern model of the rehabilitation process. Neurologic messenger. 2009; 4: 22–6.]
4. Hagen E.M., Lie S.A., Reklant T. et al. Mortality after traumatic spinal cord injury 50 years of follow-up. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2010; 81: 368–73.
5. Post M.W.M., Brinkhof M.W.G., Von Elm E. et al. Design of the Swiss spinal cord injury cohort study. Am. J. Phys. Med. Rehabil. 2011(Suppl. 90): 5–16.
6. Rauch A., Cieza A., Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. Eur. J. Physiother. Rehabil. Med. 2008; 44(3): 329–42.
7. Ware, J. E. The MOS 36 item Short Form Health Survey (SF 36). I: Conceptual framework and item selection [Text] / J. E. Ware, C. D. Sherbourne // Medical Care. – 1992. Vol. 30, N 6. – P. 473–483.

Сведения об авторе(ах):

1. **Сагымбаев Марат Акимович**, д.м.н. профессор, член-корр НАН, директор КНИИКиВЛ, eLibrary SPIN: 4726-9283. Адрес место работы: Кыргызская Республика, Чуйская обл., Аламединский район, с.Таш-Добо, ул. Больничная 23.
2. **Дженбаев Ербол Серижанович**, м.н.с., заведующий научно-организационно-методическим отделом, конт. тел.: +(996) 707466466. E-mail: ordinator001@mail.ru. Адрес место работы: Кыргызская Республика, Чуйская обл., Аламединский район, с.Таш-Добо, ул. Больничная 23.
3. **Рысбаев Курстанбай Салайдинович**, к.м.н., заведующий отделом медицинской реабилитации, конт. тел.: +(996) 555159999. E-mail: 1-ortoped@mail.ru. Адрес место работы: Кыргызская Республика, Чуйская обл., Аламединский район, с.Таш-Добо, ул. Больничная 23.
4. **Азимбаев Куштарбек Турсуналиевич**, врач ортопед-травматолог, конт. тел.: +(996) 555212710. Адрес место работы: Кыргызская Республика, Чуйская обл., Аламединский район, с.Таш-Добо, ул. Больничная 23.

Обзоры и лекции

УДК 616.89-008.444.1

Өзүн өзү өлтүрүү азыркы учурдун эң чоң көйгөйү.

Авторлордун тобу, 2020

М.В. Сюй¹, О.Т. Касымов²

¹ Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия славян университети, Кыргыз Республикасы, Бишкек

² «Алдын алуучу медицина» Илимий өндүрүштүк бирикмеси, Кыргыз Республикасы, Бишкек

Корутунду: Сереп салууда ар кайсы өлкөлөрдөгү өзүн өзү өлтүрүүнүн таралуу суроолору каралган. Өзүн өзү өлтүрүүгө бүт дүйнө жүзүндөгү мезгилсиз өлүмдүн 1,4% окуясы туура келет. Суициддердин тез-тез келип чыгуусунун өлкөдөн, жашынан, жынысынан жана социалдык-экономикалык статустан болгон көз карандылык айырмачылыктары, өзүн өзү өлтүрүүнүн ыкмалары жана медициналык жардамга болгон мүмкүнчүлүктөрү каралган. 1990-2016 жж. мезгилинде жалпысынан бардык өлкөлөрдө өзүн өзү өлтүрүүдөн болгон жашы боюнча стандартизацияланган өлүм көрсөткүчтөрү төмөндөгөн, бирок өзүн өзү өлтүрүү бүт дүйнө жүзүндө өлүмдүн маанилүү фактору болуп калууда. Суицидалдык жүрүш-туруш жынысы, жаш группасы, географиялык аймактар жана социалдык - саясий шарттар менен айырмаланат. Психикалык бузулууларды аныктоонун төмөндөөнү карай тенденциялары Россияда, Украинада жана Казакстанда, ал эми өсүүнү карай Грузияда, Молдовада жана Кыргызстанда байкалган. Кыргызстанда акыркы 10 жылда болуп өткөн суициддердин эң жогорку таралуу деңгээли калктын 100 миңине кийинки төмөндөө менен 2012 жылы - 9,49 белгиленген. 2015 жылы Улуттук статистикалык комитеттин (УСК) маалыматтары боюнча бул көрсөткүчтөр 6,93 түзгөн. Ушундай эле тенденция суициалдык аракеттер боюнча – таралуу көрсөткүчтөрү калктын 100 миңине 2012ж 27,9 түзгөн; 2015жылга карата 19,5 чейин төмөндөгөн.

Негизги сөздөр: Эпидемиологиялык аспекти, өзүн өзү өлтүрүүнүн тез-тез болуусу, суицидологиялык жагдай, этиологиялык факторлору, тобокелдик факторлору, жашы, жынысы, алдын алуу, Кыргызстан.

Шилтеме: М.В. Сюй, О.Т. Касымов. Өзүн өзү өлтүрүү азыркы учурдун эң чоң көйгөйү. «Кыргызстандын Саламаттык Сактоо» илимий-практикалык журналы, 2020-жылы, №2, саны бетти 54; <http://www.zdrav.kg/> журнал «Кыргызстандын саламаттык сактоо».

Кат алышуу учун: Марина Викторовна Сюй, Кыргыз Орус Славян Университети Б.Н. Ельцин, Медициналык психология, психиатрия жана психотерапия бөлүмү. Медицина факультети, Медициналык психология, психиатрия жана психотерапия. Ага окутуучу. eLibrarySPIN: 6802-9114, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4806-5025>. Байланыштуу тел.: +(996) 555 887788, E-mail: syumarina@yandex.ru

Каржылоо. Изилдөөгө демөөрчүлүк болгон эмес. Financing. The study had no sponsorship.

Кызыкчылыктардын келишпестиги. Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жок- тугун жарыялайт.

Самоубийство как глобальная проблема современности.

Коллектив авторов, 2020

М.В. Сюй¹, О.Т. Касымов²

¹ Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Кыргызская Республика, Бишкек

² Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина», Кыргызская Республика, Бишкек

Резюме: В обзоре рассматриваются вопросы распространения самоубийств в различных странах. На самоубийства приходится 1,4% случаев преждевременной смерти во всем мире. Рассмотрены различия в частоте возникновения суицидов в зависимости от страны, возраста, пола и социально-экономического статуса, способа самоубийства и доступа к медицинской помощи. За период 1990-2016 гг. в целом по всем странам стандартизированные по возрасту показатели смертности от самоубийств значительно снизились, но самоубийство остается важным фактором смертности во всем мире. Суицидальное поведение различается между полами, возрастными группами, географическими регионами и социально-политическими условиями. Тенденции к снижению выявляемости психических расстройств проявляются в России, Украине и Казахстане, а к возрастанию — в Грузии, Молдове и Кыргызстане. В Кыргызстане наиболее высокий уровень распространённости завершённых суицидов за последние 10 лет отмечался в 2012 г. — 9,49 на 100 тыс. населения с последующим снижением. В 2015 г. по данным Национального статистического комитета (НСК) этот показатель составил 6,93. Такая же тенденция отмечается по суицидальным попыткам - показатель распространённости на 100 тыс. населения в 2012 г. составил 27,9; к 2015 г. снизился до 19,5.

Ключевые слова: Эпидемиологический аспект, частота самоубийств, суицидологическая ситуация, этиологические факторы, факторы риска, возраст, пол, профилактика, Кыргызстан.

Для цитирования: М.В. Суй , О.Т. Касымов. Самоубийство как глобальная проблема современности. Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана» 2020№2, стр.54; <http://www.zdrav.kg/> журнал «Здравоохранение Кыргызстана».

Для корреспонденции: Марина Викторовна Суй , Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии. Медицинский факультет, Кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии. Старший преподаватель. eLibrarySPIN: 6802-9114, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4806-5025>. Контакт.тел.: +(996) 555 887788, E-mail: syumarina@yandex.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Suicide as the global problem of modern times.

Authors Collective, 2020

M.V.Siui ¹, O.T.Kasymov ²

¹ B.N. Yeltsin Kyrgyz-Russian Slavonic University, Kyrgyz Republic, Bishkek

² Scientific and Production Centre for Preventive Medicine, Kyrgyz Republic, Bishkek

Summary: This articles contains the overview of the issues related to the spread out of suicides across countries. Suicide is responsible for 1.4% of all premature death in the world. We discuss the differences in suicide rates among countries, age cohorts, gender, socio-economic status, suicide methods and access to medical help. During 1990-2016 overall world age-corrected rates of suicide have decreased significantly, however, suicide continues to remain an important cause of death. Suicide behavior varies by gender, age cohorts, geographic regions and socio-economic and political conditions. Some countries - Russia, Ukraine and Kazakhstan - demonstrate a tendency towards decreased detectability of psychiatric disorders, whereas Georgia, Moldova and Kyrgyzstan show an increase. In Kyrgyzstan the highest rates of completed suicide during the latest decade was observed in 2012 and peaked at 9.49 per 100 thousand people with a consequent fall to 6.93 by 2015 (based on the data from the National Statistics Committee, NSC). Similar patterns are observed in attempted suicide which reached a level of 27.9 per 100 thousand people in 2012 and dropped to 19.5 in 2015.

Key words: Epidemic aspects, suicide rates, suicide situation, etiological agents, risk factors, age, gender, prevention, Kyrgyzstan.

For citation: M.V.Siui, O.T.Kasymov. Suicide as the global problem of modern times. «Health Care of Kyrgyzstan reseach and practical journal» 2020, №2 p.54; <http://www.zdrav.kg/> «Kyrgyzstan Health Journal».

For correspondence: Marina Viktorovna Siui, Kyrgyz Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin, Department of Medical Psychology, Psychiatry and Psychotherapy. Faculty of Medicine, Department of Medical Psychology, Psychiatry and Psychotherapy. Senior teacher. eLibrarySPIN: 6802-9114, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4806-5025>. c. tel: +(996) 555 887788, E-mail: syumarina@yandex.ru

Financing. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors claim that there are no conflicts of interest.

Введение. Самоубийство является сложной проблемой общественного здравоохранения, имеющей глобальное значение. Ежегодно регистрируется около 800 000 суицидов и на данную причину приходится 1,4% случаев преждевременной смерти во всем мире (ВОЗ, 2019). Глобальный уровень самоубийств составляет 11,4 на 100 000 населения; 15,0 / 100 000 для мужчин и 8,0 / 100 000 для женщин. Среди населения в возрасте 15–29 лет самоубийство стали второй по значимости причиной смерти во всем мире [35]. Социально-этиологическая стигматизация самоубийств неоднородна, поскольку вероятность совершения суицида ассоциируется с различными факторами риска. За период 1990-2016 гг. в планетарном масштабе стандартизированные по возрасту показатели смертности от самоубийств значительно снизились, но самоубийство остается важным фактором смертности во всем мире [25]. Суицидальное поведение различается между полами, возрастными группами, географическими регионами и социально-политическими условиями [17].

Суицидологическая ситуация в мире.

Среди стран, которые сообщают о количестве самоубийств во Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ), самые высокие показатели уровня самоубийств наблюдаются в странах Восточной Европы, а самые низкие — в мусульманских странах [4]. При этом важным является оценка динамики данного показателя: например, тенденции к снижению выявляемости психических расстройств проявляются в России, Украине и Казахстане, а к возрастанию — в Грузии, Молдове и Кыргызстане [11].

В Соединенных Штатах с 2008 года самоубийство считается 10-й по значимости причиной смерти для всех возрастов. В 2016 году самоубийство стало второй по значимости причиной смерти в возрасте 10–34 лет и четвертой по значимости причиной в возрасте 35–54 лет, причем показатели самоубийств в последние годы неуклонно увеличивались [30]. Американские исследователи [16] отмечают, что в настоящее время самоубийство является второй по значимости причиной смерти в США у молодежи в возрасте 10–24 лет и у молодых людей в возрасте 25–34 лет. Это также третья по

значимости причина смерти среди молодежи во всем мире. Несмотря на наличие множества факторов, повышающих риск завершеного суицида, одним из самых значимых является наличие предыдущих попыток самоубийства. В тоже время в качестве факторов риска могут выступать наличие завершенных и незавершенных эпизодов суицида в семье, употребление алкоголя и психоактивных веществ, психологические и физические издевательства, наличие в анамнезе психического заболевания.

В половине государств-членов Евросоюза частота суицидов находится на низком уровне. В эту группу входят не только южные страны (Греция, Италия, Испания, Мальта, Португалия), где частота самоубийств всегда была невысокой, но и государства Центральной (Нидерланды, Люксембург) и даже Северной (Великобритания) Европы. При этом наиболее благополучной в суицидальном отношении страной является Греция - 3,4 случая на 100 тыс. населения, что ставит ее в один ряд с государствами Ближнего Востока, традиционно лидирующими в этом рейтинге. Остальные страны Евросоюза находятся в диапазоне средней частоты суицидов. В эту группу входят Германия, Дания, Ирландия, Швеция, Австрия, Франция, Хорватия, Бельгия и Финляндия. В этой группе обращает на себя внимание присутствие Хорватии, являющейся единственным государством Средиземноморья, где частота самоубийств превышает низкий уровень. Наиболее высокий показатель в Евросоюзе отмечается в Финляндии (19,5 на 100 тыс. населения), он уже приближается к критическому уровню ВОЗ, равному 20 случаям на 100 тыс. населения [10].

Согласно последним данным ВОЗ, опубликованным в 2017 году, смертность от самоубийств во Франции достигла 10 867 или 2,39% от общего числа смертей. Сокращение числа самоубийств во Франции никоим образом не уменьшает неотложной необходимости действовать и укреплять усилия, инициативы и ресурсы для борьбы с этой человеческой трагедией [19]. Смертность от самоубийств в Германии достигла 10 816, или 1,48% от общего числа смертей. Скорректированный по возрасту коэффициент смертности составляет 9,29 на 100 000 населения. По данному показателю Германия занимает 104 место в мире. Несмотря на комплексные

профилактические программы, число самоубийств в Германии возрастает с 2007 года [22].

За период 1981-2011 гг. Великобритания по причине самоубийств потеряла 189377 человек; наибольшее количество погибших от данной причины было зафиксировано в 1988 г. - 6867, наименьшее - в 2007 г. - 5377 человек, причем на протяжении анализируемых трех десятилетий не наблюдалось плавной погодовой динамики повышения или снижения числа самоубийств; динамика самоубийств скорее характеризуется «волнообразностью» [1]. В 2017 году в Великобритании было зарегистрировано 5821 самоубийство, стандартизированный по возрасту показатель 10,1 смертей на 100 000 человек. В Великобритании уровень самоубийств среди мужчин, составляющий 15,5 смертей на 100 000 человек, был самым низким с момента начала нашего временного ряда в 1981 году; для женщин показатель смертности в Великобритании составил 4,9 на 100 000 человек, что по-прежнему согласуется с показателями за последние 10 лет. Мужчины составляли три четверти самоубийств, зарегистрированных в 2017 году (4382 случая смерти), что имело место с середины 1990-х годов. Самый высокий возрастной показатель самоубийств среди мужчин в возрасте от 45 до 49 лет составлял 24,8 случая смерти на 100 000 человек; для женщин возрастная группа с самым высоким показателем составляла от 50 до 54 лет при 6,8 случаев смерти на 100 000 человек. В Шотландии самый высокий уровень самоубийств в Великобритании - 13,9 смертей на 100 000 человек, а в Англии - самый низкий показатель - 9,2 смертей на 100 000 человек [9].

В регионе Юго-Восточной Азии, который охватывает 11 стран с низким и средним уровнем дохода, на которые приходится 26% населения мира, совершается более трети (39%) всех самоубийств в мире, причем самый высокий уровень самоубийств составляет 17,7 на 100 000. Профиль риска людей, которые умирают от самоубийства, и характеристики самоубийств в Юго-Восточной Азии во многих отношениях заметно отличаются от других регионов. В этом регионе соотношение мужчин и женщин к самоубийствам ближе к 1, по сравнению с 3: 5 в странах с более высоким уровнем дохода, а общая распространенность психических расстройств, таких как депрессия или другие психиатрические состояния, ниже [34].

Самоубийство было основной причиной снижения ожидаемой продолжительности жизни в Азиатско-Тихоокеанском регионе с высоким уровнем заболеваемости, и входило в число 10 ведущих причин смертности в Восточной, Центральной и Западной Европе, Центральной Азии, южной части Латинской Америки и странах с высоким уровнем дохода в Северной Америке. [18, 21, 24, 25].

Анализ частоты суицидальных мыслей, проведенный среди школьников Туниса (821 человек, средний возраст 17,7 ± 0,97 лет) [29] показал, что распространенность суицидального поведения составила 26,9% для кратковременных суицидальных мыслей, 9,6% для серьезных суицидальных мыслей и 7,3% для суицидальных попыток. Было обнаружено шесть определяющих факторов суицидального поведения: женский пол), наличие депрессии в анамнезе или на момент опроса, табакокурение, низкая самооценка.

В число стран-лидеров по уровню смертности населения от самоубийств входит Россия. Показатели по самоубийствам в России в 3 — 4 раза превышают среднемировые (10 — 20 случаев на 100 тысяч населения) [4]. Российская смертность от самоубийств за период 1870-2007 гг. выросла в 11 раз. Тенденции в отношении самоубийств среди мужчин и женщин развивались одинаково, хотя показатели самоубийств среди мужчин были значительно выше. С 1990-х годов в относительном смысле возросло число самоубийств среди молодежи (15–34), в то время как высокая смертность от самоубийств среди мужчин среднего возраста снизилась [31].

Факторы, оказывающие влияние на частоту самоубийств.

Завершенные самоубийства в три раза чаще встречаются у мужчин, чем у женщин; для попыток самоубийства существует обратное соотношение. Попытки самоубийства встречаются в 30 раз чаще, чем самоубийства; однако они являются важными предвестниками повторных эпизодов, а также завершенных самоубийств. В целом, уровень самоубийств варьируется в зависимости от пола и этапа жизни, в то время как методы различаются в зависимости от страны [15, 24]. Лица с высоким уровнем суицидальных намерений, как правило, значительно старше, имеют более высокие оценки по шкале депрессии Гамильтона, более высокие показатели преднамеренности и устойчивые суицидальные мысли. Кроме того, методы самоубийства, сроки и истории психиатрического лечения отличаются силой суицидальных намерений субъектов. Подавленное настроение как причина попытки самоубийства в значительной степени связано с более высоким суицидальным намерением [36].

Факторами риска совершения суицида являются наличие в анамнезе психических заболеваний, особенно депрессии, присутствие попыток самоубийства в прошлом, указание на подверженность физическому и психическому насилию со стороны лиц из ближайшего окружения. Наличие трех и более кризисных факторов является значимым прогностическим признаком в отношении совершения самоубийства. Например, переутомление, проблемы с человеческими отношениями, физические /

психические заболевания и бедность могут образовывать цепь, которая ведет к самоубийству, независимо от пола. Более 40% попыток самоубийства являются результатом передозировки лекарств [27]. Значимым фактором риска является ощущение безнадежности, собственной ненужности и ощущения собственного бремени для окружающих [32].

Показано положительное влияние на уровень самоубийств ограничений в доступе к барбитуратам, декстропропоксифену, бытовым газам и автомобильным выхлопам с высоким содержанием угарного газа [26], причем ряд исследователей отмечает значительный рост распространенности наркомании в некоторых регионах [14]. В тоже время существует четкая связь между наличием огнестрельного оружия в доме и повышенным риском самоубийства: более половины всех смертей при суицидальных попытках обусловлено его применением. Хотя большинство суицидальных эпизодов являются сильными, они обычно длятся в течение короткого времени, и приблизительно 90% тех, кто пытается совершить самоубийство и выживают, впоследствии не повторяют своих попыток [28].

Наиболее угрожаема по суицидальному поведению возрастная группа второго и третьего десятилетия жизни: в данной когорте самоубийство является второй по значимости причиной смерти. Завершенные самоубийства в три раза чаще встречаются у мужчин, чем у женщин; для попыток самоубийства можно найти обратное соотношение. Попытки самоубийства встречаются в 30 раз чаще, чем самоубийства; однако они являются важными предвестниками повторных попыток, а также завершенных самоубийств. В целом, уровень самоубийств варьируется в зависимости от пола и времени жизни, в то время как методы различаются в зависимости от страны. Наиболее часто используемые методы - это повешение, самоотравление пестицидами и использование огнестрельного оружия [17, 20, 23].

Динамика суицидологической ситуации в Кыргызстане.

В 2007–2008 гг. при поддержке регионального бюро ВОЗ проводилось исследование суицидологической ситуации в Кыргызстане. На основе полученных при исследовании данных начали проводиться организационные мероприятия по превенции суицидов. В последующем отслеживалась динамика суицидологической ситуации в Республике. Достаточно серьезные социальные катаклизмы, имевшие место по всей территории Кыргызстана и, в особенности в южных областях в 2010 г., несомненно, повлияли на естественную динамику суицидологической ситуации. Наиболее высокий уровень распространенности завершенных суицидов за последние 10 лет отмечался в 2012 г. –

9,49 на 100 тыс. населения с последующим снижением. В 2015 г. по данным Национального статистического комитета (НСК) этот показатель составил 6,93. Такая же тенденция отмечается по суицидальным попыткам - показатель распространенности на 100 тыс. населения в 2012 г. составил 27,9; к 2015 г. снизился до 19,5. Данные статистические показатели, конечно же, говорят о положительной динамике распространенности суицидов, но вместе с тем, и о снижении выявляемости суицидов. Стабильно высокие показатели суицидов сохраняются по Иссык-Кульской области и почти в 1,5 раза возросли показатели попыток по Нарынской области, что вызывает необходимость выявления факторов и причин такого роста [2].

За последние десять лет в Кыргызстане в три раза выросло число суицидов. В 2016 году миллионные сводки стали сообщать о самоубийствах несовершеннолетних чаще, чем когда бы то ни было. Только за три месяца 2016 года в республике покончили с собой более 30 подростков, т.е. практически столько же, сколько за весь 2015 год. Одному из тех, кто решил свести счеты с жизнью, было всего 10 лет [7].

За 2018 год в Киргизии 136 школьников подверглись насилию, а 88 совершили суицид. 13 февраля 2018 года на коллегии Министерства образования и науки республики в Бишкеке Министр Гульмира Кудайбердиева считает, что все это результат отсутствия или недостаточности профилактической работы школ, в том числе с родителями школьников [6].

В 2019 году произошло 46 подростковых суицидов: добровольно из жизни ушли 20 девушек и 26 юношей. Об этом на заседании парламента 13 февраля 2019 сообщил депутат Пархат Тулендыбаев. Он напомнил коллегам, что на этой неделе, 11 февраля, в уличном туалете бишкекской школы № 16 нашли тело мальчика. Школьник повесился на шнуре от камеры видеонаблюдения: «Это не единственный случай. Из 46 подростков, покончивших жизнь самоубийством, — 26 мальчиков и 20 девочек. Причины, по которым они идут на такие поступки, разные — нехватка родительского внимания и отсутствие любви. Многие дети живут у родственников, потому что их родители либо развелись, либо на заработках, у других ребят проблемы со сверстниками. Необходимо проводить и усилить работу по предотвращению и предупреждению подросткового суицида». [5].

Увеличение числа суицидов среди несовершеннолетних спровоцировали карантинные меры из-за пандемии коронавируса. Власти страны объявили 16 марта карантин во всех школах и вузах республики, обучение происходит в дистанционном режиме.

МВД Республики выпустило заявление, в котором говорится: «В последнее время в Кыргызстане участились случаи суицида среди несовершеннолетних. Только с 18 по 28 марта, когда школы региона находятся на карантине из-за опасности заражения и распространения инфекционного заболевания коронавируса, было зарегистрировано 7 фактов, когда дети наложили руки на себя. Все данные факты зарегистрированы в ЕРПП и ведутся следственные мероприятия по установлению причин смерти несовершеннолетних.

Неоднократно проведенные разъяснительные работы со стороны милиции с родителями по неукоснительному контролю за детьми во время карантина, к сожалению, остались без должного внимания взрослых. В итоге 7 подростков в возрасте от 12 до 16 лет, из них по Тонскому району - 2, в Жети-Огузском, Иссык-Кульском и Ак-Суйском по одному подростку и в БСык-Атинском районе – 2 подростка покончили жизнь самоубийством. Как показал анализ, четверо детей из неполноценной семьи, т.е. нет матери или отца, другие же находились на воспитании у родственников, так один из родителей находится на заработках в других странах. В основном, подростки совершили суицид в дневное время суток, а взрослые были в неведении, где находятся их дети». [8].

Целый ряд исследований рассматривает различные аспекты состояния соматического здоровья населения Кыргызской Республики [3, 13], а также профилактику факторов, которые могут послужить причиной суицидального поведения [12]. В настоящее время не существует эффективного алгоритма для прогнозирования самоубийства в клини-

ческой практике, однако улучшение распознавания и понимания клинических, психологических, социологических и биологических факторов может помочь выявлению лиц с высоким риском и помочь в выборе лечения. Психотерапевтическое, фармакологическое или нейромодулирующее лечение психических расстройств часто может предотвратить суицидальное поведение. Кроме того, регулярное наблюдение за людьми, пытающимися совершить самоубийство с помощью служб охраны психического здоровья, является ключом к предотвращению суицидального поведения в будущем [33]. На постсоветском пространстве общей тенденцией развития психиатрических служб является формирование социально ориентированной помощи, которая базируется на обслуживании пациентов по месту жительства в привычной для них социальной обстановке. Такое развитие предполагает, с одной стороны, максимальное использование внебольничных служб при постепенном уменьшении потенциала стационарного звена, а с другой - активное внедрение биопсихосоциальной модели и ее облигатных составляющих в виде психосоциальной терапии и реабилитации [11].

Выводы. Таким образом, можно констатировать, что проблема суицида является глобальной и затрагивает все без исключения страны. Увеличение числа суицидов, в том числе и у подрастающего поколения, отмечается во многих странах. Определенную тревогу вызывает ситуация в Кыргызстане, где на протяжении последних 10 лет отмечается неблагоприятная тенденция роста числа самоубийств, в том числе совершенных несовершеннолетними.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Богданов С.В., Богданова Ю.С. Суицид в Великобритании: основные показатели и тенденции последних трёх десятилетий // Тюменский медицинский журнал. 2016. №3. Bogdanov S.V., Bogdanova Ju.S. Suicid v Velikobritanii: osnovnye pokazateli i tendencii poslednih trjoh desjatiletij [Suicide in the UK: key indicators and trends of the last three decades]. Tjumenskij medicinskij zhurnal - Tyumen Medical Journal, 2016, №3 (in Russian).
2. Галако Т.И. Суицидологическая ситуация в Кыргызской Республике: анализ динамики и разработка мер профилактики // Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

2017. С. 54-56.

Galako T.I. Cuicidologicheskaja situacija v Kyrgyzskoj Respublike: analiz dinamiki i razrabotka mer profilaktiki [Suicidological situation in the Kyrgyz Republic: analysis of the dynamics and development of preventive measures]. Shkola V.M. Behtereva: ot istokov do sovremennosti: materialy Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem, posvjashhennoj 160-letiju so dnja rozhdenija Vladimira Mihajlovicha Behtereva i 110-letiju Sankt-Peterburgskogo nauchno-issledovatel'skogo psihonevrologicheskogo instituta im. V.M. Behtereva - School V.M.Behterev: from the beginnings to the present: Proceedings of the All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation dedicated to the 160th birthday of Vladimir Mikhailovich Behterev and the 110th anniversary of the St. Petersburg Psychoneurological Institute named V.M.Behterev. 2017, pp. 54-56 (in Russian)

3. Кочкорова Ф.А., Касымов О.Т. Физическое развитие учащихся общеобразовательных школ северных регионов Кыргызской Республики // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 3. Kochkorova F.A., Kasymov O.T. Fizicheskoe razvitiye uchashhihsja obshheobrazovatel'nyh shkol severnyh regionov Kyrgyzskoj Respubliki [Physical development of students in secondary schools of the northern regions of the Kyrgyz Republic]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* – Modern problems of science and education, 2020, № 3 (in Russian).
4. Молчанова Е. В., Базарова Е. Н. Влияние социально-экономических факторов на суицидальное поведение // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2011. №4. Molchanova E. V., Bazarova E. N. Vlijanie social'no-jekonomicheskikh faktorov na suicidal'noe povedenie [Influence of socio-economic factors on suicidal behavior]. *Jekonomicheskie i social'nye pereмены: fakty, tendencii, prognoz* - Economic and social changes: facts, trends, forecast, 2011, №4 (In Russian).
5. Новостной сайт EvrAsia Daily https://easily.com/ru/news/2020/02/13/v-kirgizii-za-god-suicid-sovershili-46-podrostkov?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews. (дата обращения: 04.05.2020). Novostnoj sayt EvrAsia Daily [News website EvrAsia Daily]. URL: https://easily.com/ru/news/2020/02/13/v-kirgizii-za-god-suicid-sovershili-46-podrostkov?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews (accessed: 04.05.2020) (in Russian).
6. Новостной сайт EvrAsia Daily. https://easily.com/ru/news/2019/02/13/v-kirgizii-za-2018-god-sovershili-suicid-88-hkolnikov?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews. (дата обращения: 04.05.2020). Novostnoj sayt EvrAsia Daily [News website EvrAsia Daily]. URL: https://easily.com/ru/news/2019/02/13/v-kirgizii-za-2018-god-sovershili-suicid-88-hkolnikov?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews (accessed: 04.05.2020) (in Russian).
7. Российская газета - Неделя - Киргизия № 119(6987) от 2.06.2016. <https://rg.ru/2016/06/02/v-kirgizii-zafiksirovan-vslesk-podrostkovogo-suicida.html> дата обращения: 04.05.2020). Rossijskaja gazeta - Nedelja - Kirgizija № 119 ot 02/06/2016 [Russian Newspaper - Week - Kyrgyzstan No. 119 of 02/02/2016]. URL: <https://rg.ru/2016/06/02/v-kirgizii-zafiksirovan-vslesk-podrostkovogo-suicida.html> (accessed: 04.05.2020) (in Russian).
8. Сайт Министерства внутренних дел Республики Кыргызстан. <https://mvd.gov.kg/index.php/rus/mass-media/all-news/item/10447-mvd-po-povodu-podrostkovykh-suitsidov> (дата обращения: 04.05.2020). Sajt Ministerstva vnutrennih del Respubliki Kyrgyzstan [Website of the Ministry of Internal Affairs of the Kyrgyzstan]. URL: <https://mvd.gov.kg/index.php/rus/mass-media/all-news/item/10447-mvd-po-povodu-podrostkovykh-suitsidov> (accessed: 04.05.2020) (in Russian).
9. Сайт офиса Национальной статистики Великобритании <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/suicidesintheunitedkingdom/2017registrations> (дата обращения: 04.05.2020). Sajt ofisa Nacional'noj statistiki Velikobritanii [UK Office for National Statistics website]. URL: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/suicidesintheunitedkingdom/2017registrations> (accessed: 04.05.2020).
10. Саркиапоне М., Положий Б. С. Суицидальная ситуация в странах Западной Европы // Российский психиатрический журнал. 2014. №2. Sarkiapone M., Polozhij B. S. Suicidal'naja situacija v stranah Zapadnoj Evropy [Suicidal situation in Western Europe]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal* - Russian Psychiatric Journal, 2014, №2 (in Russian).
11. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве / П.В. Морозов, Н.Г. Незнанов, О.В. Лиманкин, П.В. Волошин, Н.А. Марута, С.А. Алтынбеков, М.А. Хотиняну, Т.И. // Психиатрия и психофармакотерапия. - Том: 16, № 6, - 2014. - С.4-10. P.V. Morozov, N.G. Neznanov, O.V. Limankin, P.V. Voloshin, N.A. Maruta, S.A. Altynbekov, M.A. Hotinjanu, T.I. Sostojanie psihicheskogo zdorov'ja naselenija i tendencii razvitiija psihiatricheskoj pomoshhi na postsovetском prostranstve [The state of mental health of the population and trends in the development of psychiatric care in the post-Soviet space]. *Psihiatrija i psihofarmakoterapija* - Psychiatry and psychopharmacotherapy, Tom: 16, № 6, 2014, pp 4-10 (in Russian).
12. Стратегия профилактики ВИЧ-инфекции в Ошской области Кыргызской Республики / Мамаев Т. М., Жолдошев С. Т., Дурусбеков А., Мамаджанов А. // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2016. №2 (74). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-profilaktiki-vich-infektsii-v-oshskoj-oblasti-kyrgyzskoj-respubliki> (дата обращения: 04.05.2020). Mamaev T. M., Zholdoshev S. T., Durusbekov A., Mamadzhanov A. Strategija profilaktiki VICH-infekcii v Oshskoj oblasti Kyrgyzskoj Respubliki [HIV prevention strategy in the Osh region of the Kyrgyz Republic]. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*, 2016, №2 (74). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-profilaktiki-vich-infektsii-v-oshskoj-oblasti-kyrgyzskoj-respubliki> (accessed: 04.05.2020) (in Russian).
13. Ураимова А.А., Касымов О.Т. Состояние здоровья учащихся общеобразовательных учреждений с разной формой организации школьного питания // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 2. Uraimova A.A., Kasymov O.T. Sostojanie zdorov'ja uchashhihsja obshheobrazovatel'nyh uchrezhdenij s raznoj formoj organizacii shkol'nogo pitaniija [The health status of students in educational institutions with different forms of organization of school meals]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* - Modern problems of science and education, 2020, № 2 (in Russian)
14. Факторы риска и здоровье подростков (на материалах Кыргызской Республики) / Н. Мансуркулова,

- Б.Т. Орозбекова, Ф.Ф. Муйдинов, Д.А. Байызбекова, В.С. Ажикулова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 5-4. – С. 568-574. Mansurkulova N, Orozbekova B.T., Mujdinov F.F., Bajyzbekova D.A., Azhikulova V.S. Faktory riska i zdorov'e podrostkov (na materialah Kyrgyzskoj Respubliki) [Risk factors and adolescent health (based on materials from the Kyrgyz Republic)]. Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij – International Journal of Applied and Basic Research, 2016, № 5-4., pp 568-574 (in Russian).
15. Alves Vde M, Francisco LC, Belo FM, de-Melo-Neto VL, Barros VG, Nardi AE. Evaluation of the quality of life and risk of suicide. *Clinics (Sao Paulo)*. 2016;71 (3):135–139. doi:10.6061/clinics/2016(03)03.
16. Assessing Adolescent Suicide Risk. Van Gerpen S, Vik T, Soundy T.J.S *D Med*. 2020 Feb;73(2):82-86. PMID:32135057.
17. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1425. Published 2018 Jul 6. doi:10.3390/ijerph15071425.
18. Bonvoisin T, Utyasheva L, Knipe D, Gunnell D, Eddleston M. Suicide by pesticide poisoning in India: a review of pesticide regulations and their impact on suicide trends. *BMC Public Health*. 2020;20(1):251. Published 2020 Feb 19. doi:10.1186/s12889-020-8339-z.
19. Facy F. Le suicide en France, état des lieux [Suicide in France, a situational analysis]. *Soins*. 2017;62(814): 18–22. doi:10.1016/j.soin.2017.02.002.
20. Fink-Miller EL, Nestler LM. Suicide in physicians and veterinarians: risk factors and theories. *Curr Opin Psychol*. 2018;22:23-26. doi:10.1016/j.copsyc.2017.07.019.
21. Gunnell D, Knipe D, Chang SS, et al. Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *Lancet Glob Health*. 2017;5(10): e1026-e1037. doi:10.1016/S2214-109X(17)30299-1.
22. Helbich M, Plener PL, Hartung S, Blüml V. Spatiotemporal Suicide Risk in Germany: A Longitudinal Study 2007-11. *Sci Rep*. 2017;7(1):7673. Published 2017 Aug 9. doi:10.1038/s41598-017-08117-4.
23. Mew EJ, Padmanathan P, Konradsen F, et al. The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006-15: Systematic review. *J Affect Disord*. 2017;219:93-104. doi:10.1016/j.jad.2017.05.002.
24. Naghavi M; Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*. 2019;364:194. Published 2019 Feb 6. doi:10.1136/bmj.194.
25. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups*. *Dan Med Bull*. 2007;54(4):306–369.
26. Onishi K. Risk Factors and Social Background Associated with Suicide in Japan: A Review. *Jpn Hosp*. 2015;(34):35–50.
29. Sarai SK, Abaid B, Lippmann S. Guns and Suicide: Are They Related?. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2017;19(6):17br02116. Published 2017 Dec 21. doi:10.4088/PCC.17br02116.
30. Suicidal ideation and suicide attempts among Tunisian adolescents: prevalence and associated factors. *Guedria-Tekari A, Missaoui S, Kalai W, Gaddour N, Gaha L. Pan Afr Med J*. 2019 Oct 22;34:105. doi: 10.11604/pamj.2019.34.105.19920. eCollection 2019. PMID:31998428.
31. Suicide Mortality in the United States, 1999-2017. *Hedegaard H, Curtin SC, Warner M. NCHS Data Brief*. 2018 Nov;(330):1-8. PMID: 30500324.
32. The historical development of suicide mortality in Russia, 1870-2007. *Jukkala T, Mäkinen IH, Stickley A. Arch Suicide Res*. 2015;19(1):117-30. doi: 10.1080/13811118.2014.915774. PMID: 25058568.
33. Tucker RP, Hagan CR, Hill RM, et al. Empirical extension of the interpersonal theory of suicide: Investigating the role of interpersonal hopelessness. *Psychiatry Res*. 2018; 259:427-432. doi:10.1016/j.psychres.2017.11.005.
34. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227–1239. doi:10.1016/S0140-6736(15)00234-2.
35. Vijayakumar L, Daly C, Arafat Y, Arensman E. Suicide Prevention in the Southeast Asia Region. *Crisis*. 2020;41(Suppl 1):S21–S29. doi:10.1027/0227-5910/a000666.
36. Wasserman D. Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Przegląd zachowań zdrowotnych i zachowań obciążonych ryzykiem, problemów ze zdrowiem psychicznym i zachowań samobójczych u młodych Europejczyków na podstawie wyników badania SEYLE finansowanego przez UE. Psychiatr Pol*. 2016;50(6):1093–1107. doi:10.12740/PP/66954
37. Woo S, Lee SW, Lee K, et al. Characteristics of High-Intent Suicide Attempters Admitted to Emergency Departments. *J Korean Med Sci*. 2018;33(41):e259. Published 2018 Sep 6. doi:10.3346/jkms.2018.33.e259.

Сведения об авторе(ах):

1. **Сюй Марина Викторовна**, Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии. Медицинский факультет, Кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии.

eLibrarySPIN: 6802-9114, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4806-5025>. Старший преподаватель. Конт.тел.: +(996) 555 887788. E-mail: syumarina@yandex.ru

2. **Касымов Омор Тилегенович**, д.м.н., профессор, академик РАЕ, заслуженный деятель науки КР, Лауреат государственной премии КР в области науки и техники. Директор Научно-производственного объединения “Профилактическая медицина” Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

eLibrarySPIN: 4549-0461, AuthorID: 866932, ResearcherID:P-1070-2017, Scopus AuthorID:6603468102, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3304-7409>. Конт. тел.: +(996) 312 544578, E-mail: propm@mail.ru. Адрес места работы: 720005, ул. Байтик Баатыра, 34, Кыргызская Республика, Бишкек

Обзоры и лекции

УДК 616.62-053.9

Улгайган аялдардын төмөнкү заара жолдорунун бузулушу (формалары, таралышы, этиологиялык факторлор) (Илимий адабияттар боюнча обзор).

Авторлордун тобу, 2020

М.А.Сагымбаев, Д.М. Каскеев, Б.Б. Кулов

Курортология жана кайра калыбына келтирүүчү дарылоо Кыргыз илимий изилдоо институту, Таш-Добо айылы, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада улгайган аялдардын төмөнкү заара жолдорунун бузулушунун себептери баяндалат. Адабий маалыматтар боюнча заара кылуунун бузууларынын, заараны кармай албоонун таралышы жана анын улгайган ооруларга алып келүүчү факторлору каралган. Төмөнкү табарсык жолдорунун симптомдорунун формалары баяндалган. Улгайган жаш курагынын төмөнкү заара жолдорунун патологиялык өзгөрүүлөрүнүн маселелери каралды жана алардын детрузорго, уретранын сфинктердик аппаратына, борбордук жана перифериялык нерв системасынын иштөөсүнө таасири көргөзүлдү. Улгайган аялдардын заара кетишине алып келген факторлор келтирилди. Тамеки чегүүнүн, кофенин, депрессиянын төмөнкү заара жолдоруна тийгизген таасири аныкталган изилдөөлөр келтирилген. Келтирилген маалыматтар боюнча дары-дармектердин, ич көпкөндүктүн, кыймыл азайгандыгынын жана когнитивтүү бузуулардын терс таасири көргөзүлгөн. Адабий маалыматтар боюнча заараны кармай албай калган учурларынын жашоонун сапатына тийгизген таасири каралган.

Негизги создор: *Заара ушатуунун бузулушу, улгайган аялдар, заараны кармай албоо.*

Шилтеме: М.А.Сагымбаев, Д.М. Каскеев, Б.Б. Кулов. Улгайган аялдардын төмөнкү заара жолдорунун бузулушу (формалары, таралышы, этиологиялык факторлор) (Илимий адабияттар боюнча обзор). «Кыргызстандын Саламаттык Сактоо» илимий-практикалык журналы, 2020-жылы, №2, саны бетти 63; <http://www.zdrav.kg/> журнал « Кыргызстандын саламаттык сактоо».

Кат алышуу учун: Сагымбаев Марат Акимович, д.м.н. профессор, член-корр НАН, директор КНИИ-КиВЛ, eLibrarySPIN: 4726-9283. конт.тел.: +(996)550787801.

Каржылоо. Изилдөөгө демөөрчүлүк болгон эмес. Financing. The study had no sponsorship.

Кызыкчылыктардын келишпестиги. Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жок- тугун жарыялайт.

Дисфункции нижних мочевых путей у пожилых женщин (формы, распространенность, этиологические факторы) (Обзор литературы).

Коллектив авторов, 2020

М.А.Сагымбаев, Д.М. Каскеев, Б.Б. Кулов.

Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения, с. Таш-Добо, Кыргызская Республика

Аннотация: В данной статье описываются причины дисфункций нижних мочевых путей у пожилых женщин. По данным литературы рассматриваются частота встречаемости нарушений мочеиспускания, распространенность недержания мочи у пожилых пациенток, факторы, приводящие к этим нарушениям. Описаны формы симптомов нижних мочевых путей. Рассмотрены вопросы патологических изменения нижних мочевых путей, связанные с возрастом и заболеваниями пожилого возраста, и их влияние на нормальную работу детрузора, сфинктерного аппарата уретры, центральную и периферическую нервную систему. Приведены предрасполагающие факторы к возникновению недержания мочи у пожилых жен-

щин. Рассмотрены работы по изучению влияния поведенческих факторов риска, таких как, курение, употребление кофе на симптомы нижних мочевых путей, влияния депрессии на возникновение нарушений мочеиспускания. Приведены данные по негативному воздействию медикаментов на функционирование мочевых путей, отрицательного влияния на удержание мочи запоров, проблем с передвижением, наличие когнитивных нарушений. Изучены литературные данные по влиянию недержания мочи на качество жизни пациенток.

Ключевые слова: *Нарушения мочеиспускания, пожилые женщины, недержание мочи.*

Для цитирования: М.А.Сагымбаев, Д.М. Каскеев, Б.Б. Кулов. Дисфункции нижних мочевых путей у пожилых женщин (формы, распространенность, этиологические факторы) (Обзор литературы). Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана» 2020№2, стр.63; <http://www.zdrav.kg/> журнал «Здравоохранение Кыргызстана».

Для корреспонденции: Сагымбаев Марат Акимович, д.м.н. профессор, член-корр НАН, директор КНИИКиВЛ, eLibrarySPIN: 4726-9283. конт.тел. +(996)550787801.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

Lower urinary tract dysfunction in older women (forms, prevalence, etiological factors) (Review of literature).

Authors Collective, 2020

M.A. Sagymbaev, D.M.Kaskeev, B.B.Kulov

Kyrgyz Research Institute of Health Resort Science and Rehabilitative Medicine, Tash-Dobo, Kyrgyz Republic

Summary: Abstract. This article describes the causes of lower urinary tract dysfunction in older women. According to the literature, the incidence of urination disorders, the incidence of urinary incontinence in elderly patients, and the factors leading to these disorders are considered. Symptoms of lower urinary tract symptoms are described. The issues of pathological changes in the lower urinary tract associated with age and diseases of the elderly, and their impact on the normal functioning of the detrusor, sphincter apparatus of the urethra, central and peripheral nervous system are examined. Predisposing factors for the occurrence of urinary incontinence in older women are given. The work on the influence of behavioral risk factors such as smoking, drinking coffee on the symptoms of the lower urinary tract, the effect of depression on the occurrence of urinary disorders is considered. The data on the negative effects of drugs on the functioning of the urinary tract, the negative impact on urinary retention of constipation, movement problems, the presence of cognitive impairment are presented. Studied the literature on the effect of urinary incontinence on the quality of life of patients.

Key words: *Urination disorders, older women, urinary incontinence.*

For citation: M.A. Sagymbaev, D.M.Kaskeev, B.B.Kulov. Lower urinary tract dysfunction in older women (forms, prevalence, etiological factors) (Review of literature). «Health Care of Kyrgyzstan research and practical journal» 2020, №2 p.63; <http://www.zdrav.kg/> «Kyrgyzstan Health Journal».

For correspondence: Sagymbaev Marat Akimovich, Doctor of Science, Professor, Corr Member of the NAS, Director of KNIKI VL, eLibrarySPIN: 4726-9283.

Financing. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors claim that there are no conflicts of interest.

Введение. Наиболее частая дисфункция нижних мочевых путей у пожилых женщин это гиперактивность детрузора (ГД) [3,7]. ГД проявляется наличием спонтанных незаторженных или споро-

воцированных сокращений детрузора [9]. Гиперактивность детрузора - уродинамический термин и включает в себя нейрогенную детрузорную гиперактивность и идиопатическую детрузорную гипер-

активность. При нейрогенной детрузорной гипер-активности причиной дисфункции мочевого пузыря служит неврологическое заболевание.

Причина возникновения идиопатической детрузорной гиперактивности до настоящего времени не понятна. Есть предположение, что она возникает вследствие нарушений гладкомышечной клетки или субклинических расстройств неврологического характера [23]. О наличии определенной (или тесной) взаимосвязи между поражением как центральной, так и периферической нервной системы и детрузорной гиперактивностью свидетельствуют нарушения мочеиспускания при сосудистых, дегенеративных заболеваниях головного мозга, травмах позвоночника, как следствие нарушения центрального контроля над мочеиспусканием [8,21,54].

Цель исследования. Рассмотреть в доступной литературе вопросы изученности форм и факторов приводящих к дисфункции нижних мочевых путей у пожилых женщин.

Материалы и методы.

Проведен поиск в базах Pubmed, Web of science, Cyberleninka, eLibrary, ЦНМБ за период с 1984 г. по 2019 г. по следующим ключевым словам: нарушения мочеиспускания, дисфункции нижних мочевых путей, недержания мочи, функционирование мочевых путей, пожилые женщины.

Результаты и их обсуждение.

Инфравезикальная обструкция у женщин встречается реже, чем у мужчин [28]. Однако Hsiao S.M. и соавт. (2013) отметили, что симптомы нарушения в фазу опорожнения у женщин весьма похожи на такие же как и у мужчин с наличием гиперплазии простаты. Можно предположить, что эти симптомы в пожилом возрасте не обладают специфичной зависимостью от пола и свидетельствуют о снижении сократительной способности детрузора вследствие возрастных изменений [31,41].

Хронические соматические заболевания могут быть причиной дисфункции нижних мочевых путей у пожилых женщин [2]. К ним относятся желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые, эндокринные заболевания, болезни неврологической, дыхательной, опорно-мышечной систем, метаболические нарушения. Возрастные изменения эндокринной системы и почек приводят к задержке воды и натрия в организме и как следствие к ноктурии [20].

Патологические изменения нижних мочевых путей, связанные с возрастом и заболеваниями пожилого возраста являются предрасполагающими факторами возникновения недержания мочи и нарушений мочеиспускания у пожилых женщин. Эти изменения оказывают влияние на нормальную работу детрузора, сфинктерного аппарата уретры, центральную и периферическую нервную систему. А

также такие факторы, как запоры, проблемы с передвижением, наличие когнитивных нарушений отрицательно влияют на удержание мочи, особенно у пожилых людей [52].

На рубеже XX и XXI веков опубликовано несколько больших работ о распространенности недержания мочи у пожилых пациенток [15,35,56]. Cheater F.M. и соавт. (2000) наблюдали значительную распространенность недержания мочи у пожилых женщин, находящихся в домах престарелых. По их данным, частота недержания мочи в этих учреждениях варьирует от 17-31% в краткосрочном наблюдении и 21-65% при долгосрочных исследованиях. Maggi S. и соавт. (2001), обнаружили у женщин в возрасте 65-79 лет недержание мочи в 19,6%, а у пациентов старше 80 лет у 29,3% женщин. Следует отметить, что выводы некоторых исследований говорят о том, что по мере увеличения возраста снижается частота стрессового недержания мочи в сравнении с ургентным и смешанным недержанием мочи [57]. Diokno A.C. и соавт. (1986) изучили и определили, что частота стрессового, ургентного и смешанного недержания мочи составила 27,0%, 9,0%, 56,0% у женщин соответственно в возрастной категории старше 60 лет. Tsen I.J. и соавт. (2000) получены результаты среди пациентов старше 65 лет, где частота стрессового, ургентного и смешанного недержания мочи у женщин составила 28,0%, 17,0%, 16,0% соответственно. Эти данные указывают на то, что среди пожилых женщин наиболее распространенным типом недержания мочи является смешанное, далее стрессовое и достаточно редко встречается ургентное недержание мочи.

Влияние недержания мочи на качество жизни среди пациенток старшей возрастной группы в исследовании Brown J.S и соавт. (1998) коррелировало с частотой мочеиспусканий и ноктурией. Решающим фактором, влияющим на качество жизни и нарушающим повседневную жизнь в группе пожилых женщин, явилось ургентное недержание мочи [21]. Пациентки ощущали недержание мочи как существенную проблему, которая ограничивала их повседневную активность [44]. Работы по исследованию гиперактивности мочевого пузыря (ГМП) показали, что наличие ГМП даже без ургентного недержания мочи у пожилых пациентов значительно снижает качество жизни [29,40].

Работы по изучению влияния поведенческих факторов риска, таких как, курение, употребление кофе на симптомы нижних мочевых путей проводились с 80-х годов прошлого века. Vump R.C. и соавт. (1992) указывали на связь между курением у женщин и вероятностью развития стрессового или ургентного недержания мочи. Они объясняли это влиянием постоянного кашля из-за курения на мышцы тазового дна. Другой гипотезой, объясняю-

шей связь курения и риска развития недержания мочи является концепция прямого влияния никотина на детрузор. По данным Koley В. и соавт. (1984) и Hisayama Т. и соавт. (1988), в экспериментальной модели у животных никотин вызывал сокращения детрузора. За счет влияния на детрузор кофе усиливает urgency у больных с гиперактивностью мочевого пузыря [30]. Эти данные также отмечены в работе Агуа L.A. и соавт. (2000). В своем исследовании они доказали связь употребления кофе с более высокой частотой гиперактивности мочевого пузыря у женщин. Ими же были получены факты об усиливающем эффекте употребления кофе и курения на риск развития детрузорной гиперактивности.

Corppola L. и соавт. (2002) отметили прямую зависимость развития недержания мочи у больных с депрессией. Другие авторы отмечают, что недержание мочи оказывает отрицательное психо-эмоциональное влияние на личность [10,24].

Diokno A.C. и соавт. (1990) выявили у женщин со стрессовым недержанием мочи проблемы над удержанием кала. Maggi S. и соавт. (2001) обнаружили, что у женщин с заболеваниями дыхательной системы, болезнью Паркинсона и переломом шейки бедра чаще сопутствовало недержание мочи.

Урогенитальная атрофия на фоне снижения уровня эстрогенов в постменопаузальном периоде у пожилых женщин проявляется urgency и urgency недержанием мочи [1]. Также урогенитальная атрофия приводит к возникновению недержания мочи и инфекции мочевых путей [4,6,14].

Предрасполагающим фактором к возникновению недержания мочи также является слабость тазового дна у женщин пожилого возраста [45]. Снижение венозного кровотока, характерное для женщин пожилого возраста приводит к нарушению механизма удержания мочи [45]. Перенесенные хирургические операции, такие как гистерэктомия могут приводит к стрессовому недержанию мочи [5,22,39].

Довольно распространенными состояниями у пожилых женщин являются бессимптомная бактериурия [43,47,53]. Pearce M.M. и соавт. (2015), выявили, что бактериальный цистит может усиливать активность детрузора у пациенток с детрузорной гиперактивностью. Но Heydari F. и соавт. (2016) при комплексном уродинамическом исследовании у женщин пожилого возраста не выявили существенного влияния инфекции мочевых путей на степень тяже-

сти симптомов стрессового недержания мочи.

Широко известно, что медикаменты оказывают действием на функционирование мочевых путей [58]. Finkelstein M.M. (2002) опубликовал результаты исследования, в которое были включены пациенты старше 50 лет принимающие антидепрессанты, диуретики или слабительные. Доказана четкая корреляция с риском возникновения недержания мочи. Недержание мочи чаще наблюдалось у женщин, принимавших транквилизаторы или антибиотики. Landi F. и соавт. (2002) показали в исследовании, которое включало пожилых пациентов, находившихся на лечении в специальных лечебных учреждениях, что прием оксидативных бензодиазепинов с длинным периодом полувыведения предрасполагал к недержанию мочи. Прием медикаментозных средств, в частности антагонистов кальциевых каналов и диуретиков, назначаемых при сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваниях, также способствуют развитию недержания мочи и гиперактивности у пожилых пациентов [18,52]. Широко известно, что медикаменты обладают действием на функционирование мочевых путей [58]. Finkelstein M.M. (2002) опубликовал результаты исследования, в которое были включены пациенты старше 50 лет принимающие антидепрессанты, диуретики или слабительные. Доказана четкая корреляция с риском возникновения недержания мочи. Недержание мочи чаще наблюдалось у женщин, принимавших транквилизаторы или антибиотики. Landi F. и соавт. (2002) показали в исследовании, которое включало пожилых пациентов, находившихся на лечении в специальных лечебных учреждениях, что прием оксидативных бензодиазепинов с длинным периодом полувыведения предрасполагал к недержанию мочи. Прием медикаментозных средств, в частности антагонистов кальциевых каналов и диуретиков, назначаемых при сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваниях, также способствуют развитию недержания мочи и гиперактивности у пожилых пациентов [18,52]. Выводы: Дисфункции нижних мочевых путей и недержание мочи требуют индивидуального и мультидисциплинарного подхода с целью улучшения качества жизни у пациентов пожилого возраста. В этой связи, дальнейшие исследования по выявлению этиологических факторов дисфункций нижних мочевых путей нуждаются в дальнейшем изучении.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Балан, В.Е., Ковалева Л.А. Урогенитальный синдром в климактерии. Возможности терапии. // Акушерство и гинекология. – 2015. - № 5. – С. 104-108 [Balan, V.E., Koval

eva L.A. Urogenital syndrome in menopause. Possibilities of therapy. //Obstetrics and gynecology. - 2015. - No. 5. - S. 104-108].

2. Корнеев, И.А., Алексеева Т.А., Аль-Шукри С.Х., Берников А.Н., Журавлев В.Н., Камалов А.А., Коган М.И., Павлов В.Н., Пушкарь Д.Ю.. Распространенность симптомов нижних мочевых путей, среди мужского населения РФ: анализ результатов популяционного исследования // Медицинские новости Грузии. – 2015. - №4. (241). С. 714 [Korneev, I.A., Alekseeva T.A., Al-Shukri S.H., Bernikov A.N., Zhuravlev V.N., Kamalov A.A., Kogan M.I., Pavlov V.N., Pushkar D.Y.. Prevalence of lower urinary tract symptoms among the male population of the Russian Federation: analysis of the results of a population study//Medical news of Georgia. - 2015. - No. 4. (241). Page 714]
3. Кривобородов, Г.Г., Школьников М.Е., Тур Е.И., Ефремов Н.С. Принципы диагностики и медикаментозного лечения гиперактивного мочевого пузыря // Журнал Справочник поликлинического врача. – 2011. №11. – С. 52-54 [Krivoborodov, G.G., Schoolchildren M.E., Tur E.I., Efremov N.S. Principles of Diagnosis and Medicinal Treatment of Hyperactive Bladder//Journal Directory of a Polyclinic Doctor. - 2011. No. 11. - P. 52-54]
4. Мудраковская, Э.В., Гиперактивный мочевой пузырь у лиц пожилого и старческого возраста. / Э.В. Мудраковская, С.Г. Горелик, Н.А. Колпакова, Я.В. Журавлева // Науч. вест. Белгород. гос. ун-та. 2012. Т. 18/1. № 10 (129). С. 106–110. [Mudrakovskaya, E.V. Hyperactive bladder in elderly and senile people ./E.V. Mudrakovskaya, S.G. Gorelik, N.A. Kolpakova, Y.V. Zhuravleva//Scientific Veda. Belgorod. state. un-that. 2012. T. 18/1. NO. 10 (129). Page 106-110.]
5. Павлов, В.Н. Реабилитация больных с урологическими осложнениями после радикальных операций на органах таза./ В.Н. Павлов, А.Р. Загитов, А.А. Казихируров, А.О. Папоян, Ш.С. Аллахвердиев // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. - №4. – Т.5. – С. 620622 [Pavlov, V.N. Rehabilitation of patients with urological complications after radical pelvic surgery ./V.N. Pavlov, A.R. Zagitov, A.A. Kazikhinurov, A.O. Papoyan, S.S. Allahverdiev//Saratov Scientific and Medical Journal. - 2009. - No. 4. - T.5 - s.]
6. Перепанова, Т. С., Хазан П. Л. Современные подходы к терапии урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе // Акушерство, гинекология и репродукция– 2011. – Т. 5. - № 1. – С. 10-13 [Perapanova, T. S., Khazan P. L. Modern approaches to the therapy of urogenital disorders in postmenopausal women//Obstetrics, gynecology and reproduction - 2011. - T. 5. - No. 1. - S. 10-13]
7. Трапезникова, М. Ф. Эпидемиология гиперактивного мочевого пузыря в Московской области / М.Ф. Трапезникова, В.В. Дутов В. В, Н.В. Бычкова, К.В. Головченко // Материалы пленума правления Российского общества урологов, Тюмень. - 2005. – С. 41 [Trapeznikova, M.F. Epidemiology of hyperactive bladder in the Moscow region/M.F. Trapeznikova, V.V. Dutov V.V., N.V. Bychkova, K.V. Golovchenko//Materials of the plenum of the board of the Russian Society of Urologists, Tyumen. - 2005. - S. 41]
8. Шварц, П.Г. Диагностика нейрогенных нарушений мочеиспускания. // Русский медицинский журнал. – 2011. – Т. 19. - № 32. – С. 2063-2067 [Schwartz, P. G. Diagnosis of neurogenic urinary disorders //Russian medical journal. - 2011. - T. 19. - No. 32. - S. 2063-2067]
9. Abrams, P. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the Standardisation Subcomm. of the Int. Continence Soc. / P. Abrams, L. Cardozo, M. Fall et al. // Neurourol. Urodyn. – 2002. - Vol. 21, № 2. – P. 167-178.
10. Aguilar-Navarro, S. The severity of urinary incontinence decreases healthrelated quality of life among community-dwelling elderly. / S. AguilarNavarro, A.P. Navarrete-Reyes, B.H. Grados-Chavarría, J.M. García-Lara, H. Amieva, J.A. Avila-Funes // J Gerontol A Biol Sci Med Sci. – 2012. - Nov; 67(11). – P. 1266-1271.
11. Arya, L.A. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study. / L.A. Arya, D.L. Myers, N.D. Jackson // Obstet Gynecol. – 2000. - Jul;96(1). – P. 85-89.
12. Brown, J.S. Urge incontinence: the patient's perspective. / J.S. Brown, L.L. Subak, J. Gras, B.A. Brown, M. Kuppermann, S.F. Posner // J Womens Health. – 1998. - Dec;7(10). – P. 1263-1269.
13. Bump, R.C, McClish D.K. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. // Am J Obstet Gynecol. – 1992. - Nov;167(5). – P. 1213-1218.
14. Calleja-Agius, J., Brincat M.P. The urogenital system and the menopause. // Climacteric. – 2015. - Oct;18 Suppl 1. – P. 18-22.
15. Cheater, F.M., Castleden C.M. Epidemiology and classification of urinary incontinence. // Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. – 2000. - Apr;14(2). – P. 183-205.
16. Coppola, L. Urinary incontinence in the elderly: relation to cognitive and motor function. / L. Coppola, F. Caserta, A. Grassia, L. Mastrolorenzo, L. Altrui, G. Tondi, S. Verde, A. Coppola // Arch Gerontol Geriatr. – 2002. - Jul-Aug;35(1). – P. 27-34.
17. Diokno, A.C. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. / A.C. Diokno, B.M. Brock, M.B. Brown, A.R. Herzog // J Urol. – 1986. - Nov;136(5). – P. 1022-1025.
18. Diokno, A.C. Relationship between use of diuretics and continence status in the elderly. / A.C. Diokno, M.B. Brown, A.R. Herzog // Urology. – 1991. - Jul;38(1). – P. 39-42.
19. Diokno, A.C. Urodynamic tests for female geriatric urinary incontinence. / A.C. Diokno, D.P. Normolle, M.B. Brown, A.R. Herzog // Urology. – 1990. - Nov;36(5). – P. 431-439.
20. Drake, N.L. Nocturnal polyuria in women with overactive bladder symptoms and nocturia. / N.L. Drake, M.K. Flynn, A.A. Romero, A.C. Weidner, C.L. Amundsen // Am J Obstet Gynecol. – 2005. - May;192(5). – P. 1682-1686.
21. Dubeau, C.E. The aging lower urinary tract / C.E. Dubeau // J.Urol. - 2006. - Vol. 175. – P. 11-15.
22. Duru, C., Lashen H. Urodynamic outcomes after hysterectomy for benign conditions: a systematic review and meta-analysis. // J Obstet Gynaecol Can. – 2011. - Dec;33(12). – P. 1241-1247.

23. Elbadawi, A. Structural basis of geriatric voiding dysfunction. III. Detrusor overactivity. / A. Elbadawi, S.V. Yalla, N.M. Resnick // *J Urol.* – 1993. - Nov;150(5 Pt 2). – P. 1668-1680.
24. Felde, G. Anxiety and depression associated with urinary incontinence. A 10-year follow-up study from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). / G. Felde, M.H. Ebbesen, S. Hunskaar // *Neurourol Urodyn.* – 2015. Nov 20. электронный доступ doi: 10.1002/nau.22921. [Epub ahead of print]
25. Finkelstein, M.M. Medical conditions, medications, and urinary incontinence. Analysis of a population-based survey. // *Can Fam Physician.* – 2002. - Jan;48. – P. 96-101.
26. Gotoh, M. Pathophysiology and subjective symptoms in women with impaired bladder emptying. / M. Gotoh, Y. Yoshikawa, S. Ohshima // *Int J Urol.* – 2006. - Aug;13(8). – P. 1053-1057.
27. Gotoh, M. Characterization of symptom bother and health-related quality of life in Japanese female patients with overactive bladder. / M. Gotoh, T. Kobayashi, K. Sogabe // *Neurourol Urodyn.* – 2015. - Nov;34(8). – P. 730735.
28. Groutz, A. The pathophysiology of post-radical prostatectomy incontinence: a clinical and video urodynamic study. / A. Groutz, J.G. Blaivas, D.C. Chaikin, et al // *J. Urol.* – 2000. - V. 163. – N 6. – P. 17671770.
29. Heydari, F. Could Urinary Tract Infection Cause Female Stress Urinary Incontinence? A Clinical Study. / F. Heydari, Z. Motaghd, F. Abbaszadeh // *Nephrourol Mon.* – 2016. - Jan 9;8(1), электронный ресурс: 10.5812/numonthly.33571
30. Hisayama, T. Mechanism of action of nicotine in isolated urinary bladder of guinea-pig. / T. Hisayama, M. Shinkai, I. Takayanagi, T. Toyoda // *Br J Pharmacol.* – 1998. - Oct;95(2). – P. 465-472.
31. Hsiao, S.M. International Prostate Symptom Score for assessing lower urinary tract dysfunction in women. / S.M. Hsiao, H.H. Lin, H.C. Kuo // *Int Urogynecol J.* – 2013. - Feb;24(2). – P. 263-267
32. Hunskaar, S. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. / S. Hunskaar, E.P. Arnold, K. Burgio, A.C. Diokno, A.R. Herzog, V.T.Mallett // *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* – 2000. - 11(5). – P. 301-319. Review.
33. Koley, B. The effects of nicotine on spontaneous contractions of cat urinary bladder in situ. / B. Koley, J. Koley, J.K. Saha // *Br J Pharmacol.* – 1984. - Oct;83(2). – P. 347-355.
34. Landi, F. Benzodiazepines and the risk of urinary incontinence in frail older persons living in the community. / F. Landi, M. Cesari, A. Russo, G. Onder, A. Sgadari, R. Bernabei, H.C. Silvernet - Study Group // *Clin Pharmacol Ther.* – 2002. - Dec;72(6). – P. 729-734.
35. Laterza, R.M. Urinary and anal dysfunction after laparoscopic versus laparotomic radical hysterectomy. / R.M. Laterza, S. Salvatore, F. Ghezzi, M. Serati, W. Umek, H. Koelbl // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* – 2015. - Nov;194. – P. 11-16.
36. Lee, K.S. Impact of overactive bladder on quality of life and resource use: results from Korean Burden of Incontinence Study (KOBIS). / K.S. Lee, M.S. Choo, J.T. Teo, S.J. Oh, H.G. Kim, K. Ng, K.J. Lee, J.T. Tan, J.C. Kim // *Health Qual Life Outcomes.* – 2015. - Jun 26;13. – P. 89.
37. Madersbacher, S. The aging lower urinary tract: a comparative urodynamic study of men and women. / S. Madersbacher, A. Pycha, G. Schatzl, C. Mian, C.H. Klingler // *Urology.* – 1998. - Feb;51(2). – P. 206-212.
38. Maggi, S. Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals: the Veneto study. / S. Maggi, N. Minicuci, J. Langlois, M. Pavan, G. Enzi, G. Crepaldi // *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* – 2001. - Jan;56(1). – P. 14-18.
39. Matthews, S.J., Lancaster J.W. Urinary tract infections in the elderly population. // *Am J Geriatr Pharmacother.* – 2012. - Oct;9(5). – P. 286-309.
40. McDowell, B.J., Characteristics of urinary incontinence in homebound older adults. / B.J. McDowell, S.J. Engberg, E. Rodriguez, R. Engberg, S. Sereika // *J Am Geriatr Soc.* – 1996. - Aug;44(8). – P. 963-968.
41. McGrother, C.W. Urinary storage symptoms and comorbidities: a prospective population cohort study in middle-aged and older women / C.W. McGrother, et al. // *Age Ageing.* – 2006. - Vol. 35. – P. 16-24.
42. Mody, L., Juthani-Mehta M. Urinary tract infections in older women: a clinical review. // *JAMA.* – 2014. - Feb 26;311(8). – P. 844-854.
43. Pearce, M.M. The female urinary microbiome in urgency urinary incontinence. / M.M. Pearce, M.J. Zilliox, A.B. Rosenfeld, K.J. ThomasWhite, H.E. Richter, C.W. Nager, A.G. Visco, I.E. Nygaard, M.D. Barber, J. Schaffer, P. Moalli, V.W. Sung et al. // *Am J Obstet Gynecol.* – 2015. - Sep;213(3). – P. 347-351.
44. Resnick, H.E. Advance directives in nursing home residents aged > or =65 years: United States 2004. / H.E. Resnick, J.D. Schuur, J. Heineman, R. Stone, J.S. Weissman // *Am J Hosp Palliat Care.* — 2008. - Dec-2009 Jan;25(6). — P. 476-482.
45. Rowe, T.A., Juthani-Mehta M. Urinary tract infection in older adults. // *Aging health.* — 2013. - Oct;9(5).
46. Sakakibara, R. Parkinson's Disease Subcommittee, The Neurourology Promotion Committee in The International Continence Society. A guideline for the management of bladder dysfunction in Parkinson's disease and other gait disorders. / R. Sakakibara, J. Panicker, E. Finazzi-Agro, V. Iacovelli, H. Bruschini // *Neurourol Urodyn.* — 2015. - Mar 25.
47. Thom, D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. // *J Am Geriatr Soc.* —1998. Apr;46(4) — P. 473-480. Review
48. Thom, D. Brown J.S. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: a review of the clinical and epidemiologic literature. // *J Am Geriatr Soc* —1998. - Nov;46(11) — P. 1411-14117.
49. Tsakiris, P. Drug-induced urinary incontinence. / P. Tsakiris, M. Oelke, M.C. Michel // *Drugs Aging.* — 2008. - ;25(7). — P.541-519. Review.

50. Tsen, I.J. Prevalence of urinary incontinence and intention to seek treatment in the elderly. / I.J. Tsen, Y.T.

Chen, M.T. Chen, H.Y. Kou, S.F. Tsen // J Formos Med Assoc — 2000. - Oct;99(10) — P. 753-758.

Сведения об авторе(ах):

1. **Сагымбаев Марат Акимович**, д.м.н, профессор, член-корр НАН, директор КНИИКиВЛ, eLibrary SPIN: 4726-9283, конт.тел. +(996) 550787801. Адрес место работы: Кыргызская Республика, Чуйская обл., Аламединский район, с.Таш-Добо, ул. Больничная 23.
2. **Каскеев Данияр Мамбеталиевич**, к.м.н., заведующий отделом невроурологии КНИИКиВЛ, конт.тел. +(996) 501434445, E-mail: kaskeev@mail.ru. Адрес место работы: Кыргызская Республика, Чуйская обл., Аламединский район, с.Таш-Добо, ул. Больничная 23.
3. **Кулов Болот Бейшеналиевич**, д.м.н., Заместитель директора по науке КНИИКиВЛ, конт.тел. +(996) 700188072, E-mail: koulov2008@yandex.ru . Адрес место работы: Кыргызская Республика, Чуйская обл., Аламединский район, с.Таш-Добо, ул. Больничная 23.

История медицины

УДК 614-2

Бийик тоолуу комбустиологиянын негиздөөчүсү, Кыргыз Республикасынын эмгек синирген врачы Туралы Аралбаев (85 жаш мааракесине арналат).

Автор, 2020

Н.Н.Бримкулов.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Кыргыз Республикасы, Бишкек

Корутунду: Макалa белгилүү окумуштуу-хирург, агартуучу, изилдөөчү, саламаттыкты сактоо уюштуруучусу, Кыргыз Республикасынын эмгек синирген врачы Туралы Аралбаевка арналат. Бул макалада Туралы Аралбаевдин кыскача өмүр баяны жана анын Кыргызстанда бийик тоолуу комбустиологиянын негизделүүсүнө, күйүк оорулар кызматынын уюштурууга, ошондой эле Кыргызстанда жалпы саламаттык сактоого кошкон салымы көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: *Туралы Аралбаевич Аралбаев, Кыргызстан комбустиологиясы, бийик-тоолуу комбустиология.*

Шилтеме: Бримкулов Н.Н. Бийик тоолуу комбустиологиянын негиздөөчүсү, Кыргыз Республикасынын эмгек синирген врачы Туралы Аралбаев (85 жаш мааракесине арналат). «Кыргызстандын Саламаттык Сактоо» илимий-практикалык журналы, 2020-жылы, №2, саны бетти 70; <http://www.zdrav.kg/> журнал «Кыргызстандын саламаттык сактоо».

Кат алышуу учун: Бримкулов Н.Н., И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, конт.тел. +(996)-559 957777. E-mail: brimkulov@list.ru

Каржылоо. Макалa жазганга демөөрчүлүк болгон эмес.

Кызыкчылыктардын келишпестиги. Жазуучу ар кандай кызыкчылыктардын чыр жоктугун жарыялайт.

Основоположник высокогорной комбустиологии Кыргызстана. Памяти проф. Туралы Аралбаева (к 85 летию со дня рождения).

Автор, 2020

Н.Н. Бримкулов

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева, Кыргызская Республика, Бишкек

Резюме: Статя посвящена известному-ученому хирургу, педагогу, клиницисту и организатору здравоохранения, Заслуженному врачу Кыргызской Республики Туралы Аралбаеву. Представлена краткая биография, а также освещена деятельность Т.А.Аралбаева по организации службы комбустиологии Кыргызстана, по развитию научных исследований в области высокогорной термопатологии. Кратко описан его вклад в развитие в целом системы здравоохранения Кыргызстана. Представлена библиография важнейших публикаций.

Ключевые слова: *Туралы Аралбаевич Аралбаев, комбустиология Кыргызстана, высокогорная комбустиология.*

Для цитирования: Н.Н.Бримкулов. Основоположник высокогорной комбустиологии Кыргызстана. Памяти проф. Туралы Аралбаева (к 85 летию со дня рождения). Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана» 2020 № 2, стр.70; <http://www.zdrav.kg/> журнал «Здравоохранение Кыргызстана».

Для корреспонденции: Бримкулов Нурлан Нургазиевич, заведующий кафедрой семейной медицины последипломного обучения, КГМА им. И.К. Ахунбаева д.м.н., профессор. , конт.тел. +(996)-559 957777, E-mail: brimkulov@list.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The founder of the combustiology in Kyrgyzstan, prof. Turaly Aralbaev (to the 85th anniversary of his birthday).

N.N. Brimkulov

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

Summary: The article is dedicated to the famous-scientist surgeon, teacher, clinician and health organizer, Distinguished Doctor of the Kyrgyz Republic Turaly Aralbaev. A brief biography is presented, as well as highlights the activities of T.A. Aralbaev on the organization of the combustiology of Kyrgyzstan, on the development of scientific research in the field of high-altitude thermopathology. His contribution to the development of Kyrgyzstan's health care system as a whole is summarized. The bibliography of the most important publications is presented.

Key words: *Turaly Aralbaev, combustiology of Kyrgyzstan, high-altitude combustiology.*

For citation: N.N. Brimkulov. The founder of the combustiology in Kyrgyzstan, prof. Turaly Aralbaev (to the 85th anniversary of his birthday). «Health Care of Kyrgyzstan reseach and practical journal» 2020, № p.70; <http://www.zdrav.kg/> «Kyrgyzstan Health Journal».

For correspondence: Prof. N.N.Brimkulov, Head of Postgraduate Department of Family Medicine, Kyrgyz State Medical Academy, c.tel.: +(996) 559 957777. E-mail: brimkulov@list.ru

Financing: The paper had no sponsorship.

Conflict of interest. The author claim that there are no conflict of interest.

В эти дни мы отмечаем 80-летие со дня основания Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К.Ахунбаева – флагмана медицинского образования и медицинской науки Кыргызстана. За 80 лет в КГМА были подготовлены десятки тысяч врачей многих специальностей, и немало выпускников в последующем внесли большой вклад в развитие здравоохранения Кыргызстана, продолжили приоритетные научные исследования, развили традиции медицинского образования. Одним из таких выдающихся выпускников КГМА был прекрасный хирург, опытный преподаватель, ученый, разработавший основы высокогорной комбустиологии, профессор кафедры госпитальной хирургии КГМА, доктор медицинских наук Туралы Аралбаев (рис. 1).



Рис. 1 Профессор Туралы Аралбаев.

Туралы Аралбаев родился 15 мая 1935 года в селе Толук Токтогульского района Джалал-Абадской области. В 1954 году поступил на лечебный факультет в КГМА и в 1959 г. успешно его окончил.

В 1959-1961гг работал хирургом в г.Кызыл-Кия Ошской области. Наряду с практи-

ческой хирургической работой, он преподавал хирургию в медицинском училище, уже тогда проявив педагогические способности.

Чтобы повысить свою хирургическую квалификацию, в 1961 году он поступил в клиническую ординатуру при кафедре госпитальной хирургии КГМА, которой руководил известный

хирург и организатор здравоохранения, профессор Зыфар Эгембердиевич Эгембердиев. В большом коллективе ведущих хирургов республики Туралы Аралбаевич освоил все виды наиболее распространенных оперативных вмешательств, в первую очередь в области экстренной хирургии.

В 1962-1963 году его назначают старшим инспектором лечебно-профилактического управления Министерства здравоохранения Кыргызской ССР. Однако страсть к хирургии и научной работе все больше привлекают его и в 1963 году он поступает в аспирантуру при той же кафедре госпитальной хирургии №1. В 1967 году он успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Ранние изменения тонкого кишечника при ожоговом шоке».

С 1968 по 1981 год он работал ассистентом кафедры госпитальной хирургии КГМА, сочетая педагогическую деятельность с лечебно-профилактической работой и научными исследованиями.

В 1981-1984 годах он едет в докторантуру в г.Москву, и по материалам обширных исследований в 1986 году успешно защищает докторскую диссертацию на тему «Ожоговая болезнь в условиях высокогорья и принципы ее инфузионной терапии».

В 1985-1987 гг выполнял обязанности доцента, а 1988 по 1998 гг – он профессор кафедры госпитальной хирургии.

С 1998 по 2006 год проф. Аралбаев руководит отделом ординатуры, аспирантуры и докторантуры Национального хирургического центра.

С 2006 года и до своей кончины 27 июня 2014 года он руководил научно-организационным отделом Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии.

Сегодня важно отметить и подчеркнуть, какой вклад внес профессор Туралы Аралбаев в развитие медицинского образования и науки, также как и всей системы здравоохранения Кыргызстана.

Профессор Аралбаев – вклад в развитие медицинской науки Кыргызстана.

Как и все ученые-медики 60-80 годов, тем более преподающие студентам, Туралы Аралбаев был хирургом широкого профиля, и поэтому, его научные интересы затрагивают многие разделы медицины. Ряд его работ посвящены классическим вопросам хирургии: травматическим повреждениям, болезням желудочно-кишечного тракта (аппендицит, холецистит, язвенная болезнь, кишечная непроходимость, перитонит и др.) и другим.

Однако, наиболее известен он своими фундаментальными работами в области учения об ожогах - комбустиологии. Впервые проблемой ожоговой болезни Туралы Аралбаев занялся в аспирантуре по предложению научных руководителей, профессора Зыфара Эгембердиевича Эгембердиева, который много лет интересовался сложной и малоизученной проблемой ожоговой болезни, а также заведующего кафедрой патофизиологии, известного ученого, профессора Георгия Львовича Френкеля. Под руководством этих выдающихся ученых он разработал экспериментальную модель ожоговой болезни, освоил новые для того времени методы исследования центральной гемодинамики, ангиографии кишечника, использовал морфологические подходы. На экспериментальной модели ожогового шока у собак были изучены изменения центральной гемодинамики и мезентериальной микроциркуляции, показавшие выраженные явления централизации кровообращения с морфологическими нарушениями тонкого кишечника [1-3]. Уже после защиты кандидатской диссертации, учитывая горно-климатические условия страны, он продолжил изучение особенностей течения ожоговой болезни в условиях высокогорья [4-5]. С этой целью была проведена серия экспериментальных исследований на собаках в различные сроки адаптации и деадаптации к высокогорью, а также изучена эффективность различных вариантов инфузионной терапии.

Параллельно экспериментальным исследованиям Туралы Аралбаев в течение многих лет проводил анализ клинического течения, а также функциональных и лабораторных сдвигов у больных с ожоговой болезнью как в условиях низкогорья, так и в высокогорной Нарынской области Кыргызстана. Им были изучены клинические особенности и осложнения, изменения гемодинамики и гемостаза. Было показано, что ожоговая болезнь вовлекает в патологический процесс весь организм, поражая и внутренние органы: сердце, печень, почки, а также осложняясь нарушениями белкового обмена и септическими состояниями. Чтобы вылечить такого пациента, недостаточно быть только хирургом, нужно знать реаниматологию, внутренние болезни и многие другие специальности. И, часто для полного выздоровления требуется много месяцев.

Исследования Туралы Аралбаева обнаружили, что в высокогорье ожоговая болезнь протекала легче, при этом встречалось меньше случаев анемии, истощения, септических осложнений. В тоже время, было выявлено негативное

влияние процессов деадаптации к высокогорью в случаях эвакуации вниз. Было доказано положительное действие инфузионной терапии и предложены ее варианты, с учетом коррекции для высокогорных условий [5]. Цикл работ посвящен реабилитации ожоговых пациентов, включая хирургические методы лечения рубцовых контрактур и деформаций.

Накопленные обширные материалы требовали обсуждения и переосмысления и, поэтому, в октябре 1981 года Туралы Аралбаев едет в г. Москву, во Всесоюзный ожоговый центр им. Академика Вишневого. В московской докторантуре, при участии ведущих специалистов современности, он совершенствует свою подготовку по комбустиологии, анализирует и обобщает свои научные материалы. Именно в Москве Туралы Аралбаев успешно защитил в 1986 году диссертацию доктора наук «Ожоговая болезнь в условиях высокогорья и принципы ее инфузионной терапии» [6]. Полученные данные были опубликованы в десятках статей и нескольких монографиях [7-9], которые позволяют по праву считать Туралы Аралбаева основоположником высокогорной комбустиологии. Всего же проф. Аралбаевым опубликовано более 150 научных работ, в том числе - 17 методических учебных пособий, 5 монографий.

Профессор Аралбаев и медицинское образование.

Умение не только учиться, но и учить других основам хирургии, быстро проявилось у молодого выпускника института в начале практической деятельности в Кызыл-Кие, где его пригласили преподавать студентам медучилища. Уже на кафедре госпитальной хирургии, после защиты кандидатской диссертации, Туралы Аралбаев совершенствует свои педагогические мастерство, ведет практические занятия и читает лекции по всем основным темам госпитальной хирургии. Как известно, по традиционной программе советских медицинских ВУЗов, по дисциплине госпитальной хирургии изучались самые сложные вопросы: различные варианты течения болезней, их осложнения и, соответственно, более сложные подходы хирургического лечения. Поэтому, преподавание этой дисциплины требовало особого педагогического мастерства, глубоких теоретических знаний и достаточной хирургической квалификации.

Его перу принадлежали многие востребованные студентами учебно-методические пособия, в частности по термическим ожогам (1987), болезням периферических сосудов (1995), и опе-

рированного желудка (1995), схеме обследования и написанию истории болезни хирургического больного (1996), посттромбофлебитической болезни (1998), гемотрансфузионному шоку (2003) и многие другие.

Туралы Аралбаев прошел все ступени педагогической лестницы от ассистента до доцента, а затем и профессора. Сотни и тысячи студентов под его руководством освоили основы хирургии. При этом студенты отмечали как его требовательность, так и доброжелательность, стремление поддерживать и оказать помощь в необходимых случаях.

Недавно один из моих однокурсников, Доктурбай Жаркынбаев, много лет работающий военным врачом на Байконуре, рассказал интересную историю, которая произошла в 1974 году и очень хорошо характеризует Туралы Аралбаевича как педагога и наставника. В те годы, желающие стать военными врачами, после четвертого курса переводились из КГМИ на военно-медицинский факультет в г.Томск. Естественно, в первое время они с трудом адаптировались к военной дисциплине, сильно скучали по родным, по городу Фрунзе. Поздней осенью 1974 года в Томск на краткосрочные курсы совершенствования приехал Туралы Аралбаевич, и помимо своей программы обучения, он живо интересуется курсантами из Кыргызстана. И вот сегодня, через 45 лет, Доктурбай рассказывает : “...помню, что он нас всех собрал, расспрашивал об учебе, о нашей жизни. Мне понравилась его интеллигентность, какая-то душевная, отеческая забота о нас. Нам была приятна эта встреча, у меня было ощущение как будто к нам приехал родной отец...”. Фото, сделанное тогда бережно хранят все участники той встречи (рис. 2).

Большое внимание подготовке квалифицированных хирургов Туралы Аралбаев уделял, будучи в 1998-2006гг руководителем отдела ординатуры, аспирантуры и докторантуры Национального хирургического центра, а в последующем, заведующим научно-организационным отделом Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии. Проф. Аралбаев до конца жизни любил молодежь, стремился передать ей свои знания, учил не только профессии хирурга, но и самой жизни. Не будет преувеличением сказать, что сегодня во всех уголках Кыргызстана, а также в зарубежье, работают его ученики и последователи.

Вклад профессора Аралбаева в развитие органов здравоохранения.

Сразу же после окончания мединститута



Рис. 2. Туралы Аралбаев с курсантами военно-медицинского факультета из Кыргызстана. г.Томск, 1974 год.

Туралы Аралбаев начал активную хирургическую деятельность, еженедельно выполняя десятки оперативных вмешательств при самых различных заболеваниях. Как преподаватель кафедры госпитальной хирургии, он освоил все основные виды классических оперативных вмешательств при травмах, при патологии желудочно-кишечного тракта, болезнях эндокринной системы. За всю жизнь он спас многие жизни, проведя сотни и тысячи оперативных вмешательств.

Примечательно, что начиная с 1965 года, Аралбаев становится пионером в изучении проблем термопатологии. Результаты его исследований показали особую сложность и тяжесть пациентов с обширными ожогами, которые требуют специализированного подхода, сочетающего реанимационные, хирургические и терапевтические подходы. Все это включает особая специальность – комбустиология. И поэтому, профессор Аралбаев становится инициатором и организатором Республиканского ожогового центра, где активно внедряет результаты исследований по ожоговой болезни в практику здравоохранения. Впервые в Кыргызстане он использует новые классификации и диагностические подходы к ожоговой болезни, основанные на оценке центральной и периферической гемодинамики, гемостазиологических параметров, внедряет дифференцированные подходы к инфузионной терапии, гипербарическую оксигенацию, восстановительные операции по пересадке кожи после глубоких ожогов. Для врачей высокогорных областей им были подготовлены и внедрены методические рекомендации “Особенности течения и принципы инфузионного лечения ожоговой бо-

лезни в условиях высокогорья и при горной деадаптации” [6]. Т.Аралбаев одним из первых в республике (2006) поднял проблему профессионального выгорания у врачей комбустиологов, которая сегодня коснулась практически всех медработников.

Однако, будучи специалистом-комбустиологом, он был также высококвалифицированным хирургом широкого профиля и в целом, настоящим клиницистом, много консультировал, часто выезжал в командировки для оказания помощи органам здравоохранения, а также вылетал по санавиации для оказания экстренной медицинской помощи.

Мне посчастливилось еще будучи клиническим ординатором, принять участие в составе комплексной экспедиции под его руководством в отдаленных селах Токтогульского района Жалал-Абадской области в 80-е годы прошлого века. Сотни людей приходили на консультацию к врачам экспедиции, но конечно, больше всего люди стремились попасть к Туралы Аралбаевичу. В условиях сельского врачебного кабинета он быстро проводил необходимые вмешательства, если же пациент требовал углубленного обследования и серьезных операций, выписывал им направление в клинику. И вот тогда я узнал, что такое “плацебо” – эффект консультации выдающегося клинициста: многие пациенты чувствовали значительное улучшение просто после его осмотра и беседы, а некоторые и вообще посчитали себя выздоровевшими. Запомнилось также, с каким уважением и почетом встречали нас в селах, а особенно в Толуке - родном селе Туралы Аралбаева.

Уже в годы независимости, Туралы Арал-

баевич вместе с супругой Жорохан Авазовной подают заявку на конкурс программ социально-экономического развития регионов Фонда “Сорос-Кыргызстана”. Их проект получает поддержку и в течение ряда лет в летний период они едут в село “Толук”, где оказывают лечебно-консультативную помощь, читают образовательные лекции населению. Более того, в рамках проекта закупается медицинское оборудование и реактивы и в Толукской поселковой больнице восстанавливаются и внедряются электрокардиография, ретгениследования, самые необходимые лабораторные исследования. Ставятся вопросы о подворных обходах для выявления чесотки, педикулеза, глистных инвазий, о круглогодичном функционировании бани и многие другие, характеризующие Т.Аралбаева как организатора здравоохранения и знатока сельской медицины.

За заслуги в развитии здравоохранения, медицинского образования и науки профессор Туралы Аралбаев награжден Почетными Грамотами Верховного Совета Кыргызской ССР, Министерства здравоохранения страны, многими медалями. В 1997 году ему было присвоено почетное звание «Заслуженного врача Кыргызской Республики». В знак признания заслуг его имя было присвоено Толукской участковой больнице Токтогульского района.

В жизни это был истинно культурный, интеллигентный, честный и добропорядочный человек. Вместе с супругой Жорохан Авазовной Аралбаевой они воспитали целую династию врачей: из четверых детей трое являются медиками, на сегодня также медиками стали двое из 10 внуков, подрастают уже и правнуки.

Жорохан Аралбаева является известным клиницистом и педагогом, многие годы она отдала подготовке будущих врачей, будучи доцентом кафедры госпитальной терапии КГМИ, а в последующем – доцентом кафедры внутренних болезней Кыргызско-Российского (Славянского) университета (КРСУ). Она внесла существенный вклад в исследования проблемы зоба в условиях высокогорья Нарынской области и в настоящее время является одним из ведущих эндокриноло-

гов страны. И сегодня она продолжает лечебную и педагогическую деятельность на кафедре пропедевтики КГМА имени И.К.Ахунбаева.

Традиции отца и матери успешно продолжил их сын Рахатбек Аралбаев, который сегодня является ведущим специалистом страны в области радиационной онкологии. В 2000 году он защитил докторскую диссертацию и в настоящее время заведует отделением лучевой терапии Национального центра онкологии. Наряду с этим он ведет педагогическую деятельность, являясь профессором кафедры онкологии, лучевой диагностики и терапии Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации имени С.Б.Даниярова. Профессор Рахат Аралбаев выполняет также обязанности главного радиолога Минздрава Кыргызской Республики и президента Ассоциации радиологов Кыргызстана.

Врачами стали и две дочери: Райхан Туралиевна выбрала специальность терапевта, а Айгуль Туралиевна стала акушером гинекологом. Обе они успешно представляют медиков Кыргызстана в России. По стопам деда выбрал хирургическую специальность Акимжан Аралбаев, поступивший в аспирантуру по травматологии и ортопедии. А внучка Айжана пока успешно учится на медицинском факультете КРСУ.

Таким образом, даже краткий обзор жизни и деятельности профессора Туралы Аралбаева свидетельствует о его замечательном вкладе в развитие хирургии, а особенно становление и развитие комбустиологии в Кыргызстане. До настоящего времени его научные работы востребованы врачами и учеными. Неоценим его вклад в подготовку молодых кадров хирургического профиля. Как известный ученый, заботливый педагог и наставник, пылкий клиницист, и, в целом, очень незаурядный человек, профессор Туралы Аралбаев снискал глубокое уважение, любовь и признательность в сердцах многих пациентов, студентов, аспирантов, сотрудников и коллег. Память о нем навечно вписана в историю здравоохранения Кыргызстана!

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Аралбаев Т.А. К морфологическим изменениям кишечника при ожоговой травме. Советское здравоохранение Киргизии 1967, №2. с.15-17.
2. Аралбаев Т.А. О некоторых особенностях течения шока

вследствие ожога спины. Советское здравоохранение Киргизии 1967, №4. с.12-14

3. Аралбаев Т.А. Ранние изменения тонкого кишечника при ожоговом шоке: Дисс.... канд.мед.наук. – Фрунзе, 1967. – 228с.

4. Игембердиев З.И., Гольдберг П.Н., Аралбаев Т.А. Последствия ожогов в горах. В кн.: Первая Всесоюзная конференция по термическим ожогам. – М.: 1972. – с.120-121.
5. Аралбаев Т.А. Особенности течения и принципы инфузионного лечения ожоговой болезни в условиях высокогорья и при горной деадаптации. Методические рекомендации. Фрунзе 1984. – 20с.
6. Аралбаев Т.А., Ожоговая болезнь в условиях высокогорья-Фрунзе, 1985. – 342с.
7. Аралбаев Т.А. Ожоговая болезнь в условиях высокогорья. Фрунзе: Илим, 1987.
8. Аралбаев Т.А., Гольдберг П.Н., Якунин Г.А. Ожоговая болезнь в горах и при горной деадаптации. - Бишкек: Илим, 1991. - 193 с.
9. Аралбаев Т.А. Ожоги. Бишкек 2004. - 140с.
10. Аралбаев Т.А. Синдром личностного сгорания у сотрудников ожогового отделения. Центрально-Азиатский медицинский журнал 2006, Приложение 1, с.238-239.

Сведения об авторе(ах):

Бримкулов Нурлан Нургазиевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой семейной медицины после-дипломного обучения, КГМА им. И.К. Ахунбаева, eLibrarySPIN: 6931-8988, AuthorID: 632370, ResearcherID: F-8828-2010, Scopus AuthorID: 6601954452, ORCID:<https://orgcid.org/0000-0002-7821-7133>
E-mail: brimkulov@list.ru, к.тел. +(996)-559 957777. Адрес место работы: 720020, ул. И.Ахунбаева, 92, Кыргызская Республика, Бишкек

СОДЕРЖАНИЕ / МАЗМУНУ / CONTENTS

Указ Президента Кыргызской Республики С. Ш. Жээнбекова «О награждении медицинских работников страны государственными наградами Кыргызской Республики» 3

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА / КЛИНИКАЛЫК МЕДИЦИНА / CLINICAL MEDICINE

- В. Л. Евтухов, Т. Л. Шевела.** Бет сөөк скелетинин кемчилигинде кальций - фосфаттык керамиканы колдонуудагы анализи. / Анализ применения кальций - фосфатной керамики при дефектах костей лицевого скелета. / The analysis application of calcium phosphate ceramics this maxillofacial defects. 6
- Т. Л. Шевела.** Helicobacter pylori – периимплантиттин өсүүсүндө этиологиялык фактор катары (клиникалык үлгү). / Helicobacter pylori - как этиологический фактор развития периимплантита (клинический пример). / Helicobacter pylori - as ethiological factor fo peri-implantitis (clinical stady). 11
- М.Н.Уметалиева, В.А.Усенко, Д.В. Генцельман.** Идиопатиялык ретиноваскулит болгондо челдин сары тагындагы клиникалык-морфометриялык өзгөрүүлөр. / Клинико-морфометрические изменения желтого пятна сетчатки при идиопатических ретиноваскулитах. / Clinical-morphometric changes in macula of retina in idiopathic retinovasculitis. 17
- М.В.Шеенкова, П.В.Серебряков.** Ар түрлүү өндүрүштүк аэрозолдордун таасиринин негизинде гастроэзофагеалдык рефлюкс оорусунун өзгөчөлүгү. / Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при воздействии различных видов промышленных аэрозолей. / Features of the course of gastroesophageal reflux disease when exposed to various types of industrial aerosols. 25
- И.Т. Заирова, В.С. Ажикулова, Б.Т. Орозбекова, Э.С. Майназарова.** Урогениталдык микоплазма жана аралаш инфекциясы бар кош бойлуу аялдарда пиелонефриттин клиникалык курсунун жана диагнозунун өзгөчөлүктөрү (Кыргыз Республикасынын Ош шаарынын мисалында). / Особенности клинического течения и диагностики пиелонефрита у беременных с урогенитальной микоплазменной и смешанной инфекцией (на примере в г. Ош Ошской области КР. / Features of the clinical course and diagnosis of pyelonephritis in pregnant women with urogenital mycoplasma and mixed infection (for example, in the city of Osh, Osh region of the Kyrgyz Republic). 31
- И.Т. Заирова, В.С. Ажикулова, Б.Т. Орозбекова, Э.С. Майназарова.** Пиелонефрит оорусу бар кош бойлуу аялдарда экстрагениталдык патологиянын өзгөчөлүгү (Кыргыз Республикасынын Ош шаарынын мисалынын негизинде). / Сопутствующая экстрагенитальная патология у беременных с пиелонефритом (на примере в г. Ош Ошской области КР). / Concomitant extragenital pathology in pregnant women with pyelonephritis (for example, in the city of Osh, Osh region of the Kyrgyz Republic). 41
- М.А. Сагымбаев, Е.С. Дженбаев, К.С. Рысбаев, К.Т.Азимбаев.** Бейтаптардын омуртка-жүлүн жаракатынын кечиккен мезгилиндеги жашоо аракетин жана ден-соолукту чектөө боюнча эл аралык жиктөө кызматын колдонуу тармактарынын мүнөздөмөсү. / Характеристика профиля функционирования пациентов в позднем периоде позвоночно-спинномозговой травмы с использованием международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. / Characteristics of the functioning profile of patients in the late period of spinal cord injury using the international classification of functioning, disability and health. 48

СӨЗДӨР ЖАНА ДАРСТАР /ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ / REVIEWS AND LECTURES

- М.В. Сюй, О.Т. Касымов.** Өзүн өзү өлтүрүү азыркы учурдун эң чоң көйгөйү. /Самоубийство как глобальная проблема современности. / Suicide as the global problem of modern times. 54
- М.А.Сагымбаев, Д.М. Каскеев, Б.Б. Кулов.** Улгайган аялдардын төмөнкү заара жолдорунун бузулушу (формалары, таралышы, этиологиялык факторлор) (Илимий адабияттар боюнча обзор). / Дисфункции нижних мочевых путей у пожилых женщин (формы, распространенность, этиологические факторы) (Обзор литературы). / Lower urinary tract dysfunction in older women (forms, prevalence, etiological factors) (Review of literature). 63

МЕДИЦИНА ТАРЫХЫ /ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ / MEDICINE HISTORY

- Н.Н.Бримкулов.** Бийик тоолуу комбустиологиянын негиздөөчүсү, Кыргыз Республикасынын эмгек синирген врачы Туралы Аралбаев (85 жаш мааракесине арналат). / Основоположник высокогорной комбустиологии Кыргызстана. Памяти проф. Туралы Аралбаева (к 85 летию со дня рождения). / The founder of the combustiology in Kyrgyzstan, prof. Turaly Aralbaev (to the 85th anniversary of his birthday). 70

УКАЗАНИЕ/КӨРСӨТМӨ/NOTE

КӨРСӨТМӨ № 740 2019-ж. 24-сентябрь.

“Кыргызстандын саламаттык сактоосу
илимий- практикалык журналына жазылуу жөнүндө

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

1. Саламаттык сактоо уюмдарынын жана медициналык билим берүү
мекемелеринин жетекчилерине:
 - 1.1. көрсөтмөдөгү тиркемеге ылайк 2020 –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 жылдыкка
2019-жылдын 23 сентябрынын
31 –декабрына чейин;
экинчи жарым жылдыкка 2020- жылдын
15- апрелинен 30-июнуна чейин.

- 1.2. Жазылуунун жыйытыгы жөнүндө “Кыргыз саламаттык сактоосу”
илимий-практикалык журналынын редакциясынын zdrav.kg@mail.ru
электрондук почтасына бийдирилсин.

Мөөнөтү: биринчи жарым жылдыкта
2020-жылдын январь айынын ичинде;
экинчи жарым жылдыкта 2020-жылдын
июль айынын ичинде.

2. Бул көрсөтмөнүн аткарылышынын көзөмөлдө АРЖУИБ начальниги
Бообековага К.А. жүктөсүн

Стате-катчы



Шадыханов К.Т.

Аткарычуу : Мергенова И.О. , 544575

“Кыргызстандын саламаттык
сактоосу”
илимий-практикалык журналы
Научно-практический журнал
“Здравоохранение Кыргызстана”
№ 2 2020-июнь
1938 ж/г
Чыгып баштады / Издается

Редакциянын дареги /
Адрес редакции:
720005
Кыргыз Республикасы
Бишкек ш. Байтик Баатыр көчөсү 34
/ Кыргызская Республика г. Бишкек,
ул. Байтик Баатыра 34
Чейрек саны / Ежеквартальный
тираж: 400экз.
Заказ №1

Басылып чыгарылды /
Отпечатано в типографии:
ИП Бабенко В.Д.
Кыргыз Республикасы,
Бишкек ш.
Жукеев-Пудовкин к.43-10
Кыргызская Республика г. Бишкек
ул. Жукеева-Пудовкина. 43-10



**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ ДЛЯ АВТОРОВ В
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ЖУРНАЛЕ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Статью можно предоставить на одном из языков кыргызском, русском, английском.

Редакция журнала просит авторов при направлении статей руководствоваться изложенными ниже правилами:

РАЗДЕЛ _____ (Передовая *и* Оригинальные исследования *и* Клиническая медицина *и* Профилактическая медицина *и* Проблемы в образовании или медицинское фармацевтическое образование *и* Сестринское дело *и* Обзоры *и* лекции *и* История медицины *и* Помощь практическому врачу *и* Юбилей *и* Информация *и* хроника)

DOI _____

УДК Шифр (Универсальной десятичной классификации) _____

Статья должна быть оформлена по следующей структуре (см. образец оформления статьи):

(* значок стоит) **В этих пунктах пишется все на 3-х языках (кыргызском, русском, английском)**

* Коллектив авторов, 2019

* **Фамилия Имя Отчество** например:

- Касымов О.Т.¹ Бримкулов Н.Н.² Чубаков Т.Ч.^{1,2}

* **Название статьи** на 3-х языках (кыргызском, русском и английском)

* **Место, адрес работы**

1. Научно-производственное объединение “Профилактическая медицина” МЗ КР, ул.Байтик-Баатыра, 34 Бишкек, Кыргызская Республика, 720005
2. КГМА им. И.К. Ахунбаева, ул. Ахунбаева, 92, Бишкек, Кыргызская Республика, 720005

В РЕЗЮМЕ (входит аннотация на трех языках, объемом не более 200- 300 знаков)входят разделы:

1. *Введение. [Текст]
2. *Цель исследования. [Текст]
3. *Материалы и методы исследования. [Текст]
4. *Результаты. [Текст]
5. *Выводы. [Текст]
6. ***Ключевые слова не менее 10 слов**
7. ***Для цитирования:**

1. ФИО авторов

2. Название статьи

3. Ссылка на название журнала (примеры)

Введите URL, где эта информация может быть найдена. Например <http://www.zdrav.kg/> журнал “Здравоохранение Кыргызстана”.

DOI: [http:// dx.doi.org/10.31089/1026-9428-2019-59-6-324-329](http://dx.doi.org/10.31089/1026-9428-2019-59-6-324-329)

8. ***Для корреспонденции:**

Полностью пишется

1. Фамилия, имя отчество автора, например: Бримкулов Нурлан Нургазиевич

2. Ученая степень и звание, место работы и должность - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой семейной медицины последипломного обучения КГМА им. И.К. Ахунбаева.

3. E-mail: brimkulov@list.ru

4. ORCID XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

5. конт. телефон. +(---)--- -- --

9. ***Финансирование.** Например: Исследование не имело спонсорской помощи или поддерживалось проектом ЮСАИД и т.п и т.д.

10. ***Конфликт интересов.** Например: Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов