С О Д Е Р Ж А Н И Е

1.	**Арстанбеков М.А., Каримова И.К., Сакибаев К.Ш.** ОшМУнун медицина факультетинин түптөлүү жана өнүгүү тарыхынын орунттуу учурлары…….	7
	МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ	
2.	**Абдыкайымов А.Т., Мамажакып уулу Ж.** Практикада балдардын ууру тиштерин жылдыруунун заманбап ыкмалары	15
3.	**Арстанбеков М.А., Исмаилов А.А., Жолдошев Б.Т.** Стоматологическая заболеваемость населения Ошской области	18
4.	**Абдурахманова Ч.А., Мамытова Г.А., Арзиева А.И.** Актуальные проблемы низкорослости среди студентов в городе Ош	24
5.	**Абдыкалыкова Н.С., Юсупов Ф.А., Реджапова Н.А., Тажибаева М.Ж.** Медико-социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья в условиях «стационара на дому»	26
6.	**Ажимаматова Н.Ж., Бурканов А.Э., Мурзалиев О.Р., Мамытова М.М.** Влияние ВИЧ-инфекции на течение туберкулеза в Оше и Ошской области.	30
7.	**Аттокурова Г.Н.** Показатели свертывающейся системы кровиу бывших шахтеров уранового производства	36
8.	**Ахмедова Д.П., Нуруева З.А., Матаипова А.К.** Распространенность и особенности клинического течения лямблиоза у детей в Ошской области	40
9.	**Бурканов А.Э., Ажимаматова Н.Ж.** Угревая болезнь: Современные аспекты лечения	43
10.	**Джолдубаев Ы.Д., Закирова Т.А.** Клинико-эпидемиологическая характеристика хронических неспецифических заболеваний легких у жителей юга Кыргызстана, проживающих в местностях с повышенным радиационным фоном	47
11.	**Джолдубаев С.Дж., Сакибаев К.Ш.,Муратова Ж.К., Нуруев М.К.** Морфологические изменения паренхиматозных органов при изолированном и сочетанном действии алкоголя и барокамерной гипоксии.....	50
12.	**Ешиев А.М., Ибрагим уулу Анзор** Применение остеопластических материалов при хирургическом лечении пародонтита	53
13.	**Ешиев А.М., Латипов А.Л., Мырзашева Н.М., Ешиев Д.А.** Применение синего света в комплексном лечении больных с фурункулами лица.....	56
14.	**Ешиев Д.А., Мырзашева Н.М., Алимжанов С.К., Ешиев А.М.** Использование препарата «КОЛЛАПАН-ГЕЛЬ Л» при лечении хронического гранулематозного периодонтита и кист с диаметром костной полости до 0,5 см	59
15.	**Исмаилов А.А.**	62

	Результаты социологического опроса жителей г. Ош о стоматологической помощи	
16.	**Исраилова З.А., Уметова Ж.А., Джумабаева Э.С., Субанова А.И. и др.** Бойдон алдыруунун кесепети	66
17.	**Каракозуев М.М., Камбарова А.О., Нуруева З.А.** Частота и структура гастродуоденальной патологии у детей по южному региону	71
18.	**Кенешбаев Б.К., Сакибаев К.Ш., Нуруев М.К., Козуев К.Б. и др.** Планиметрические данные сосудистых элементов плаценты жительниц сурьмяного региона.....	74
19.	**Мамаев Т.М., Мамаева Т.А., Туташева А.Т., Гайназарова Р.Г.** Эпидемиологическая характеристика ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике	78
20.	**Мамаев Т.М., Мамаева Т.А., Туташева А.Т., Гайназарова Р.Г.** Характеристика эпидемии ВИЧ-инфекции среди женщин в Ошской области	81
21.	**Маманов М.** Роль акустической ринометрии в диагностике патологий носа	85
22.	**Маманов М., Инджи Э.** Применение трансплантатов в септоринопластике	89
23.	**Мамытова Г.А., Абдурахманова Ч.А., Арзиева А.И.** Особенности течения острой респираторной вирусной инфекции у больных с хроническими заболеваниями бронхо-легочной системы	93
24.	**Марипов А.М., Мамажакыпов А.Т., Сарыбаев А.Ш., Юсупов Ф.А.** Роль острой гипоксической пробы в оценке динамики индекса эксцентричности левого желудочка у больных с хроническим обструктивным заболеванием легких	96
25.	**Махмудова Ж.А.** Влияние комбинированного применения атенолола и коэнзима Q_{10} на течение катехоламинового некроза миокарда при длительном пребывании животныхв условиях высокогорья	101
26.	**Мукашев М.Ш., Омошев А.А., Салихов Р.Р.** Анализ законодательства Кыргызской Республики, регламентирующего организацию, назначение и производствосудебно-медицинских экспертиз.	107
27.	**Муратова Ж.К., Сагынбаева Г.А., Козуев К.Б., Ташматова Н.М.** Клинико-аллергологическая характеристика и морфологические взаимосвязи бронхиальной астмы и аллергического ринита у детей	112
28.	**Муратова Ж.К., Сакибаев К.Ш., Джолдубаев С.Ж.** Клинико-морфологические особенности атопического дерматита у детей, проживающих на юге Кыргызстана	115
29.	**Мырзашева Н.М., Ешиев А.М.** Астынкыжаактынсыныгынынсезгенуусунункатаалдашуусунгидрооксиапп атитколлапан гели жана электровибро укало жолу менен дарылоо жана	119

	алдын алуу	
30.	**Нуруева З.А., Жумашева Э.М.** Влияние плазмафереза и его модификаций на клиническое течение распространенного псориаза	125
31.	**Оморбекова Ч. Т., Шайназаров Т.Ш., Абдиллаева М. Б.** Течение хронического гепатита В у детей с соматической патологией	127
32.	**Рысматова Ф.Т., Джолдубаев Ы. Дж.** Внедрение доказательной медицины в медицинскую практику.....	130
33.	**Сабиров И.С., Юсупов Ф.А., Ахмаджанов С.А., Субанова Г.Ж.** Влияние амлодипина на диастолическую дисфункцию правого желудочка при хронических обструктивных заболеваниях легких, осложненных легочной гипертонией и гипоксической энцефалопатией	133
34.	**Тажибаева Ф.Р., Мамасаидов А.Т.** Эффективность применение Контролока (пантопразола) у больных с гастроэзофагеальнойрефлюксной болезнью и НПВП-индуцированной гастропатией	137
35.	**Туйбаев З.А., Муратов А.А.** Хирургическое лечение повреждений органов грудной клетки	143
36.	**Тулекеев Т.М., Кенешбаев Б.К., Сакибаев К.Ш., Нуруев М.К. и др.** Морфометрические показатели венозных сосудов плаценты жительниц юга Кыргызстана	145
37.	**Турдубаев К.Т. Кудаяров Д.К.** Изменение содержания железа в сыворотке крови у больных ЖДА на фоне лечения с ААС «Мүрөк»	148
38.	**Турдубаева Э.К., Кагарлицкий А.Я., Жаныбердиев Б.** Применение наркоза фторотаном в детской стоматологии	151
39.	**Турдубаева Э.К.** Физическое развития маловесных детей в дошкольном возрасте, родившихся от юных матерей	152
40.	**Шайназаров Т.Ш., Маматкулова А.С., Молдобаева Д.Т., Ашимова Н.** О состоянии младенческой смертности в Кыргызской Республике и по Южному региону КР за 2009- 2012 гг.	155
41.	**Шерматова У. Б.** Сравнительный анализ основных показателей неонатальной службы родильного стационара Ошской межобластной клинической больницы за 2002-2012 годы и их динамика	160
42.	**Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М., Сатыбалдиев З.С.** Оптимизация хирургического лечения сочетанных заболеваний аноректальной области	164
43.	**Райымбеков О.Р., Сатыбалдиев З.С., Шукуров С.Н.** Эффективность «Х» образного шва в аноректальной хирургии.....	167

	ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ И ДРУГИЕ НАУКИ	
44.	**Ажибаева З.** Частичное расщепление гликозидных связей глюкофруктанов из C. Fetissowii	**170**
45.	**Айтиева Ш.Дж.** Основные принципы компетентностного подхода в высшей медицинской школе	**172**
46.	**Алтыбаева Д. Т., Мирзаева М.Р** Рентгенофазовый анализ продуктов разложения комплексных соединений хлоридов марганца, кобальта, никеля с гексаметилентетрамином и диметил-сульфоксидом	**176**
47.	**Алтыбаева Д.Т., Маматураимова Н.А.** Химия координационных соединений гексаметилентетрамина с неорганическими солями	**181**
48.	**Бердибекова С.К., Горбачева А.А.** Инновационные технологии и индивидуализация образовательных процессов	**183**
49.	**Жумабаева Т.Т., Куроптева З.В.** Радиосенсибилизация гипоксических клеток опухолей электроноакцепторными нитроимидазолами и природапарамагнитных центров опухолевой ткани	**186**
50.	**Шекеев К.К.** Алай кырка тоосундагы момолойлордун бүргөлөрү*(Aphaniptera)* жана алардын чума оорусунун козгогучу *Yersinia pestis* менен байланыштары	**195**
51.	**Мамашов Т.А., Миралы кызы А.** Тоо этеги алкактагы жасалма жээк экотондору зооноз-инфекциялык ооручулардын потенциалдык очоктору ……	**197**
	ИСТОРИЯ И ТЕРМИНОЛОГИЯ	
52.	**Сулайманов Ш.А., Иманалиев К.Т., Джаанбаев М., Исаков А.Ж.** Медицина от эпохи кочевой цивилизации до эпохи глобализации	**199**
53.	**Кошуева М.** К. Тыныстановдун “Зоологиялык терминдердин кыргызча-орусча сөздүгү” (27-дело)	**202**

Арстанбеков М.А., Каримова И.К., Сакибаев К.Ш.

ОШМУНУН МЕДИЦИНА ФАКУЛЬТЕТИНИН ТҮПТӨЛҮҮ ЖАНА ӨНҮГҮҮ ТАРЫХЫНЫН ОРУНТТУУ УЧУРЛАРЫ

ОшМУнун медицина факультетинин 20 жылдыгын утурлап...

1992-жылы республикабыздын түштүк аймагынын социалдык-экономикалык жана маданий жактан өнүгүүсү боюнча кошумча чараларды көрүү, аймактагы жогорку квалификациялуу адистерди жана илимий кадрларды даярдоодогу талаптардын өсүшүнө байланыштуу КРнын Президентинин Жарлыгынын (17.06.92 ж., УП-202) жана КРнын Билим берүү, илим жана маданият министрлигинин Буйругунун (02.06.92 ж.) негизинде Ош мамлекеттик педагогикалык институту Ош мамлекеттик университети болуп кайрадан уюштурулган.

Өткөн кылымдын акыркы он жыл аралыгында аймактык, өзгөчө айрым алыскы райондордогу медицина мекемелериндеги жогорку квалификациялуу дарыгерлердин сезилерлик таңкыстыгын жоюу маселеси коомдук талкууга коюлуп, жыйынтыгында Ош облусунда өзүнчө медицина факультетин ачуу демилгесинин жаралуусуна өбөлгө түзүлгөн.

Белгиленген шарттарды эске алуу менен, Ош МУнун ректору, профессор Б.Ж.Бешимовдун жетекчилиги астында жана Ош облустук мамлекеттик администрациясынын саламаттыкты сактоонун облустук башкармалыгынын колдоосу менен КРнын Билим берүү, илим жана маданият министрлигине медицина факультетин уюштуруу боюнча талап кылынчу документтерди түзүү туралуу алгылыктуу даярдык иштери жүргүзүлө баштаган. Жаңы факультетти уюштурууда, өзгөчө университеттин жетекчилиги, ошондой эле саламаттыкты сактоо чөйрөсүнүн бир катар көрүнүктүү өкүлдөрүнүн эбегейсиз зор эмгектерин жумшашкандыктарын белгилөөгө болот. Алардын катарында ошол кездеги облустук саламаттык сактоо башкармалыгынын башчысы Д.Д. Рисалиевди, облустук клиникалык ооруканалардын башкы врачтары Т.Ш. Шайназаровду, К.А. Атахановду, И.Н. Максымбековду, врач-хирург Р.М. Тойчуевди, педагог-анатом Ч.Дж. Джумабаевди, врач-травматолог Ж.Ж.Жеенбаевди, Ош шаардык ооруканалын жетекчилигин кошууга болот.

Көп өтпөй, 1992-жылы университет тарабынан даярдалган документтердин негизинде Ош шаарында биринчи жолу Ош МУнун базасында медицина факультетин ачуу чечими кабыл алынган (КРдин Өкмөтүнүн 05.11.92-ж №552-;№20Y4 Токтомдору; КРдин саламаттык сактоо министрлигинин 17.11.92-ж.№324 Буйругу).

Факультеттин алгачкы деканы болуп, аны ачууда жана уюштурууда көптөгөн иштерди аткарган м.и.к., доцент Жеенбаев Ж.Ж. дайындалган. Жаңы ачылган факультеттин материалдык-техникалык базасын чыңдоо, практикалык жактан көмөк көрсөтүү жана медициналык мекемелер менен өз ара көмөктөшүү маселелерин чечүү жоопкерчилигин облустук саламаттыкты сактоо башкармалыгы мойнуна алган.

Алгачкы жолу студенттерди кабыл алуу 1993-жылы 115 студентти кабыл алуудан башталган (100 студент - бюджеттик окуу негизде, анын ичинен “дарылоо иши” – 50 студент, “педиатрия” – 50 студент жана 15 студент “дарылоо иши” адистиктерине келишимдик окуу негизде). Окуу процесси ошол кездеги биринчилерден болуп түзүлгөн 2: химия-биология дисциплиналары (каф.башчы, доц. Джунусов А.Дж.) жана морфологиялык дисциплиналар жана клиника курсу (каф.башчы, проф. Жапаров Б.Ж.) кафедраларында жүргүзүлө баштаган. Сабактар 4 кабаттуу имараттын I, II- кабаттарында, жогорку кабаттарында жайгашкан тарых-юридика факультети менен бир имаратта өткөрүлгөн. Кийинчерээк, студенттердин II-курска өткөндүгүнө жана жаңы дисциплиналардын кошулгандыгына байланыштуу өзүнчө клиникалык дисциплиналар кафедрасы (Байматов С.Б.) ачылган. Ал учурда факультеттин клиникалык базасы катарында 17 оорукана, диспансер, госпиталь, лабораториялар, борборлор жана башка дарылоо-профилактикалык мекемелердин структуралары кызмат көрсөтүшкөн.

Факультет иштей баштаган алгачкы күндөрдөн баштап өз алдына конкуренцияга туруштук бере алчу, заманбап маалымат технологияларын өздөштүрө алган, рынок шартында тиешелүү деңгээлде иштеп кете ала турган жогорку квалификациялуу адистерди даярдоону максат кылып койгон. Андыктан, окуу процессин толук кандуу уюштуруу, окутуунун сапатын жогорулатуу максатында факультет бир гана шаарыбыздын мекемелери менен эле эмес,

Бишкек жана Анжиян шаарларынын тажрыйбалуу медициналык билим берүү борборлору менен да тыгыз байланыштарды түзүү аракеттерин ишке ашырган. Буга мисал, ар жылы факультетке лекцияларды окуу үчүн КММАнын: В.Лямцев (патанатомия), А.Зурдинов (фармакология), А.Мурзалиев (неврология), М.Мусуралиев (акушерство жана гинекология), В.Насыров (кулак, тамак, мурун оорулары), О.Жумагулов (көз оорулары), А.Раимжанов (патфизиология), В.Габитов (оперативдүү хирургия) жана Анжиян мамлекеттик медициналык институтунан (Өзбекстан): И.Касым-Ходжаев, Р.Юнусов, А.Кадыров (оперативдүү хирургия жана топографиялык анатомия), Ш.Кадиров (нормалдуу физиология), Т. Абдурахманов (фармакология) сыяктуу алдыңкы окумуштуулар жана адистер чакыртылып турган.

Аткарылган чоң эмгектин натыйжасында, 1999-жылы медицина факультетин алгачкы бүтүрүүчүлөрдү: 92 жаш адистерди, анын ичинен 10у артыкчылык диплому менен, 14ү алыскы чет мамлекеттердин - Пакистан, Сирия, Непалдын жарандарын даярдап чыгарган.

1998-жылы факультеттин деканы болуп Ош МУнун медицина факультетинин ачылышына жана түптөлүүсүнө чоң салымын кошкон м.и.д.. профессор Рисалиев Д.Д. шайланган. Саламаттыкты сактоо системасынын реформаларына таянып, “дарылоо иши” жана “педиатрия” адистиктери жалпы практикадагы дарыгерлерди даярдоо үчүн чогуу “дарылоо иши” адистигине бириктирилген. Мезгилдер өтүп, жаңы – “стоматология”, “саламаттыкты сактоонун менеджменти”, “медициналык-профилактикалык иши”, “фармация” адистиктери ачылган. Клиникалык ординатурага адистерди даярдоо башталган.

Факультеттин ишмердүүлүгүнүң башкы багыты болуп илимий иштер эсептелген. Өнүгүүнүн баштапкы этаптарында факультет “Агроөндүрүштүк трансформация шарттарындагы түштүк аймактын калкынын ден соолугуна пахтанын жана тамекинин монокультураларынын таасири” темасынды илим-изилдөө иштери менен алек болушкан. Илимий тапшырмалар 5 блок боюнча: эпидемиология, иммунология, вирусология, микробиология жана коомдук саламаттыкты сактоо; клиникалык дисциплиналар; химия-биологиялык дисциплиналар; морфологиялык дисциплиналар; Жаш окумуштуулар жана студенттик-илимий коом секторлору аркылуу ишке ашырылган.

Илим изилдөө иштеринин биринчи блогун м.и.д.. профессор Рисалиев Д.Д. жетектеген. Бул блоктун чегинде төмөндөгү аталыштагы иштер аткарылган: “Нервдик-ткандык “Лиссавак” антирабикалык вакцинаны өндүрүү технологиясын иштеп чыгуу жана өркүндөтүү”; “Саламаттыкты сактоону кайра уюштуруу шартында элет жашоочууларына биринчи медициналык-санитардык жардамды өркүндөтүү системасын негиздөө”; “Элеттин саламаттык сактоосунун каржылоо системасын экономикасы жана башкаруу механизмдери (КРдин Ош облусунун материалдары боюнча)”; “Ош облусунун учур шартындагы кургак учуктун эпидемиологиясы”. Аткаруучулар м.и.к., доценттер И.Тайчиев, А.Шамшиев, А.Абдуллаева, К.Атаханов, улук окутуучулар Т.Мамаев, К.Кудайбердиева, К.Аматахунов, ассистенттер Б.Орозбекова, А.Байгазиевалар болушкан.

Илим изилдөө иштеринин экинчи блогун м.и.д.. профессор Мамасаидов А.Т. жетектеген. Бул блоктун чегинде төмөндөгү аталыштагы иштер аткарылган: “Ревматологиялык оорулардын иммногенезин изилдөө жана иммунодиагностикалык ыкмаларды иштеп чыгуу”; “Узун түтүктүү сөөктөрдүн кош сыныктарын комплекстүү дарылоо”; “Балдардын дифтерия оорусун заманбап дартаныктоо ыкмалары жана дарылоо”; “Ош облусунун тамеки өстүрүү шартындагы аймактардагы бронх-өпкөнүн жана ичеги-карын жолдорунун оорулары менен сыркоологон бейтаптарды клиникалык-морфологиялык жана эпидемиологиялык абалдарын салыштырмалуу изилдөө”; “Экстремалдык шарттардагы сөөктөрдүн регенерациялануусунун жана жарааттардын айыгышынын географиялык-климаттык өзгөчөлүктөрү, аларды тездештирүүнүн ыкмалары”. Аткаруучулар: м.и.д., профессорлор Ы.Дж.Джолдубаев, Ж.М.Маманазаров, м.и.к., доценттер А.Бекмурзаев, Т.Шайназаров, З.Нуруева, А.Разаков, ассистенттер Г.Баймурзаева, И.Сулайманова, А.Закиров, М.Шерматова, Э.Абсаматов.

Илим изилдөө иштеринин үчүнчү блогун м.и.д.. профессор Чотоев Ж.А. жетектеген. Анын жетекчилиги менен төмөнкү багыттагы иштер аткарылган: “Биометаллдуу өтмө элементтери бар жаңы кошулмаларды жана аминомаслялык кычкылдарды синтездөө жана изилдөө”; “Алай тоолорунун түштүк кыркаларындагы майда сүт эмүүчүлөрүнүн түрлөр арасындагы байланыштар”; “Лазер ыкмасы менен маалыматты жазууну изилдөө жана иштеп чыгуу”; “Жаш өзгөчөлүгүнө карата баш-мээн травмасын алган бейтаптардын канындагы креатининфосфокиназа ферментинин активдүүлүгүнүн өзгөрүү динамикасы”; “Гипоксиядагы

жүрөк булчунунун компенсатордук-ылайыкташуусунун молекулярдык механизмдери”. Аткаруучулар: м.и.к., доценттер А.Жунусов, Н.Абдыганыев, М.Эргешбаев, А.Нурадиева, ассистенттер А.Матаипова, К.Сагынбаева.

Илим изилдөө иштеринин төртүнчү блогун м.и.д.. профессор Жапаров Б.Ж. жетектеген. Анын жетекчилиги астында: “Карындын жана “эне-плацента-түйүлдүк” системасынын морфофункционалдык абалына пахтанын жана тамекинин монокультураларынын таасирин изилдөө”; “Агроөндүрүштүк трансформациядагы пахтанын жана тамекинин монокультураларын өстүрүү шартында түштүк аймактын балдарынын жана өспүрүмдорүнүн анатомиялык өрчүүсүнүн антропометриялык өзгөчөлүктөрү”; “Ар түрдүү анатомиялык-физиологиялык аспектилерде баш мээнин түрдүү аянттарынын архитектоникасынын өзгөчөлүктөрүн изилдөө” иштери аткарылган. Аткаруучулар: м.и.к., доцент Шатманов С.Т., ассистенттер Беркмаматов Ш.Т., Сакибаев К.Ш. болушкан.

Бешинчи блогун болсо м.и.к.. доцент Тайчиев И.Т. жетектеген. Бул блоктун иш аракети менен жаш окумуштуулардын жана илимий студенттик коомдун ар түрдүү илимий багыттагы иштери аткарылган. Кандидаттык экзамендерге даярдоо жана тапшыруу боюнча аспиранттар менен тынымсыз иштер жүргөн, факультеттин илимий-студенттик коому (СНО) жөнүндө Жобо иштелип чыккан жана анын Кеңеши түзүлгөн (Сакибаев К.Ш., Грошев С.А.), ар жылы студенттердин илимий конференциялары өткөрүлгөн.

Факультеттин илимий иштериндеги өзгөчө жетишкендиктерин ошол учурдагы корголгон докторлук жана кандидаттык диссертациялар айгинелеп турат. Алардын ичинен 1997-жылы Казахстандын саламаттык сактоо министрлигинин эпидемиология, микробиология жана инфекциялык оорулар ИИИде Д.Рисалиевдин жана 1998-жылы Сеченов атындагы Москва мамлекеттик медициналык академиясында Ж.Жеенбаевдин докторлук, 1998-жылы А.К.Каримовдун жана 2000-жылы А Байгазаковдун кандидаттык диссертацияларын белгилеп кетүүгө болот. Мындан башка факультеттин 10 аспиранты жана изилдөөчүлөрү өздөрүнүн илим изилдөө иштери менен активдүү алектенишкен. Аларга тажрыйбалуу илимий кызматкерлер чоң жардамын көргөзгөн.

Акырындап факультеттин эл аралык байланыштары да калыптана баштаган. Факультет Акмоло медициналык институту, Краснодар медицина институту, Анкара университетинин медицина институту, Нью-Йорк илимдер Академиясы (АКШ) менен кызматташкан. Нервдик-ткандык антирабикалык “Лиссавак” вакцинасын өндүрүү технологиясын иштеп чыгуу боюнча Франциянын Мерье Пастер институту (доктор Генри Тсиянт, СБДК (ВОЗ) эксперти), Даниянын биологиялык стандарттар институту (доктор Ф.Х.Меслин), Россия медициналык академиясынын полиомиелит жана вирустуу энцефалит институту (профессор М.Селимов), КММА, ККНИЭМГ, КРдин УИА менен илимий байланыштар түзүлгөн.

1993-жылы 2 кафедранын штаттык жадыбалында 1 илимдин доктору жана 8 илимдин кандидаттары эмгектенип баштаса, 2001-жылга карай 10 илимдин докторун жана 40 илимдин кандадаттарын камтыган 13: морфологиялык дисциплиналар, химия жана биология, биохимия, физиология, жана фармакология, №1 жана №2 педиатриялар, №1 жана №2 хирургиялар, №1 жана №2 ички оорулар, стоматология жана ОХТА, травматология, ортопедия жана нейрохирургия, эпидемиология жана жалпы гигиена, саламаттыкты сактоону уюштуруу жана социалдык медицина кафедраларынын жамааты толук кандуу кызмат көсөтүп келген.

2002-жылдан баштап факультеттин декандыгына м.и.д., профессор Джолдубаев Ы.Дж. дайындалган. Анын жетекчилигинде И.Раззаков №21 көчөсүндөгү 4 кабаттуу окуу имаратын реконструкциялоо боюнча чоң иш-чаралар башталган. Башкы имараттын жылытуу системалары капиталдык ремонттон өткөрүлүп, айланасына тегерете дарбазалуу тосмо курулган. Ири курулуштардын, ремонттоо жана калыбына келтирүү иштеринин жыйынтыгында 2004-жылы 500 орундуу лекциялык, 100 орундуу окуу залдары жана спорттук аянтча колдонууга берилген. Облустук жана шаардык клиникалык ооруканалардын, ошондой эле облустук жана райондук дарылоо-профилактикалык мекемелердин жетекчиликтери менен аларды окутуу базасы катары пайдалануу келишимдер түзүлгөн.

Эки компютердик класс, заманбап компютерлери жана оргтехникалары менен жабдылган автоматташтырылган башкаруу система борбору (“АБС-борбор”-“АСУ-центр”) жана интернет борбор уюштурулган.

Кафедралардын илим-изилдөө, окуу-методикалык ишмердүүлүгүн андан ары өнүктүрүү, ошондой эле жогорку квалификациядагы илимий кадрларды даярдоо жана

факультеттин сапаттык курамын камсыздоо максатында борбор калаадан бир канча белгилүү илимпоздор жумушка тартылган. Алардын катарына профессор Ж.О. Белеков (хирургия), профессор Б.С. Эсекеев (урология), профессор Т.М. Тулекеев (анатомия), профессор А.Р. Жумабаев (онкология), доцент М.А. Арстанбеков (стоматология) сыяктуу КММАнын алдыңкы окумуштууларын кошууга болот. Алар түзгөн илимий мектептер азыркы мезгилге чейин үзүрлүү иштеп келүүдө.

Эл аралык кызматташуу боюнча медицина институту Борбордук Азия өлкөлөрү (ЦАР) шериктештигине кирген, АМСЗ жана түштүк Флорида институту менен кызматташууга чыккан. КМШ мамлекеттеринин алдыңкы медициналык ЖОЖдору менен кызматташууга келишимдер түзүлгөн.

2003-жылы медицина факультетинин 10 жылдык маараке сине карата факультеттин эң алдыңкы илимий жана окуу-усулдук жетишкендиктерин даңазалаган эл аралык илимий конференция уюштурулган. Ошол учурда факультетте, курамында 15 профессор, 42 илимдин кандидаттары, 35 улук окутуучулар жана 190 окутуучуларын камтыган 19 кафедра кызмат көрсөткөн. 10 жыл аралыгында факультеттин профессордук-окутуучу курамы тарабынан 100дөн ашуун окуу-усулдук колдонмолор, прикладдык тематикадагы 5 монография басылып чыккан. Факультет “Дени сак улут”, “Иммунопрофилактика”, “Манас” саламаттыкты сактоо реформасын, “Туберкулез” Улуттук программасын, ЖИКС (СПИД) жана ЖЖЖО (БППП) профилактикалары боюнча Мамлекеттик программаларды аткарууга активдүү катышкан.

2003-жылдын октябрь айында медицина факультетинин деканы Ы.Дж. Джолдубаевдин сунушу боюнча Ош МУнун ректору, академик Б.М.Мурзубраимов Ош МУнун медицина факультетин Ош МУнун медицина институтуна катары өзгөртүү боюнча чечимин кабыл алган (23.09.03-ж. Ректордун Буйругу, Ош МУнун Окумуштуулар Кеңешинин 14.07.03-ж чечими, №10 протокол).

Институттун директорлугуна м.и.д.. профессор Джолдубаев Ы.Дж. дайындалган. Дирекциянын башталгыч этаптарында Окуу-методикалык борбор уюштурулуп, анын жетекчилигине доцент Ж.К. Камалов бекитилген. Кийинчерээк, дирекциянын түзүлүшүнүн өзгөргөндүгүнө байланыштуу орун басарлык кызматтарда доцент Камалов Ж.К. (1-3 курстар боюнча) жана профессор Тайчиев И.Т. (4-6 курстары боюнча) эмгектенишкен. Окуу-өндүрүштүк процессти оптимизациялоо жана административдик-башкаруу ишмердикти кайрадан өркүндөтүү максатында медициналык институтта 3 факультет: дарылоо (декандар: башында профессор Жеенбаев Ж.Ж., конкурстук шайлоодон кийин – доцент Райымбеков О.Р.), стоматология (декан: доцент Арстанбеков М.А.) жана дипломдон кийинки окутуу факультети (декандар: башында Жеенбаев Ж.Ж., кийин – профессор Жумабаев А.Р.) ачылган.

2006-жылы институттун директору болуп м.и.к., доцент Арстанбеков М.А. дайындалган. Ошол убакка чейин 8 докторлук жана 17 кандидаттык диссертациялар корголгон, алардан ичинен 3 кандидаттык диссертация – ушул институттун бүтүрүүчүлөрү тарабынан корголгон (К.Ш. Сакибаев, Р.К. Калматов, С.М. Мирбабаева). Изилдөөчүлөрдүн 10 диссертациялык иштери аяктоо стадияларында болгон.

2006-жылы медицина институту бүткүл дүйнөлүк Медициналык мектептердин директориясына киргизилип, БСКтин (ВОЗ) мүчөсү катары катталган.

2007-2008-жылдары институттун директорлук кызматын м.и.д., профессор Тулекеев Т.М. аткарган. Ошол жылдардагы билим берүү системасындагы кардиналдуу мамлекеттик реформалоонун негизинде КУУ, ЭДУ жана ЖаМУнун медицина факультеттерин жабуу чечими кабыл алынып, көптөгөн студенттер аталган ЖОЖдордон Ош МУнун медицина институтуна да которулуп келишкен. Зарылчылыкка байланыштуу дирекциянын түзүмүндө факультеттер аныкталып, директордун орун басарлары – декандар: м.и.к., доцент Райымбеков О.Р. (1-дарылоо факультетинин деканы), м.и.д.. професоор Тайчиев И.Т. (2-дарылоо факультетинин деканы), м.и.д.. профессор Сулайманов Ш.А. (кичи адистиктер боюнча декан) бекитилген.

Профессор Т.Тулекеевдин жетекчилиги астында факультеттин илимий багытынын темасы системалаштырылган, төмөнкүдөй илимий багыттар аныкталган: “Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо тармагынын жаңыча өнүгүү шартында уюштуруунун, башкаруунун жана эпидемиологиялык изилдөөнүн абалы”, “Жаш балдардын жана чоң кишилердин арасында хирургиялык жардамды оптималдаштыруу, дарт аныктоонун жана дарылоонун жаңы усулдарын өнүктүрүү”, “Организмдин түзүлүшүнүн морфофункционалдык аспектисин жана түштүк Кыргызстандын жашоочуларынын репродуктивдик абалына

экологиялык зындуу факторлордун тийгизген таасирин изилдөө”, “Жаңы заттарды синтездөөнүн физикалык-химиялык негиздерин иштеп чыгуу жана алардын касиеттерин изилдөө”. Андан сырткары, кафедраларда өткөрүлүүчү илим-изилдөө ишеринде перспективалуу илимий программалар жана гранттык проекттерди иштеп чыгуу кеңири практикаланган.

Баса белгилесек, жүргүзүлгөн илим-изилдөө иштеринин айрымдары жеке каржылоо аркылуу ишке ашырылса, үч илимий долбоор ГАНИСтен каржыланган. Атап айтсак: “Кадамжай сурьма биогеохимиялык региону – репродуктивдик ден соолуктун морфологиялык аспектилери”(жетечиси: м.и.д., профессор Тулекеев Т.М.); “Түштүк Кыргызстандын жашоочуларынын арасында сепсис менен сыркоологон бейтаптардын мультиоргандык жетишсиздиктерди этиопатогендик негиздеги дарт аныктоо ымаларын иштеп чыгуу”(жетекчиси: м.и.к., доцент Туратова Т.Д.); “Элет жериндеги өспүрүм-кыздардын репродуктивдик потенциалынын абалын изилдөө”(жетекчиси: м.и.к. Исраилова З.А.).

Ош шаарында Ош МУнун медицина факультетинин базасында профессор Ш.Сулаймановдун демилгеси менен “Өпкө оорулары” боюнча 3-Улуттук Конгресс өткөрүлүп, анын алкагында пленардык жана секциялык жыйындардан сырткары пульмонологдор Мектеби (Европа Респиратордук коомунун катышуусунда) жана Жаш окумуштуулардын сынагы өткөрүлгөн. Ошондой эле Оштогу дипломдон кийинки окутуу борбору (КММА) жана Ош МУнун медицина институту биргеликте 1-эл аралык Жаш окумуштуулардын илимий-практикалык конференциясын өткөрүшкөн. Аталган конференциялардын материалдары Борбор-Азиялык медициналык журналдарында басылып чыккан.

Ар жылы салттуу түрдө өтүүчү “Илим жумалыгында” студенттердин, жаш окумуштуулардын жана кызматкерлердин илимий-практикалык конференциялары уюштурулуп, пленардык жыйындан кийин төмөндөгү бөлүмдөр боюнча секциялык докладдар угулган: фундаменталдык илимдер – морфологиялык, медициналык-биологиялык жана гуманитардык; микробиология жана инфекциялык оорулар; саламаттыкты сактоону уюштуруу жана медицинаынын тарыхы; терапевтикалык жана хирургиялык оорулар; акушерство, гинекология жана балдар оорулары. Студенттер илимий (25-30) жана кереге (8-10) баяндамалар менен чыгышкан. “Илим жумалыгы” өткөрүлгөн учурда студенттердин чыгармачылык иштери боюнча көргөзмө-бурч – препараттар, иллюстрациялар ж.б. түзүлгөн. Акыркы жылдары – Токтосун к. Айпери, Анарбаева А., Акматов Б. ж.б. кээ бир студенттер жеңүүчү орундары ээлешип Ош МУнун ректорунун жана медицина институтунун дирекциясынын Ардак грамоталары менен сыйланышкан.

Ошол жылдар аралыгында медицина институтунда 16 кафедрада 240тан ашуун кызматкер, анын ичинен: 15 медицина илимдериин докторлору жана 49 медицина илимдеринин кандидаттары, эмгек сиңирген дарыгерлер, саламаттыкты сактоонун мыктылары эмгектенишкен. Аспирантурада 11 аспирант окуган: 6 – күндүзгү жана 5 – сырттан окуу бөлүмүндө. 30дан ашуун кызматкерлер изилденүүчүлөр болушкан. Институт ачылгандан бери 6 докторлук жан 20 кандидаттык диссертациялар (6 кандидаттык диссертация - медицина институтунун бүтүрүүчүлөрү) ийгиликтүү коргологон. Ал эми аспиранттардын жана изилденүүчүлордүн 5 диссертациялык иштери аяктоо стадияларында болгон.

Кызматкерлердин ар жылы 200дөн ашуун макалалары эл аралык жыйнактарга, анын ичинен 35-40% - бобордук жана 60-65% - жергиликтүү басылмаларга басылып чыккан.

Институттун окумуштуулары жакынкы жана алыскы чет өлкөлөрдүн алдыңкы ЖОЖдору менен тыгыз кызматташтыкты түзүп келишкен: КММА (Бишкек), КОСУ (Бишкек), КРдин УИА, Анжиян мамлекеттик медициналык иниституту (Өзбекстан), Асфендияров атындагы КазММУ (Алматы), КазММА (Астана), Сеченов атындагы ММА (Россия), Краснодар медицина институту (Россия), Нью-Йорк илимдер Академиясы (АКШ), Жорджия штатынын Университети (АКШ), Ктен штатынын Университети (АКШ), Анкара университетинин медицина факультети (Турция).

Медицина институтунда 2500дөн ашуун студенттер, алардын ичинен алыскы жана жакынкы чет өлкөлөрдүн: Пакистан, Непал, Индия, Иран, Турция жана КМШ мамлекеттеринин студенттери да билим алышкан.

2008-жылы өлкө жетекчисинин катышуусунда көпчүлүк студенттердин, озгөчө облустун жашоочуларынына Ош облустук балдар клиникалык ооруканасынын базасында

ачылган ядерлүү-магниттик резонанстык томография бөлүмүнүн ачылышы чоң кубаныч жараткан.

Факультеттин өнүгүүсүндөгү олуттуу бурулуштардын бири катары, 2008-жылы Ош МУнун Окумуштуулар Кеңешинин чечими менен (ректор, проф. Орозбеков М.О.) медицина институту медицина факультетине кайрадан өзгөртүлгөндүгүн белгилөөгө болот. Конкурстук шайлоонун жыйынтыгында факультеттин деканы болуп Ош облустар аралык бириккен клиникалык ооруканасынын директору кызматына дайындалганга чейин м.и.д., профессор Сулайманов Ш.А. шайланган.

Профессор Ш.А. Сулаймановдун жетечилиги астында окуу-педагогикалык иштерди оптималдаштыруу жана андан ары өнүктүрүү, илимий-усулдук жана уюштуруу-тарбия иштери боюнча факультеттин ишмердүүлүгүн жаңы багытта өнүктүрүү боюнча бараандуу кадамдар башталган. Алгач, медицина факультетинин герби жана желеги бекитилген. Окуу процессин тескөөчү айрым нормативдик-укуктук документтер жаңыланган, кээ бири кайрадан түзүлгөн. Ал эми деканаттын иштерин уюштурууда болсо факультеттин бир апталык ишин чагылдырган кыргыз тилиндеги маалымат бюллетендерин камтыган протоколдук документ киргизилген. Заманбап компютерлер жана кеңсе буюмдары менен жабдылган маалымат технологиялары Борбору уюштурулган (жетекчиси Нуруев М.К.). Медициналык адабияттардын окуу булактрынын 3000ден ашуун санда электрондук китептер базасы түзүлгөн.

Факультеттин 4 кабаттуу окуу имаратынын фасадын, лекциялык залдар ремонттолуп, жакын жайгашкан аянтчаларды жашылдандыруу, көрктөндүрүү иштери ишке ашырылган.

2009-жылы профессор Ш.Сулаймановдун Ош облустар аралык бириккен клиникалык ооруканасына директорлук кызматка дайындалганына байланыштуу, факультеттин деканынын милдетинин 2011-жылдын декабрь айына чейин м.и.д., профессор Жеенбаев Ж.Ж. аткарып келген.

Профессор Ж.Жеенбаев факультеттин ар тараптуу ишмердүүлүгүн өнүктүрүүгө чөң күч, эмгегин жумшаган. Анын демилгеси жана жетекчили астында медицина факультети Ош шаарынын түштүк-чыгыш зонасына, Ак-Буура дарыясынын жээгинде орун алган жаңы окуу имараты – Ош МУнун Кампусуна көчүрүлгөн. Республикабызда болуп өткн көптөгөн обьективдүү жана субьективдүү окуяларга карабастан профессор Ж.Жеенбаев, факультеттин өздүк медициналык клиникасын куруу боюнча демилгеге катуу туруп, анын архитектуралык чиймесин факультеттин жалпы кызматкерлерине тааныштырган.

Факультеттин библиотекалык фондун нормативдик талаптарга ылайык негизги адабияттары менен толтурууга чоң басым жасап, алгылыктуу ийгиликтерге жетише алган. Анын жетекчилигинде медициналык маалымат технологиялар Борбору кайрадан уюштурулуп, факультеттин ишмердүүлүгүн AVN системасына толук кандуу өткөрүүгө далалат кылган. Жыйынтыгында биринчи жолу ректорат менен онлайн режиминде видеоконференция уюштурулган. Көпчүлүк кафедралар заманбап мультимедиялык аппараттар, компютердик техникалар жана башка ОТК менен камсыз болушкан.

Окуу процессин оптималдаштыруу максатында хирургия, терапия, педиятрия жана стоматология багытындагы, ошондой эле теоретикалык дисциплиналар кафедраларын кайра түзүү боюнча системалуу иштердин башында туруп, жаңы профилдүү кафедралардын уюштурулушуна салымын кошкон. Ош МУнун 2011-2015-жылдарга карата өнүгүү Концепциясына факультеттин өнүгүүсүнүн перспективдүү планы сунушталып, иш чаралардын катарына заманбап библиотека жана медициналык клиниканы куруу, ички оорулар, педиатрия, хирургия жана акушерство боюнча практикалык көндүмдөрдү үйрөнүү боюнча окуу практикалык окутуу Борборлорун уюштуруу, кампусту капиталдык ремонттон өткөрүү сыяктуу ж.б. орундуу демилгелер сунушталып, факультеттин Окумуштуулар Кеңеши тарабынан колдоого алынып бекитилген.

2011-жылдын декабрь айында конкурстук шайлоонун негизинде факультеттин деканы болуп азыкы учурда факультеттин өнүгүүсүнө активдүү ишмердүүлүгүн жүргүзүп жаткан м.и.к., профессор Арстанбеков М.А. шайланган.

Медицина факультети бүгүнкү күндө Ош МУдагы эң алдыңкы факультеттердин бири катары эсептелинип жогорку квалификациялуу “дарылоо иши”, “педиатрия”, “стоматология”, “медициналык-профилактикалык иши” жана “фармация” адистиктери боюнча медициналык кадрларды даярдап чыгарууда.

Факультет жеткиликтүү деңгээлде окуу жана клиникалык базалар менен камсыздалган. Фундаменталдык медициналык дисциплиналар окуу кааналары, лабораториялары менен камсыз болгон өзүнчө окуу имаратында жогорку илимий-усулдук деңгээлде окутулат. Жогорку курстардын студенттери, 3-курстан баштап эң мыкты терапевтикалык, хирургиялык, стоматологиялык жана педиатриялык багыттардагы клиникалык кафедралардын заманбап талаптарына жооп берген клиникалык базаларда адистик билимдерин алышат.

Факультеттин негизги тузүмүн кафедралар ээлешет. Бүгүнкү күндө медицина факультетинин 21 кафедрасында 17 илимдин докторлору, 65 илимдин кандидаттары эмгектенишет. Профессордук-окутуучулук курамында Кыргыз Республикасынын эмгек сиңирген дарыгерлери (Т.Ш., Шайназаров, Ж.Ж. Жеенбаев, З.А. Нуруева, М.А. Арстанбеков, И.С. Сулайманова, Т.С. Абдымомунов ж.б.), саламаттыкты сактоонун мыктылары, ордендердин жана медалдардын ээлери бар.

Медицина факультетинде 2549 студент, алардын ичинен 351 алыскы чет өлкөдөн жана 210 жакынкы чет өлкөнүн жарандары (Пакистандан, Непалдан, Индиядан, Ирандан, Турциядан жана КМШ малекеттеринен) билим алышат.

Алыскы аймактардан келишкен студенттерге жакшы шарттар түзүлүп берилген, аларга шаардын дал ортосунан орун алган 4 кабаттуу жатаканаларда 2-3 кишиге гана ылайыкташкан бөлмөлөр берилген. Жанында окуу залы менен облустук китепкана жайгашкан. Жатаканада ашканасы жана буфети кызмат көрсөтөт.

Факультеттин айланасында табигый чөп тигилген заманбап футболдук, волейболдук жана баскетболдук спорттук аянтчалар курулуп пайдаланууга берилди.

Медицина факультетинин эмгек жамааты Университеттин жана факультеттин кеңештеринде бекитилген илим изилдөөнүн приоритеттүү багыттары боюнча илим-изилдөө иштерин жүргүзүп келишет. Жалпы илимий темалардын саны 20дан ашуун, аларды иштеп чыгууда бардык кафедралардын окутуучулары, илимий кызматкерлер, студенттер жана аспиранттар жана факультеттин илим-изилдөө лабораториялары активдүүлүн көргөзүшөт. Кээ бир темалар боюнча изилдөөлөр кафедралар арасында жана лабораториялар арасында жүргүзүлүп келет.

Факультеттин материалдык-техникалык камсыздалышы мамлекеттик нормативге туура келип, лекциялык (12 зал) залдар жана аудиториялык фонддор (184 аудитория) менен камсыздалган. Кафедраларда учурда мультимедиялык проекторлор, телевизорлор, кодоскотор, слайдоскоптор, LCD-проекторлор, CD-дисктер, медицина таразалары, микроскоптор, микротомдор, центрифугалар, видеокамералар жана видеомагнитофондор кеңири колдонулуп келүүдө. Белгилей өтсөк, окуу процессин толук кандуу уюштуруу, студенттердин өз алдынча иштерин өркүндөтүү максатында “Адамдын нормалдуу жана топографиялык анатомиясы кафедрасынын базасында ”«Адам таануу» анатомиялык окуу музей-лабораториясы ишке берилди. Аталган музей-лаборатория 3: рентгенанатомиялык, секциялык жана пластинациялык залдан туруп, тиешелүү окуу көрсөтмөлөрү менен жабдылган. Университеттин мультимедиялык китепканасынын жана Интернет-залынын мүмкүнчүлүктөрү активдүү колдонулуп келет. Сабактар облустун жана шаардын алдыңкы дарылоо-профилактикалык мекемелеринин базаларында өткөрүлүп келет.

Азыркы учурда факультеттин базасында AVN системасы менен иштөө жана студенттерди интернет, электрондук китептер менен камсыздоо үчүн башкы корпусунда 10 компьютерден турган Маалымат ресурстар борбору, 10 компютерден турган электрондук китепкана жана “Адамдын нармалдуу жана топографиялык анатомиясы” кафедрасына караштуу 20 компьютерден турган мультимедиялык класс иштөөдө. Электрондук китепканада 53 багыт боюнча 10 дон ашуун авторлордун бир канча китептери жана факультеттин окутуучуларынын жардамында түзүлгөн лекциялары атайын серверде жайгаштырылып, студенттерге көчүрүп алууга, окууга мүмкүнчүлүк түзүлгөн.

Факультеттин профессордук окутуучулук курамыны AVN системасында тесттерди түзүү, модулдун жыйынтыктарын кийирүү жана документ иштерин жүргүзүү үчүн ар бир кафедрага акыркы үлгүдөгү 115 компьютер, 39 принтер университет тарабынан бөлүнүп берилип иштетилүүдө. Факультеттин орг.техникаларынын коопсуздугун сактоо жана окуу процесин көзөмөлдөө үчүн башкы имаратта 24 саат бою озуно жазып турган 16 камералуу видео көзөмөл орнотулуп, факультет жана Ош МУнун тарабынан күзөтүүгө мүмкүнчүлүк түзүлгөн. Видео көзөмөл, AVN системасы, видео конференцияларды жана интернетти

камсыздоо үчүн Ош МУнун башкы имаратынан факультеттин башкы имаратына чейин чоң ылдамдыктагы өткөргүч аркылуу туташтырылып, 1 Гегабит ылдамдык менен иштөөсү камсыздалган.

Ош МУнун башкы имаратында жана табият таануу жана география факультетинде жайгашкан, жалпысынан 80ден ашуун компьютерден турган, көз карандысыз тестирлөө Борборлорунда AVN системасы аркылуу студенттер экзамен зачетторду ийгиликтүү тапшырууда. Студенттердин билим деңгээлин жогорулатуу жана окутуунун интерактивдүү методдорун колдонуу максатында “Адамдын нормалдуу жана топографиялык анатомиясы”, “Терапевтикалык жана ортопедиялык стоматология”, “Травматология, соттук медицина жана нур диагностикасы” кафедраларында жана башкы имараттын 3 лекциялык залында, баары болуп 6 интерактивдүү доскалар орнотулган. Жогоруда айтылган класстардан сырткары студенттердин өздөрүнүн компютерлери менен да интернетти пайдалана алышы үчүн библиотека жана коридорлорго Wi Fi орнотулуп, интернетке, AVN системасына кирүүгө мүмкүнчүлүктөр түзүлгөн. Университеттеги жана факультеттеги жаңылыктардан студенттерди кабардар кылуу максатында атайын телевизор корнотулуп, ар жума сайын жаңылыктар коюлуп турат.

Мындан сырткары медицина факультетинин 1-кабатында 100000 окуу китептери жана медициналык адабияттар жайгашкан китепкана, 2-кабатында 200 орундуу окуу залы жана 50 орундуу электрондук китепкана курулуп ишке берилди.

Медициналык билим берүүнү өркүндөтүү жана региондогу калктын саламаттыгынын алдын алуу максатында ОшМУнун медициналык клиникасынын курулушу башталды. Клиника 2014-жылдын октябрь айында ишке киргизилет.

Факультет ачылгандан баштап 14 жолу бүтүрүүчүлөр уядан учурулду. Көптөгөн жаш адистер, учурда практикалык саламаттык сактоо тармагында өлкө жарандарына жогорку квалификациядагы медициналык жардамдарды көргөзүшүү менен үзүрлүү эмгектенип жатышат. Мисалы, адистерди үзгүлтүксүз даярдоо максатында университеттин алдында дипломдон кийинки окутуу боюнча клиникалык ординатура кызматы бүт мүмкүнчүлүктөрдү пайдалануу менен кызмат өтөөдө.

Ош мамлекеттик университетинин медицина факультетинин жалпы эмгек жамааты 20 жылдык чоң мааракени белгилеп жатып, чыгармачылык эмгекке жана интелектуалдык изденүүгө умтулуу менен, Кыргызстандын жаркын келечеги ар бирибиздин эмгекке болгон аракеттенүүбүзгө, жоопкерчиликтүү жана профессионалдуу мамиле менен ишти аткара билүүдөн байланыштуу экендигин белгилейбиз !!!

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК 616.314-089.23

Абдыкайымов А.Т., Мамажакып уулу Ж., ОшМУ

Практикада балдардын ууру тиштерин жылдыруунун заманбап ыкмалары

Макалада жаш балдардын тишин жылдыруунун ыкмалары жана дарылоо,тиш жылдыруунун ортодонтикалык аппараттардын жардамында дарылоо маселелери каралды.Жантайыш тактайча, таңдай пластинкасы серпилгичтүү зым, таңдай пластинкасы ортодонтикалык кулпу.

В статье рассмотривается вопросы перемещение зубов у детей с помощью с ортодонтических аппаратов, наклонная плоскостью,небная пластинка с ортодонтической проволокой и небная пластинка с ортодонтическим замком.

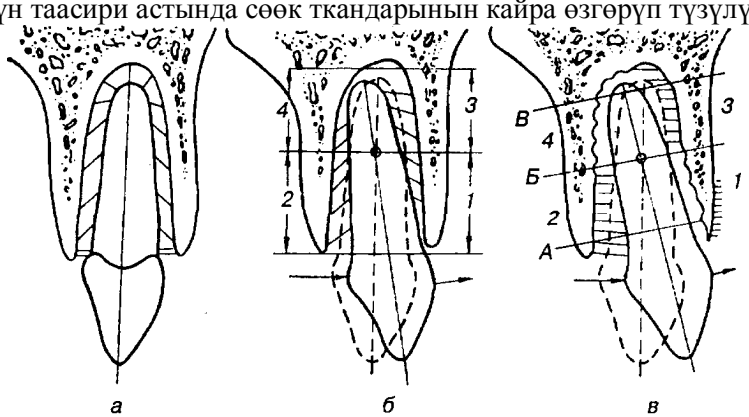
The article deals with the issues of child teeth displacement with the help of orthodontic appliances, inclined plane, palatine lamina with orthodontic wire and palatine lamina with orthodontic lock.

Тишти жылдыруу проблемасы эзелтен эле тиш дарыгерлердин чечилбеген маселеси болуп келген. Ушул күндөргө келип өзүнчө илим тармагы болуп азыркы стоматологиянын татаал проблемасы болуп турат. XVII кылым аягында белгилүү америкалык тиш дарыгери Анри Енжль тиштерди жылдыруунун ыкмаларын, келип чыгуу себептерин изилдеп биринчилерден илимий трактат түзгөн. Андан кийин европага таралып илим катары улантылган.Ортодонтия – грек тилинен которгондо “ortos” түз “odontis” тиш башкача айканда тиштерди ар кыл аппараттардын жардамы аркалуу жылдыруу пратикасы кондонулууда.

Жаак эргүүлүнүндөгү прикустун анамалиясы,тиш катарынын абалы,тиштердин түшүүсүндөгү морфологиялык кызматтык абалы биринчилерден каралган.

Прикустардын калыптануу доорун эске алуу менен дефектүү тиштерди комплекстүү дарылоо усулдары менен изилденди.Комплекстүү дарылоонун утурумдук жана турактуу жыйынтыктары тааныштырылды [2].Жогорудагы илимий методикалык маалыматтарга таянып биз жаш балдардын ууру тиштеринин мисалында тиштерин жылдыруунун жолдору каралды.Азыркы күнөрдө Ош шаарындагы жашаган балдарга зарыл болгон ортодонтиялык аппараттардын колдонулушу зарыл.

Ортодонтияда колдонулуучу аппараттардын күчү - чакан жана зор, механикалык же функционалдык, турактуу же өзгөрүлмө түрлөрү колдонулат. Дарылоонун пратикасында колдонулган күчтүн таасири астында сөөк ткандарынын кайра өзгөрүп түзүлүүсү байкалат.



1-сүрөт. а - периодонттун түшүлүшү. б- жылдырылган тиштин биомеханикасы . в – сөөк кысылуусу жана сөөктүн бошоосу.

Сөөк ткандарынын калыптануусу чайноо органдарынын табигый кызмат аткаруусуна алып келет. Ортодонтикалык түрдүү аппараттарды колдонуу менен тиш аномалияларынан оорулуларды сакайтууга өбөлгө түзүлөт[1]. (1- жадыбал).

1- жадыбал

Тиш –жаак анамалиясынын түрлөрү жана дарылоонун ыкмалары

Тиш –жаак анамалиясынын түрү	Ортодонтикалык дарылоонун ыкмасы	Профилактикасы
I.Өзүнчө тиштердин аномалиялык абалы	Ортодонтикалык тиш жылдыруу	Миогимнастика
Ээрин-уурт тиштердин абалы	**Тиштерди горизонталдык жылдыруу**	Катуу нерсе чайнабоо
Таңдай-тил тиштердин абалы	Тиштерди сыртка жана ичке карата жылдыруу	--”— --”—
Ортолук тиштердин абалы	Тиштерди жазып жылдыруу	Миогимнастика
Аралык тиштердин абалы	Тиштерди тыгыздап жылдыруу	Катуу нерсе чайнабоо
Төмөнкү абалы	**Тиштерди тикелей чоюп узартуу**	Ээринди манжа менен укалоо
Жогорку абалы	Тиштерди кагып кыскартуу	Ууртту туурасынан чоюу
Тиштердин огунда айланып кетиши	Тишти буроо	Кылкыйма тиштердин тамыр тушун укалоо
Аралыктан алыс жайгашуусу	Тиштерди мезио-дисталдык багыты	Ууртту керүү ыкмасы
Үсүңкү кылкыйма тиштердин тиш алкагынан сырт жайгашуусу	Тишке оорун даярдоо иш-чарасы	Кылкыйма тиштердин тиш таажысын укалоо
II.Тиш катарынын формасынын аномалиясы	Тиштерди группсы менен жылдыруу	Астыңкы ээкти чоюу менен латериалдык канат булчуңун чыңдоо
III.Тиш кептелишинин аномалиясы	Тиш кептелиштерин тууралоо	Миогимнастика (Опплер көнүгүүсү)
Тиш кептелишинин сагиталдык аномалиясы	Астыңкы жаакты алдыга-артка жылдыруу	Моюн гимнастикасы
Тиш кептелишинин трансверзалдык аномлиясы	Тиш алкагын кеңейтүү Таңдай сөөгүн сөгүп кеңейтүү	Заманбап ортодонтикалык аппараттар
Тиш кептелишинин вертикалдык аномлиясы	Кашка тишти чөгөрүү, азуу тиштерди узартуу жолу менен формасына келтирүү	Механикалык ортодонтикалык аппаратар

Биринчилерден болуп жаак-тиш аномалияларын классификациялоону америкалык ортодонт Э.Г. Энгл тарабынан изилденген жана биринчилерден болуп универсалдык ортодонтикалык аппараттарды жасаган. Ал жаак-тиш аномалиясын эки топко бөлгөн:

Аномалия окклюзия (тиштердин жайгашуусу) жана аномалия (смыкания) тиш кептелиши. Биринчи тайпадагылар тиштин жайгашуусу боюнча 7 түргө бөлгөн: вестибулоокклюзия (ооздун астанасы), лингвоокклюзия (тил тарапка жайгашуусу), мезиоокклюзия (ортороок жайгашуусу), дистоокклюзия (аралык жайгашуусу), тортоокклюзия (тиштин айлануусу), инфраокклюзия (тиштин чөгүүсү), супраокклюзия (тиштин узаруусу).

Тиш кептелиши(смыкания). Тиш кептелиши Энгльдин теориясы боюнча үстүнкү жаактын биринчи азуунун астыңкы жаактын биринчи азуусуна карата жайгашуусу башкы ролдо турат. Үстүнкү жаактын кыймылсыз абалда болгондуктан аны окклюзия ачкычы деп атаган. Тиш аномалиясы кыймылдуу астыңкы жаакка көз каранды, үстүнкү азуунун астыңкы уурт дөңсөөсүнүн жапканда астыңкы азуунун уурт аралык дөңсөөсүнө кептелет[1].

Жаш балдардын туура эмес өскөн тиштерин кызматтык аппараттардын жардамы аркылуу жылдыруу. Биринчилерден болуп астыңкы жаактын муундарынынын түзүлүш – кызматтык абалы тишти жоготкондо, алдырганда, тиштердин туура эмес өсүш кемчилдигиндеги абалы. Заманбап ыкмалар менен текшерүү, комплекстүү дарылоо ыкмасы тиш таажысынын бузулуусу, тиш катарынын прикустун жөндөлүшүндө таасири. Комплекстүү дарылоонун жакынкы жана кийинки жыйынтыгы.Менин практикамда оорулуу Т.16 жашта 13 23 эки кыл кыйма тиштери тиш алкагынан сырткары 0,5 см жайгашкан жана тиш алкагынан оорун 0,3см ,андыктан биринчи кичи азууну оң жактан жана биринчи кичи азууну сол жактан алып таштоого туура келди жана алынды.

Тиштерди жылдырууда таңдай пластинкасы жана зым алкагы эки кыл кыйма тиштин аралыгынан бир аз чоңураак ийилип учу англис U тамгасындай кыл кыйма тишке ийилип жасалды жана таңдайга тагылды. Активтештирүү ар 3 күндө жүргүзүлдү 2 айдын ичинде оң жак тиши тиш алкагына түштү жана ошол алкакка 21 күн турукташтырылды. Ал эми сол жагы 2,5айда алкака түштү жана 21 күн турукташтырылды. Оорулуу жыйынтыкка абдан ыраазы болуп калды.

Оорулуу 16 *жашта* үстүңкү эки кашка тиши астыңкы төрт кашка тиштин ички бетине кептелет тиштердин сырткы кабыкчасы желиген, табиятында тескерисинен. Тиштерди жылдырууда астыңкы жаактан калып алынып,куюлуп ага пластинка жантаймасы жасалды жана астыңкы кашка тиштерге кийгизилди. Оорулуга күндө 5 бештен өрүк кагын чайнап жегенге, бир жумадан кийин ондон өрүк как чайнаганга кеңеш берилди, эки жумадан кийин прикус калыбына келип , үстүнкү тиштердин желиген кабыкчасы фото пломбасынын жардамында калыбына келди. Оорулуу жыйынтыкка абдан ыраазы болуп калды.

Аппараттардын артыкчылыгы:

1. Тез убакытта жыйынтык болот.
2. Материалдык аз чыгым.
3. Баардыгына жеткиликтүү.
4. Сулуулукту калыбына келтирет.

Аппаратын кемчилдиги:

1. Аракетти дозалаганга болбойт.
2. Тиштер жаракат алып калышы мүмкүн.
3. Туура эмес контрукция тишти башка жака жылдырып жиберет (2,3-жадыбал).

2-жадыбал

Тишти жылдыруунун ыкмалары:

Аппараттын артыкчылыгы_____ (аталышы)

Клиент (диагноз)	Апараттын түрү	Материалдык чыгым	жеткиликтүүлүгү	жыйынтык
1. Тиштин дистопиясы	Жантайыштык тактайча	200 с	баарына	жакшы
2. Тиштин туура эмес кептелүүсү	Таңдай пластинкасы жана ортодонтикалык зым.	1000- 2000 с.	баарына	жакшы
3. Тиштин тиш алкагынан сырт жайгашуусу	Таңдай пластинкасы жана ортодонтикалык кулпу	1500-3000 с.	баарына	жакшы

3-жадыбал

Аппараттын кемчилдиги

Клиент (диагноз)	Апараттын түрү	Материалдык чыгым	жыйынтык
1. Тиштин дистопиясы	Жантайыштык тактайча	500 с	орто
2. Тиштин туура эмес кептелүүсү	Таңдай пластинкасы жана ортодонтикалык	Сынып калуусу , тазалыктын сакталышы начар	жакшы

	зым.		
3. Тиштин тиш алкагынан сырт жайгашуусу	Таңдай пластинкасы жана ортодонтикалык кулпу	Кооз эмес,жагымсыз жыт болуп турат	орто

4-жадыбал

Комплектүү дарылоо

Клиент (диагноз)	дарылоо	Жакынкы убакытта дарылоо	Кийинки дарылоо	Өз алдынча жыйынтык
1. Тиштин дистопиясы	Тагуу,тазалоо	3 айга чейин	6 ай	орто
2. Тиштин туура эмес кептелүүсү	Тагуу, багыттоо жана активтештирүү	6 ай	8 ай	жакшы
3. Тиштин тиш алкагынан сырт жайгашуусу	Багыттоо, активтештирүү	4-7 ай	8-10 ай	орто

Жыйынтыктап айтканда, ортодонтикалык аппаратардын жардамы аркасында балдардын тиш катарынын тууралануусу анын акыл сезими, бет келбетинин түзүмү, окуудагы ийгиликтери жана коомдо ордун табууда өзгөчө маанини ээлейт.

Адабияттар:

1. Калвелис Д.А. Ортодонтия .зубо-челюстные аномалии в клинике и эксперименте. [текст] / Д.А.Калвелис. Издат.”медицина” Ленинградское отделение.1964. -238с.
2. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункционалные нарушения в челюсти о лицевой области и их комплексное лечение [текст] / Ф. Я.Хорошилкина.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - 544с.

УДК 616.31

Арстанбеков М.А., Исмаилов А.А.,
Жолдошев Б.Т. ОшГУ

Стоматологическая заболеваемость населения Ошской области

Бул макалада Ош областынын жашоочуларына стоматологиялык жардам көрсөтүүнүн анализи жүргүзүлгөн, КПУ индексинин жаш - жыныстык өзгөчөлүктөрү, алардын структурасы бааланган, 2008-2011-жыл аралыгындагы Ош аймагындагы стоматологиялык оорулар боюнча бейтаптардын кайрылуусу көрсөтүлгөн (100 киши).

В данной статье проведен анализ стоматологической помощи населению Ошской области, рассчитаны возрастно-половые особенности индексы КПУ и их структура, дана их оценка. Представлена заболеваемость основными стоматологическими болезнями по данным обращаемости в Ошской области за период 2008-2011 гг. (на 100 человек).

In this article carried out analysis of stomatological care of Osh region populations calculated age – sexual character КПУ a their structure, and u as given their mark Recommended basic stomatological morbidity for given appealability of Osh region for the period of 2008-2011 (for 100 inhabitants).

В Кыргызской Республике стоматологическая служба находится в более затруднительном положении. С переходом на рыночную экономику, либерализацией цен, приватизацией и разгосударствлением, бюджет на здравоохранение сократились до крайности - 1,8% от ВВП, в результате сектор здравоохранения не в состоянии оказывать медицинскую помощь гарантированную конституцией: бесплатность,

равенство, доступность, в то время как стоматологическая заболеваемость приняла массовый характер [1,6].

Организация эффективной системы финансирования сферы здравоохранения является одним важнейших направлений государственной политики. От состояния здоровья нации зависит будущее государства. Тем не менее, сфера здравоохранения продолжительное время находится в кризисном состоянии. Осталась так и нерешенной главная проблема - хроническое недофинансирование, которое выражается в отсутствии необходимых медикаментов, ненадлежащем качестве оказания медицинской помощи, низкой заработной платы медработников и многое другое.

Макроэкономические последствия активного внедрения в здравоохранение рыночных отношений, введение медицинского страхования, развитие альтернативных форм предоставления медицинской помощи и других новаций не могли не отразиться на деятельности самого широкого сектора здравоохранения — стоматологической помощи. Реагируя на изменяющиеся экономические условия стоматологическая служба одна из первых начала коренную перестройку хозяйственного механизма [3,4,5,7].

Напрямую данная проблема касается деятельности лечебно-профилактических учреждений, которые функционируют в системе обязательного медицинского страхования. Для устранения дефицита финансовых средств медицинские учреждения вынуждены заниматься коммерческой деятельностью.

Демографическая ситуация в Ошской области характеризуется тенденцией роста показателя рождаемости на 4,2 %, который составил 29,5 на 1000 населения (в 2010 году 28,3). Однако, в Узгенском районе данный показатель снижен на 3,1 % (табл.1).

Показатель естественного прироста населения в 2011 году составил 24,0 на 1000 населения при 22,5 в 2010 году. Однако, в Узгенском районе наблюдается снижение естественного прироста на 3,9 %. Наиболее высокий уровень естественного прироста населения сложился в Кара-Суйском и Чон-Алайском районах соответственно 18,4 % и 17,2 %.

Показатель общей смертности населения составил 5,5 на 1000 населения (2010 год-5,8) или отмечается снижение на 5,4 %.

Однако, отмечен рост в Кара-Кулжинском районе на 9,7 %, При снижении общей смертности увеличилась смертность от транспортных травм на 4,8 %.

Таблица 1

Основные демографические показатели Ошской области за 2008-2011 г.

Районы	Число родившихся на 1000 населения				Число умерших на 1000 населения				Естественный прирост на 1000 населения			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Ошская область	25,6	26,1	28,3	29,5	5,8	5,7	5,8	5,5	19,8	20,4	22,5	24,0
Алайский	25,8	26,0	29,8	29,6	7,5	6,8	6,7	5,9	18,3	19,2	23,1	23,7
Араванский	23,6	25,6	28,4	29,8	5,5	5,2	5,4	5,4	18,1	20,4	23,0	24,4
Кара-Кулжинский	25,5	27,3	27,4	27,4	5,6	6,6	6,2	6,8	19,9	20,7	21,2	20,6
Кара-Суйский	25,0	26,1	27,1	30,6	5,8	5,7	6,0	5,6	19,2	20,4	21,1	25,0
Ноокатский	26,9	27,3	28,5	29,1	5,2	5,1	5,2	4,8	21,7	22,2	23,3	24,3
Узгенский	25,8	24,4	29,5	28,6	6,2	6,1	5,7	5,7	19,6	18,3	23,8	22,9
Чон-Алайский	27,5	29,0	29,5	32,4	4,2	5,2	5,6	4,4	23,3	23,8	23,9	28,0

В 2009 году было установлено, что в целом заболеваемость по обращаемости составила 77,3 ± 0,8 на 100 человек населения. При этом по полу выявлены статистически достоверные различия (P<0,05) в заболеваемости. У женщин данный показатель составил 80,1 ± 0,9 %, у мужчин – 74,9 ± 1,6 %. Как известно, обращаемость по поводу заболеваний не связана с истинной распространенностью, а в большей степени определяется санитарной культурой населения, медицинской активностью и частотой возникновения острых состояний и обострений хронических заболеваний.

Таблица 2

Стоматологическая помощь населению Ошской области, 2008-2011 гг.

Наименование показателей	2008	2009	2010	2011
Число самостоятельных стоматологических поликлиник (бюджетных и хозрасчетных)	7	7	7	7
Число организаций здравоохранения , имеющих стоматологические отделения (кабинеты)	5	7	6	1
Число посещений всего	210163	229152	266503	310493
в т.ч. первичных	150979	164245	185852	214409
Запломбировано зубов	158646	164100	209017	234998
Удалено зубов	55628	56567	65363	70363
Соотношение удаленных и запломбированных зубов	0,3	0,3	0,3	0,3
Число лиц, осмотренных в порядке профилактических осмотров (абс.числа)	177643	202584	240831	277365
% к численности населения	16,6	18,2	21,4	24,3
% к численности населения соответств. возраста				
взрослых и подростков	8,5	8,8	11,8	11,8
детей в возрасте от 0 до 14 лет 11м. 29дней	33,5	36,4	42,9	49,1
Из числа лиц, профилактически осмотренных, нуждалось в санации в % к числу осмотренных:				
взрослых и подростков	67,1	72,0	71,2	70,7
детей в возрасте от 0 до 14 лет 11м. 29дней	73,0	72,6	71,7	70,1
Санировано в % к числу нуждавшихся в санации: взрослых и подростков	74,1	78,0	81,0	67,4
детей 0 до 14 лет 11м. 29 дн.	69,4	66,6	59,6	58,2
Число лиц, получивших зубные протезы - всего	14405	16464	15443	3721

Показатель заболеваемости по обращаемости за стоматологической помощью имеет неоднозначную возрастную динамику (рис.1). Максимальные уровни обращаемости за стоматологической помощью регистрируются в трудоспособном возрасте в возрастном интервале от 25 до 39 лет. Обращаемость женщин практически во всех возрастных группах несколько выше, чем мужчин. Наиболее низкие показатели регистрируется в возрастных группах 60–69 лет и 70 лет и старше. В структуре заболеваемости по обращаемости на первом месте находится кариес зубов (38,5 %), на втором – пульпит (30,3 %), на третьем - острый периапикальный периодонтит (9,7 %), на четвертом – и стоматит и родственные поражения (7,2 %), на пятом месте – острый пародонтит (6,8 %).

Это свидетельствует о том, что население несвоевременно обращается за стоматологической помощью, когда кариозный процесс прогрессирует в осложненные формы, проявляющиеся симптомами болезненности.

Следует отметить, что медицинская активность женщин выше, чем мужчин, так как осложненные формы кариеса (пульпит, периодонтит), с которыми мужчины чаще

обращаются в стоматологические учреждения, являются следствием запущенности кариозного процесса, несвоевременности обращения за стоматологической помощью.

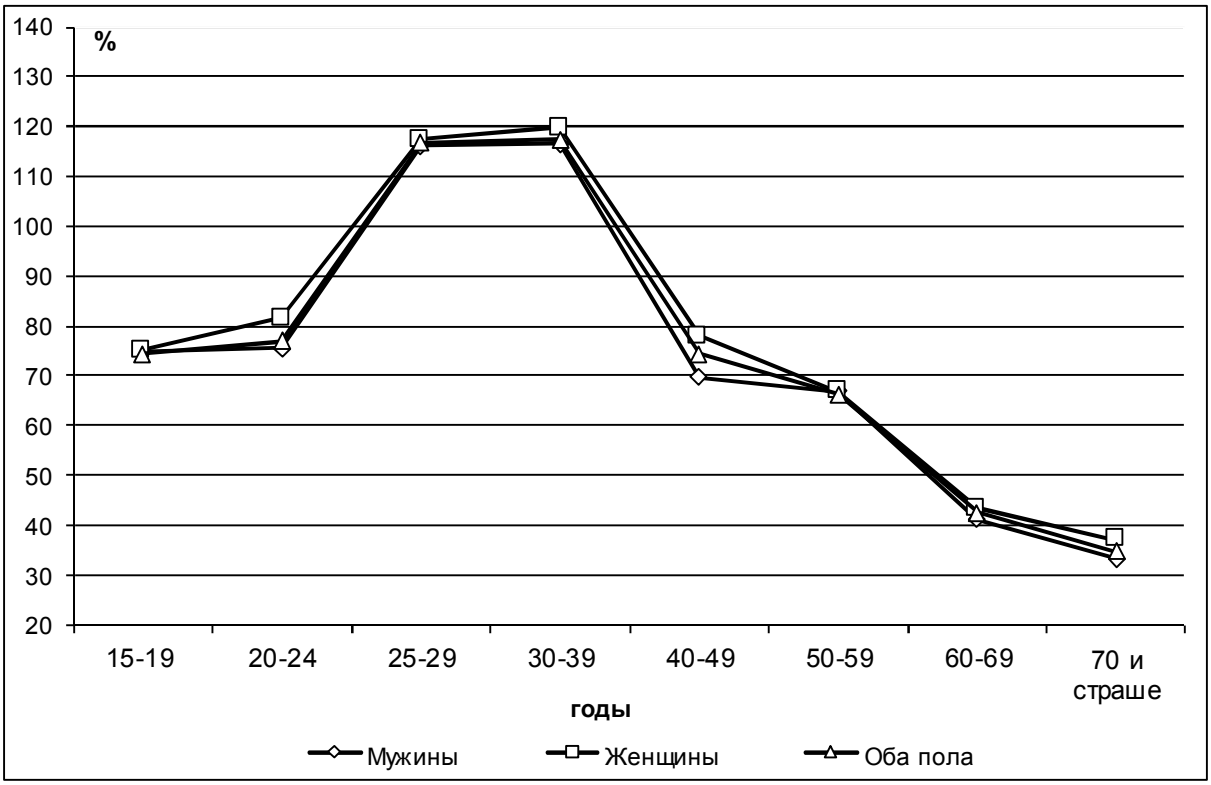


Рис.1. Возрастная динамика стоматологической заболеваемости по обращаемости в зависимости от пола (на 100 человек) (по данным исследования в 2011 году)

Нами были рассчитаны возрастно-половые индексы КПУ и их структура. Имеется отчетливая тенденция увеличения индекса КПУ с возрастом. Так, в возрастной группе 15-19 лет он составил 9,44 ± 0,02 (у мужчин – 9,79 ± 0,04, у женщин – 9,63 ± 0,03). По мере увеличения возраста отмечается статистически достоверное увеличение индекса КПУ как у мужчин, так и у женщин.

В возрастной группе 70 лет и старше величина индекса КПУ достигает максимального значения – 27,79 ± 0,09. У мужчин данный индекс достоверно выше, чем у женщин (P<0,01) (28,33 ± 0,02 и 27,24 ± 0,13 соответственно).

Было установлено, что индекс КПУ имеет отчетливую тенденцию к увеличению с возрастом. Вместе с тем динамика его элементов (кариес, пломба, удаленный зуб) носит неоднозначный характер. Динамика элемента "кариес" имеет следующую тенденцию: в возрастном диапазоне от 15 до 49 лет сохраняет примерно одинаковое значение, незначительно варьируя, далее снижается к возрасту 70 лет и старше. Максимальное количество кариозных зубов регистрируется в возрасте 15-19 лет (4,32 ± 0,27). Элемент индекса КПУ "пломба" также проявляет себя неоднозначно в возрастной динамике. Начиная с возраста 15-19 лет (3,26 ± 0,09) значение данного элемента постепенно увеличивается, приобретая максимальное значение в возрасте 25-29 лет (7,52 ± 0,13) и сохраняясь примерно на одном уровне до возраста 50-59 лет. Далее отмечается снижение значения данного элемента по мере увеличения возраста. Отчетливую тенденцию к увеличению с возрастом проявляет элемент "удаленный зуб". В возрастной группе 15-19 лет значение данного элемента составляет 2,05 ±0,22

и достигает максимального значения, а возрастной группе 70 лет и старше – 19,51 ± 0,52.

Анализ возрастной динамики индекса КПУ и его элементов позволил делать вывод о значительной пораженности населения кариесом зубов. К возрасту 70 лет и старше отмечается отсутствие примерно 60 % зубов в полости рта.

Учитывая, что официальный статистический учет стоматологической заболеваемости отсутствует, а информативность ряда показателей с позиции разработки региональных мероприятий по совершенствованию деятельности службы высока, представилось целесообразной постановка данного учета на территории области. С 2003 года проводится учет заболеваемости. Динамика показателя по основным нозологическим формам за период 2009-2011 гг. представлена в таблице 1. За анализируемый период выявлено увеличение показателя заболеваемости по обращаемости в целом, который в 2009 году оставил 79,5±0,02 на 100 человек взрослого населения, а в 2011 году 83,9±0,03 случаев соответственно. Различия в показателях статистически существенны (P<0,001). Увеличение обращаемости в данный период можно объяснить не увеличением числа вновь возникших заболеваний среди населения, а повышением уровнем профилактической деятельности стоматологических учреждений в данный период.

Вместе с тем, представляет интерес оценить динамику показателя по отдельным нозологическим формам в данный период. Отмечается увеличение показателя обращаемости по поводу кариеса зубов с 35,6±0,04 в 2009 году до 45,1±0,01 в 2011 году на 100 человек населения соответственно (P<0,001). На этом фоне отмечается статистически достоверное снижение показателя заболеваемости по обращаемости пульпитом, особенно выражено в 2007-2008 гг. Так, в 2009 году данный показатель составил 22,4±0,07 случаев, в 2010 году – 16,4±0,02 случаев на 100 человек населения соответственно (P<0,001). Среднегодовой темп убыли показателя составил – 9,8%.

Аналогичная тенденция отмечается и по показателю заболеваемости острым апикальным периодонтитом пульпарного происхождения. Уровень данного показателя в 2009 году составлял 6,5±0,05, в 2011 году – 4,3 ±0,04 на 100 человек населения соответственно (P<0,001). Среднегодовой темп убыли показателя составил – 12,7%.

Выраженная динамика снижения двух выше представленных показателей свидетельствует о снижении числа случаев с осложненными формами кариеса, которая может быть обусловлена как своевременностью обращения за медицинской помощью, так и повышением уровня профилактических действий стоматологических учреждений [2].

Анализ динамики показателей заболеваемости по обращаемости за стоматологической помощью позволил выявить несколько значимых тенденций. За исследуемый период произошло увеличение общего показателя заболеваемости. Данное увеличение связано с повышением уровня обращаемости по поводу кариеса зубов.

Вместе с тем, отмечено статистически достоверное снижение числа обращений по поводу осложнений кариеса (пульпит и периодонтит), наиболее выражено в 2009-2010 гг. Это явилось основанием для использования данных показателей как индикаторов эффективности предлагаемых в исследовании методических подходов по совершенствованию организационно-методического обеспечения деятельности государственных стоматологических учреждений.

Непосредственно в системе оценки деятельности стоматологических учреждений ежегодно проводится анализ динамики показателя общей заболеваемости по обращаемости за стоматологической помощью.

Таблица 3

Заболеваемость основными стоматологическими болезнями по данным обращаемости в Ошской области за период 2008-2011 гг. (на 100 населения)

Нозологическая форма	Шифр по МКБ-10	Годы			
		2008	2009	2010	2011
Кариес зубов	К00	35,6±0,04	37,4±0,02	39,8±0,02	45,1±0,01
Пульпит	К04.0	22,4±0,07	20,8±0,01	18,6±0,04	16,4±0,02
Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения	К04.4	6,5±0,05	6,0±0,02	5,2±0,01	4,3±0,04
Хронический апикальный периодонтит	К04.5	2,9±0,01	2,7±0,03	2,8±0,05	2,7±0,03
Болезни твердых тканей зубов	К03	3,6±0,01	3,8±0,02	3,8±0,03	3,9±0,01
Отложения (наросты) на зубах	К03.6	0,32±0,02	0,29±0,01	0,37±0,02	0,41±0,03
Острый гингивит	К05.0	0,42±0,03	0,47±0,03	0,56±0,01	0,46±0,02
Хронический гингивит	К05.1	0,17±0,01	0,27±0,01	2,61±0,04	4,23±0,01
Острый пародонтит	К05.2	6,7±0,05	6,2±0,04	7,3±0,02	6,1±0,04
Хронический пародонтит	К05.3	2,2±0,03	2,0±0,01	1,7±0,01	1,4±0,02
Стоматит и родственные поражения	К12	6,5±0,04	6,3±0,05	5,9±0,03	5,2±0,02
Всего (К00 – К 12)		79,5±0,02	80,2±0,04	82,4±0,05	83,9±0,03

Таким образом, совершенствованию организационно-методического обеспечения деятельности стоматологических учреждений и повышению качества их управления способствует наличие официального статистического учета стоматологической заболеваемости населения. Углубленное изучение стоматологической заболеваемости по обращаемости населения свидетельствует о прогрессирующем типе патологии стоматологического профиля в современных условиях. В целом уровень стоматологической заболеваемости по данным обращаемости за медицинской помощью взрослого населения составляет 77,3±0,8 случаев на 100 человек населения. При этом по полу в показателях заболеваемости имеются статистически достоверные различия ($P < 0,05$). Возрастная динамика индекса КПУ и его элементов свидетельствует о значительной пораженности населения кариесом зубов. К возрасту 70 лет и старше отмечается потеря практически 60% зубов. Эти данные необходимы для комплексной оценки эффективности деятельности стоматологических учреждений.

Литература:

1. Каратаев М.М., Баширов М.Б. ,Айдаров З.А., Токтоматов Н.Т. Экспертная оценка стоматологических учреждений разных организационно-правовых форм.- Методические рекомендации, Бишкек.- 2002.- 19 с.
2. Коломыткина О.В. Результаты санации полости рта у детей в условиях школьного стоматологического кабинета /О.В. Коломыткина //Актуальные вопросы стоматологии: Материалы науч.-практ. конференции Волгоград, 2007. – С.195-198.
3. Лошкарев В.П. Состояние и перспективы развития территориальных систем управления качеством стоматологической помощи (по данным социологических исследований) //Российский стоматологический журнал. 2007. -№2. - с. 31-37.
4. Леонтьев В.К. Российская стоматология: прогнозы и реалии /В.К. Леонтьев //Новое в стоматологии. 2004. - №8 (124). - С.12-23.
5. Максимовский Ю.М. Оксузян А.Г., Гринин В.М. Химико-механический способ препарирования кариозных полостей альтернатива традиционному с помощью бормашины //Одонтопрепарирование: Сб. науч. трудов МГМСУ.-М.,2003.-С.51-52.

6. Сельпиев Т.Т., Каратаев М.М., Баширов М.Б. Перспективы совершенствования стоматологической помощи// Сборник научных трудов «Актуальные проблемы непрерывного медицинского образования в Кыргызстане», Бишкек.- 2003. – С. 300-304
7. Myers H.L. It's difficult being a dentist': stress and health in the general dental practitioner /Myers H.L., Myers L.B. //Br. Dent. J. 2004. - Vol.197, №2. -P.89-93.

УДК: 616-007.21

Абдурахманова Ч.А, Мамытова Г.А, Арзиева А.И.
ОшГУ, медицинский колледж

Актуальные проблемы низкорослости среди студентов в городе Ош

Целью исследования было изучить причины низкорослости среди студентов в г. Ош. Для этого проведено исследования студентов низкого роста среди студентов ОшГУ - 100,ОГПИ-50,ОшТУ-30, из них мальчики- 70, девочки-110.

The Purpose of our research was to learn the reasons of dwarfism among the students of the city Osh. The researches were held for dwarfism among the students of OshSU-100, OHPI-50, OshTu-30, of them boys-70, girls-110.

Рост и половое развития, как критерии физического развития, являются результатом сложного сочетанного влияния на них многих факторов. Задержка физического развития является частой причиной обращаемости к эндокринологу, педиатру, семейному врачу. Около 3% детей имеют существенную задержку физического развития, но при этом дефицит гормона роста, как причина низкорослости, выявляется не более чем 8,5% из них [1,3]. У остальных студентов наиболее часто выявляются конституциальные особенности роста и развития, реже дефицит других анаболических гормонов, тяжелые соматические заболевания, генетические и хромосомные заболевания. Неэндокринные причины задержки физического развития составляют 80-90% случаев [2,4]. Около 70% составляют студенты перенесшие тяжелые соматические заболевания в детстве.

Важнейшей клинической проблемой задержка физического развития является дифференциальная диагностика различных вариантов нанизма с целью определения прогноза заболевания и, следовательно выбора метода терапии.

Врожденный гипотиреоз проявляется в период новорожденности. Отмечает поздние роды, задержку отпадания пуповинного остатка более 3-4 дней затянувшуюся физиологическую желтуху. Ребенок вял, безучастен, плохо сосет, но при этом начинается прибавка массы тела. Кожа сухая, отечная, выражены мраморность, акроцианоз. Лицо одутловатое, бледное, с иктеричным оттенком. Типичны широкие переносье широко расставленные глаза, узкие глазные щели, большой и отечный язык, не помещающийся во рту, полуоткрытый рот, грубый и низкий голос, стридорозное дыхание. Тоны сердца глухие, наблюдается брадикардия, артериальная гипортензия. Живот увеличен, часто отмечается пупочная грыжа, отмечаются метеоризм, запоры. Постепенно формируется отставания в росте, замедляется созревание костной ткани. При несвоевременном лечении страдает развитие головного мозга, задерживается умственное развития [5].

Эндокринно-независимые варианты задержка роста. Значительно часто у больных с задержкой роста признаки нарушения эндокринных желез отсутствуют т.е. у большинство детей задержка роста обусловленно неэндокринным факторам. Тяжелые

соматические заболевание, в результате которых возникают состояния длительной гипоксии, нарушения всасывания , тяжелые метаболическое нарушения, а также потология костной системы часто сопровождается выраженной задержкой роста . При данных вариантов нанизма признаки первичного нарушения функции эндокринных желез отсутствует ,костный возраст, как правило, соответствует хронологическому. На первый план выступают симптомы основного заболевания, что позволяет без труда установить причину задержки роста. [2,3]

Конститутциальная задержка роста и полового созревания - синдром позднего пубертата – характеризуется особенностями роста и развития наследственного характера.

Обычно родители или близкие родственники этих детей имеют те же особенности развития. Длина и масса тела при рождении не отмечаются от таковых у здоровых детей. Наиболее низкие показатели темпов роста имеют роста в первые годы жизни и следовательно, наиболее выраженная задержка роста наблюдается у детей в возраста 3-4 лет. С 4-5 лет темпы роста восстанавливаются, однако имея исходно низкий рост, дети остаются в школьном возрасте нискорослыми. Костный возраст несколько отстает от хронологического. Этим обстоятельством можно объяснить позднее вступление в пубертат обычно половое развитие и следовательно пубертатный скачок в росте запаздывает у этих детей на 2-4 года. В связи с этим подростки с синдромам позднего пубертата резко остаются в своем развитии от сверстников. Познее вступление в пубертат в данном случае следует признать благоприятным факторам, т.к. позволяет пациентам с подобным особенностями конститутционального развития иметь в конечном итоге нормальный рост. При проведение дифференциальной диагностики вариантов задержки роста у мальчиков следует помнить, что около 80% подростков с задержкой роста и полового развития имеют эту конституциональную особенность роста и развития [2,3].

Гипофизарный нанизм - генетическое заболевание, обусловленное в первую очередь абсолютным или относительным дефицитом гормона роста в организме, что приводит к задержке роста скелета, органов и тканей. При генетическом нанизме резкое замедление роста отмечается обычно после 2-3 лет. Телосложение больных с генетической формой нанизма пропорциональное. Кожа обычно бледная, иногда с желтоватым оттенком, морщинистая , иногда сухая. Подкожный жировой слой развит слабо, но иногда отмечается с преимущественным отложением жира на животе, в области молочных желез, на лобке бедрах. Мышечная система развита слабо. Созревание скелета отстает от паспортного возраста. Внутренние органы малых размеров (спланхномикрия), однако функция их обычно не нарушена. При пангипопитуитарной форме карликовости наблюдается склонность к брадикардии, снижению артериального давления; половая система резко недоразвита. Половые органы в течение всей жизни имеют размеры, как в раннем детском возрасте. У мужчин иногда крипторхизм. У женщин нет менструаций. Вторичные половые признаки и половое влечение отсутствуют. При всех генетического нанизма интеллект сохранен. [5]

Семейная низкорослость. Среды родственников детей с подобным вариантом задержки роста всегда имеются низкорослые. При рождении дети имеют нормальные показатели роста и массы тела, но темпы роста после 3-4 лет составляют 2-4 см в год. Принципиальным является то, что «костный» возраст этих детей обычно соответствуют нормальным срокам. Это обстоятельство является причиной низкорослости взрослых пациентов с этими особенностями развития. [2,3]

Важным фактором нарушения физического развития является снижение социального уровня жизни населения, так как большая часть жителей нашего

государства, находится за чертой бедности. Студенты с задержкой физического развития нуждаются в комплексном обследовании, лечении и реабилитации.

Проведен анализ 180 студентов в г.Ош (из них мальчики-70, а девочки-110) низкорослости за период 2010-2011гг. Результаты анализов показали что частый причиной является врожденный гипотиреоз (ВГ)-30%, что указывают на позднюю диагностику и неадекватность заместительной гормональной терапии.

Второе место занимают студенты с соматогенной низкорослостью - 20%.Основной причиной задержки роста в этой группе явились перенесенные хронические соматические заболевания, такие как хронический гепатит, анемия, заболевания ЖКТ, гельминты.

Третье место занимает конституциональные задержка физического и полового развития-18%.

Четвертое место занимают студенты с гипофизарным нанизмом-6,5. У 23,5% студентов с низкорослости отмечалось снижение других гормонов.

Следующими по частоте встречаемости были семейная низкорослость и социальный нанизм 2%.

Выводы. Данное исследования показал, что наибольший процент составили студенты с задержкой неэндокринного генеза.

Учитывая высокую частоту соматогенной низкорослости необходимо всех студентов с хроническими соматическими заболеваниями направлять к специалистам для коррекции физического и полового развития.

Литература:

1. Дедов И.И Семичева Т.В, Петеркова В.А // Половое развития детей: нормы и патология,- М., 2002.
2. Касаткина Э.П. Задержка роста у детей: диагностика и лечение,- Метод. Пособие. – М., 1996.
3. Касаткина Э.П //Задержка роста у детей. Дифдиагностика и лечение. -Метод пособие.,- М., 2001.
4. Алымбаев Э.Ш, Гришина О.В, Кушубекова И.Н, Джунушалиева Н.К,//Периодический научно-практический журнал . Здоровье матери и ребенка// материалы 2-съезда акушеров-гинекологов, педиатров, и детских хирургов. Бишкек,2009г с 83-84.
5. А.М.Запруднов, К.И.Григорьев. Детские болезни. 2001 ст-381.
6. В.В.Потемкин. Эндокринология для студентов медицинских институтов. 1987 ст 36-38.

УДК 616 8- 06. 616- 0076- 07.

Абдыкалыкова Н.С., Юсупов Ф.А.,
Реджапова Н.А, Тажибаева М.Ж., ОшГУ

Медико-социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья в условиях «стационара на дому»

Изилдөөнүн максаты. Нерв системасынын прогрессивдик түрдө кечип жаткан ооруларына кабылган оорулуулардын “үйдогү стационар” шарттарында медициналык жана социалдык реабилитациясын узүрдүүлүгүн изилдөө.

Цель исследования. Изучить эффективность медико-социальной реабилитации больных с прогрессирующими заболеваниями нервной системы в условиях «стационара на дому».

Research purpose: to study the effectiveness of medical and social rehabilitation of the patients with progressive diseases of nervous system in the "hospital at home"("stacionar na domu").

Ключевые слова: нервная система, прогрессирующие заболевания нервной системы, мышечная дистрофия, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, эпилепсия, стационар на дому, медико-социальная реабилитация, социальный опрос.

Материалы и методы исследования.

В условиях «стационара на дому» лечение проведено 41 больному (15 мужчин и 26 женщин) в возрасте с 12 до 74 лет. 36 больных из 41 имели инвалидность (I гр. – 18, II гр. – 15, III гр. – 3). Среди них имело место у 6 – прогрессирующая мышечная дистрофия, у 8 – болезнь Паркинсона, у 6 – рассеянный склероз, у 8 – эпилепсия, 4 – боковой амиотрофический склероз, у 2 – прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия, 3 – рассеянный энцефаломиелита, у 2 – болезнь Гентингтона, у 1 – спинальная амиотрофия, у 1 – гепатолентикулярная дегенерация.

Результаты и обсуждения.

Проведен социальный опрос врачей, самих больных и их родственников, лечившихся в условиях «стационара на дому». Результат опроса показал, что лечение в условиях «стационара на дому» поддерживаются самими больными их родственниками и большинством врачей, и имеет, несомненно, большое медико-практическое, экономическое, социальное значение.

Актуальность. По данным медико-статистического центра Ошской области за 2011г. количество людей с ограниченными возможностями здоровья по Ошской области составило 11726 из них дети 3591 человек [1]. К особой категории инвалидов относятся больные с прогрессирующими заболеваниями нервной системы, объем которых был равен 1682 человека из них 1216 детей.

Как правило, лечение этих больных долгое и порой неэффективное, пациент без надежды на улучшение выписывается домой. Здесь начинаются проблемы: нередко эти болезни сопровождаются психическими расстройствами, «постельный» больной остается наедине со своими проблемами, а родственники, как правило, не готовы к соответствующему уходу за ним [10].

В то же время, своевременная и правильная организация системы медико-социальной реабилитации этих больных в значительной степени позволяет отодвинуть сроки тяжелой инвалидизации, повысить степень социальной адаптации пациента и, соответственно улучшить качество их жизни [4,9]. В связи с этим целью настоящей работы является изучить эффективность медико-социальной реабилитации больных с прогрессирующими заболеваниями нервной системы в условиях «стационара на дому» [3, 5, 9].

Материалы и методы исследования

Нами на базе кафедры неврологии медицинского факультета Ошского Государственного Университета и неврологического центра «Рефлекс» было открыто неврологическое отделение в форме «стационара на дому» на 20 коек для лечения больных с прогрессирующими заболеваниями нервной системы.

За счет внутренних резервов, для работы «стационара на дому» был выделен невролог и медицинская сестра.

Основными разделами деятельности невролога «стационара на дому» являлись: своевременное обследование больных с подробным ведением медицинской карты; оказание специализированной помощи с использованием наиболее эффективных и комплексных лечебных мероприятий; определение необходимого приема и формы дополнительных исследований, организация при необходимости консультации больных профессором кафедры неврологии, а также другими специалистами; обучение прикрепленной медсестры основам диагностики; обучение родственников больного к правилам ухода за ними.

Информация о больных с прогрессирующими заболеваниями нервной системы получаем от врачей неврологов ОМОКБ и ЦСМ г. Ош.

Всего в «стационаре на дому» лечение было проведено 41 больному (15 мужчин и 26 женщин). Возраст у больных колебался с 12 до 74 лет. По основным нозологическим формам наши больные распределились следующим образом: у 6 больных имело место прогрессирующие мышечные дистрофии, у 8 болезнь Паркинсона, у 6 рассеянный склероз, у 8 эпилепсия, 4 боковой амиотрофический склероз, у 2 прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия, 3 рассеянный энцефаломиелит, а, у 2 болезнь Гентингтона, у 1 спинальная амиотрофия, у 1 гепатолентикулярная дегенерация.

36 больных из 41 имели инвалидность (I группы – 18, II группы – 15, III группы – 3), по основной выше перечисленной неврологической патологии.

Лечебные мероприятия в условиях «стационара на дому» были комплексными с учетом тяжести состояния больного и характера болезни.

Особое внимание уделяли предупреждению развития экстрацеребральных осложнений (пневмоний, пролежней и др.), в связи, с чем ухаживающих обучали необходимым правилам ухода за больными.

По окончании полного курса лечебно-реабилитационных мероприятий ежемесячно проводились активные посещения на дому с целью коррекции терапевтических вмешательств. Динамическое наблюдение за больными продолжаются до настоящего времени (в течение 8 месяцев).

Результаты и обсуждение (социологические проявления отношений «врач - больной» в условиях «стационара на дому» по результатам анкетирования)

С целью разработки мер по совершенствованию организации «стационара на дому» нами проведено изучение мнений врачей, самих больных, лечившихся в условиях «стационара на дому» и их родственников.

Исследование осуществлялось при помощи специально разработанных опросников, которые были согласованы с кафедрой организации здравоохранения.

Всего опрошено 30 больных, лечившихся в «стационаре на дому». Анализ ответов показал, что все пациенты отмечают положительней эффект от полученного лечения, при этом, они указывают на большую степень взаимоотношения с врачом. 29 из 30 больных полностью удовлетворены доступностью специализированной неврологической помощи на дому и ее качеством, и лишь в единичных случаях больной был недоволен проводимыми процедурами медицинской сестры.

Все пациенты без сомнения рекомендовали бы другим больным в аналогичной ситуации лечение в «стационаре на дому», обосновывая это тем, что у них не нарушается жизненный стереотип, и они получают лечение без отрыва от обычной социальной среды (семьи).

Особое значение на наш взгляд имеет отношение родственников к «стационару на дому», так как исход болезни в домашних условиях во многом зависит от желания родственников и родных помочь в уходе за больным.

Всего опрошено 38 семей, из них в 34 случаях поддержали лечение в условиях «стационара на дому», а в 4 – были против.

Одним из основных мотивов нахождение тяжелобольного человека дома является изменение морально- психологического климата в семье, связанное с необходимостью ухаживать за ним. Так, в большинстве семьях (26 из 27) родственники, наблюдавшие за развитием и течением болезни реагировали на это событие, как на тяжелый удар, обрушившийся на семью. У них возникало чувство растерянности, паническое ощущение безнадежности и закономерное желание сделать всё, чтобы помочь больному. Родственников пугала неизвестность, они чаще других, в первые дни вызывали врача на дом, в ряде случаев до 3-4 раз в день. Однако, после

тщательной беседы с неврологом «стационара на дому» и обучения их необходимым навыкам ухода за больным на дому, отношение их к «стационару на дому» менялось в положительную сторону.

В 34 семьях родственники рекомендовали бы другим в аналогичной ситуации лечение в «стационаре на дому», а в 4 семьях были против. Основным аргументом последних, было отсутствие необходимых бытовых условий для ухода за больным дома и нехватка материальных средств на приобретение лекарств.

На вопрос о дополнительных экономических затратах семьи в связи с нахождением больного дома, утвердительно ответили 12 респондентов, в основном (в 10 случаях) это было связано с оплатой медикаментов, в 2 случаях причины были не конкретизированы.

Таким образом, мнение членов семьи больных, лечившихся в условиях «стационара на дому» позволяет сделать вывод, что в целом, метод поддерживается. При этом врачу «стационара на дому» необходимо проводить тщательные беседы с родственниками. Обучать их правилам ухода за больным. А также следует уделять большое внимание наличию у них на дому соответствующих социально-бытовых условий и материальное положение семьи.

Важным условием для внедрения «стационара на дому» является отношение к нему врачей. Для выяснения этого, нами были составлены соответствующие опросники.

Всего проанализировано 20 ответов врачей. Внедрение «стационара на дому» по мнению 17 врачей является выгодным для медицинских учреждений, а 3 врача считают, что «сиюминутная выгода» может не оправдать себя в случае развития тяжелых осложнений и летальных исходов на дому. Тем не менее, большинство опрошенных (17 из 20) рекомендовали бы своим больным лечиться в условиях «стационара на дому», обосновывая это тем, что «стационар на дому» с одной стороны обладает преимуществами больницы – ежедневное медикаментозное, в том числе врачебное наблюдение за больными, возможность терапии в объеме близком к тому, который осуществляется в стационаре, а с другой – сохраняются важные положительные стороны амбулаторного лечения.

На вопрос: « Позволяет ли лечение в «стационаре на дому» улучшить в целом результаты терапии больных с прогрессирующим заболеванием нервной системы во внебольничных условиях?»- утвердительно ответили все респонденты.

По мнению большинства врачей (18 из 20) «стационар на дому » является наиболее оптимальной специализированной службой неврологической помощи на дому и считали, что лечение больных в условиях «стационара на дому» с медицинских и социально-экономических позиций - выгодно.

Резюмируя анализ социологических исследований мы можем заключить, что лечение в условиях «стационара на дому» поддерживается самим больным, их родственниками и большинством врачей и имеет, несомненно, большое медицинское, экономическое и социальное значение.

Вместе с тем в действительности «стационара на дому» есть много переменных проблем, поэтому дальнейшее исследование, направленное на совершенствование службы с учетом современных условий имеет большое практическое значение.

Литература:

1. Отчет Минздрава Кыргызской Республики за 2011г. – 2012; 2:50-55.
2. Головкин В.И. Помощь больным рассеянным склерозом как общественное движение/ В кн.: «Рассеянный склероз». Под ред. И.А.Завалишина, В.И.Головкина. – М., 2000. – С. 615 – 634.

3. Марков Д.А. Основы восстановительной терапии (медицинской реадаптации и реабилитации) заболеваний нервной системы. – Минск: Беларусь, 1973 – С. 328.
4. Иванова Г.Е., Шкловский В.М., Петрова Е.А. и др. Принципы организации ранней реабилитации больных с инсультом // Качество жизни. Медицина. – 2006. - №2. – С. 62-70.
5. Коган О.Г., Найдин В.Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. – М.: Медицина, 1988. – С. 304.
6. Ковалев Ю.В., Золотухина О.Н. Депрессия. – М.: Медицинская книга; Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – С. 144.
7. Федорова Н.В., Мирецкая А.В., Кулуа Т.К. Депрессия и тревога при болезни Паркинсона // Трудный пациент. – 2006. - Т.4. - №7. – С. 49 – 52.
8. Вознесенская Т.Г. Депрессии в неврологической практике // Трудный пациент. – 2003. – Т.1. - №2.- С. 26 – 30.
9. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие. 2-е изд. – М.: "Дашков и К", 2003 – С. 340.

УДК: 616.98

Ажимаматова Н.Ж., Бурканов А.Э., Мурзалиев О.Р., Мамытова М.М. ОшГУ, медицинский колледж

Влияние ВИЧ-инфекции на течение туберкулеза в Оше и Ошской области

Установлено влияние ВИЧ-инфекции на течение ТБ
It was determined the influence VICH-infection for TB stream

Актуальность проблемы. В настоящее время проблема туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией является одной из самых актуальных (UNAIDS, 2003) [21]. Во всем мире рост числа ВИЧ-инфицированных пациентов способствовал повышению заболеваемости туберкулезом. В глобальном масштабе туберкулез - одна из главных причин смертности у ВИЧ-инфицированных лиц (Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В. и др., 2004; Ерохин В.В., Корнилова З.Х., Алексеева Л.П., 2005; Литвинова Н.Г., Кравченко А.В., Шагильдян В.И. и др., 2007; Stiblo K., 1990; Corbett E.L., Watt C.J., Walker N., 2003) [2]. По оценкам ВОЗ, в начале XXI века в мире ежегодно развивается около 9 млн. новых случаев туберкулеза и почти 10% из них являются ВИЧ-позитивными.

Цель исследования: определение влияния ВИЧ-инфекции на развитие туберкулеза.

Материалы и методы. Были изучены эпидемиологические данные больных с ВИЧ-инфекцией и ТБ, а также с ко-инфекцией. Большое внимание уделялось на больных с ВИЧ-инфекцией и ТБ с учетом эпиданамнеза.

Эпидемии ВИЧ и ТБ оказывают мощное влияние друг на друга:

• ВИЧ влияет на иммунную систему и повышает вероятность нового туберкулезного инфицирования;

• ВИЧ способствует как прогрессированию латентной ТБ-инфекции с развитием активной формы болезни, так и рецидиву заболевания у пациентов, ранее прошедших курс лечения;

• ТБ – это одна из ведущих причин смерти среди людей, живущих с ВИЧ;

• ТБ труднее выявить у людей, живущих с ВИЧ;

• В ходе клинического развития ВИЧ-инфекции туберкулез возникает раньше, чем другие оппортунистические инфекции;

• ТБ – это единственная из ведущих оппортунистических инфекций, характерных для СПИДа, которая представляет угрозу для здоровых людей.

Люди, живущие с ВИЧ, в большей мере подвержены заболеванию туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) вследствие внутрибольничной инфекции, нарушения всасывания противотуберкулезных препаратов в организме, приобретенной устойчивости к рифампицину и других типов снижения эффективности противотуберкулезного лечения. С другой стороны, пациенты с сочетанной инфекцией с меньшей вероятностью становятся источником передачи устойчивых штаммов вследствие высокой летальности МЛУ-ТБ/ВИЧ [19].

Эпидемиология ко-инфекции ТБ/ВИЧ

ТБ являлся наиболее частым СПИД-индикаторным заболеванием: он был обнаружен у 24 и 56% пациентов с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией в странах Западной и Восточной Европы соответственно [*10,14]*. К сожалению, наши сведения о реальном распространении ко-инфекции ТБ/ВИЧ ограничены из-за недостатка данных эпиднадзора. Ожидается, что в Восточной Европе зарегистрированный недавно значительный рост распространенности ВИЧ-инфекции и высокая распространенность ТБ приведет в ближайшие несколько лет к стремительному росту числа пациентов с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ [*9,10]*.

Пребывание в местах заключения повышает риск заражения ТБ и ВИЧ-инфекцией. Это обусловлено факторами окружающей среды и неполноценным питанием. Тюремные условия повышают подверженность и уязвимость заключенных в отношении этих инфекций и способствуют более рискованному поведению. Скученность, пребывание в закрытых помещениях, плохая вентиляция, плохое освещение и длительный контакт с больным ТБ облегчают передачу этой инфекции воздушно-капельным путем. Распространенное в тюрьмах поведение — небезопасные способы введения инъекционных наркотиков, нанесение татуировок, незащищенные половые контакты — существенно повышает риск заражения ВИЧ, а также гепатитами В и С [20*]*. **ВИЧ могут заразиться туберкулезом**

У ВИЧ отрицательных людей за время их жизни риск активизации туберкулеза и развития заболевания составляет около 5% с наивысшей опасностью развития заболевания в течение первых двух лет после заражения. Однако у людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), при отсутствии лечения риск возрастает на 5–10% в год, что приводит к общему риску за время жизни в 50% . В отличие от других оппортунистических инфекций, встречающихся у людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), туберкулез может развиваться при высоких показателях CD4 и передаваться другим людям независимо от ВИЧ-СТАТУСА [4].

Город Ош и Ошская область занимает первое место по Кыргызстану по ВИЧ-инфекции среди молодежи 20-39 лет. За весь период регистрации случаев ВИЧ-инфекции умерло 541 ЛЖВ. Из них 195 умерли от СПИДа. 65,4% заражения ВИЧ-инфекцией-это инъекционный путь, 26,4%-половой путь заражения. На начало 2012 г на учете состоят 53 человека с диагнозом ВИЧ-инфекция и ТБ, из них мужчин 51, женщин-2 [5].

Ко-инфекция по возрастной категории (г.Ош и Ошская обл)

№	Возраст	Мужчин	Женщин	Всего
1.	От 0 до 4 лет	1	-	1
2.	От 20 до 24 лет	3	-	3
3.	От 25 и старше	47	2	49

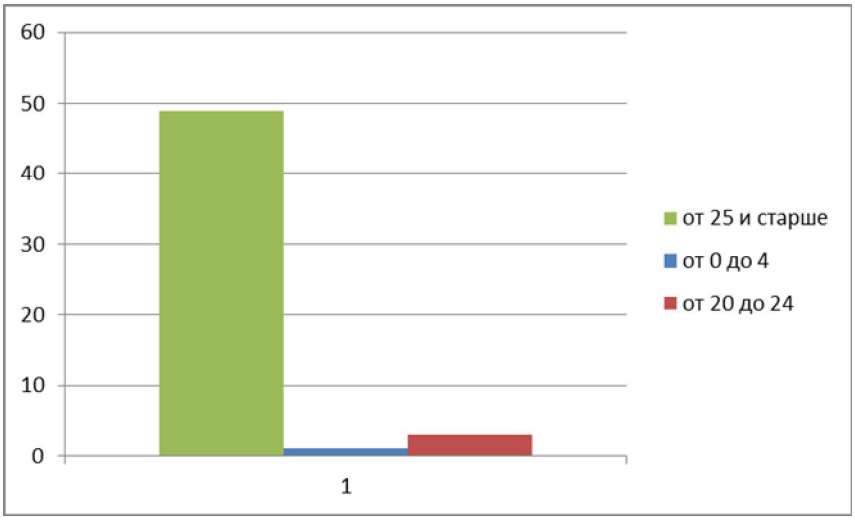


Диаграмма №1 Заболеваемость ко-инфекцией по возрастной категории на диаграмме видно, что заболеваемостью ко-инфекцией приходиться на детородный возраст.

Показатели ко-инфекции (ТБ легких и ВИЧ-инфекция)

№	ФОРМЫ ТБ легких	Всего
1.	Внелегочной ТБ	8+1 ребенок
2.	Кавернозный ТБ	3
3.	Диссеминированный ТБ	11
4.	Инфильтративный ТБ	30
	ВСЕГО	**53**

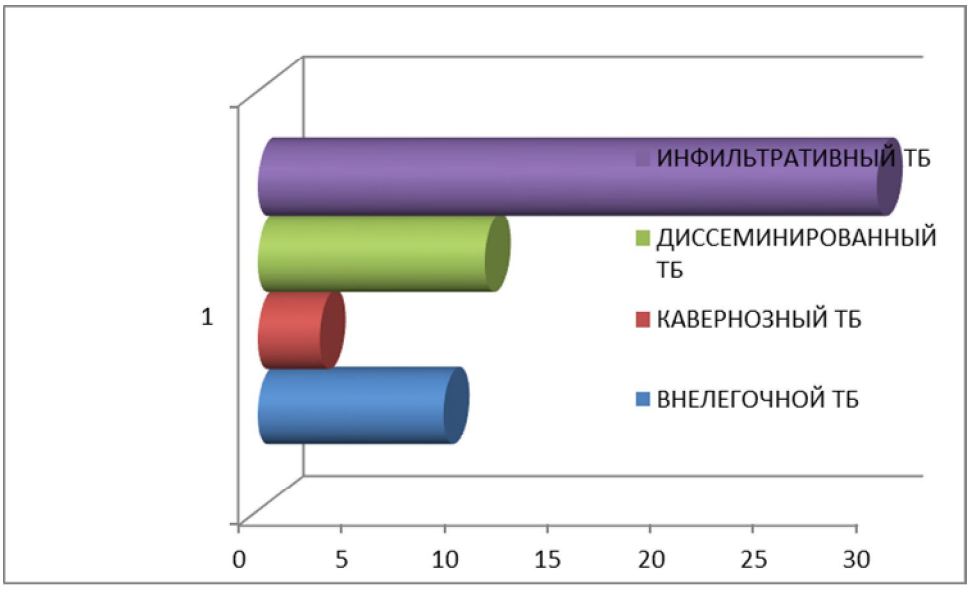


Диаграмма №2 Показатели ко-инфекции (ТБ легких и ВИЧ-инфекция), по показателям диаграммы видно, чаще встречающая форма ко-инфекции с инфильтративным туберкулезом.

Влияние ВИЧ-инфекции на развитие активного ТБ

ВИЧ-инфекция способствует переходуинфекции, вызванной Mycobacterium tuberculosis, в активный ТБ как у лиц, инфицированных недавно, так и у лиц с латентной инфекцией. Несомненно, ВИЧ-инфекция является наиболее серьезным из известных факторов риска активации латентной инфекции, вызванной M. tuberculosis. Для ВИЧ-инфицированных лиц с ко-инфекцией M. tuberculosis риск развития

активного ТБ составляет 5–10% в год, тогда как для людей, не инфицированных ВИЧ, риск равен 5 -10% на протяжении всей жизни. Совершенно очевидно, что такое различие обусловлено иммунодефицитом, вызванным ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-инфекция также повышает частоту рецидивов ТБ, которая может быть связана с эндогенной реактивацией или с экзогенной реинфекцией [17, 18].

Влияние ВИЧ-инфекции на передачу ТБ

ТБ является одной из самых распространенных оппортунистических инфекций (ОИ) у ВИЧ- инфицированных пациентов, особенно в регионах с его высокой распространенностью. ВИЧ-инфекция резко повышает число больных ТБ, что, в свою очередь, повышает риск заражения ТБ от членов семьи (наибольший риск передачи

ТБ наблюдается при бытовых контактах в домашних хозяйствах, особенно это касается детей и ВИЧ-инфицированных партнеров) и в сообществах (рабочие места, школы, больницы). В больницах существует риск внутрибольничного распространения ТБ и заражения как пациентов (с ко-инфекцией ВИЧ и без нее), так и медицинского персонала. Кроме того, если пациенты не обеспечены эффективной и непрерывной противотуберкулезной терапией, это ведет к повышению распространению полирезистентного ТБ [8, 11, 15].

Влияние ВИЧ-инфекции на клинические проявления ТБ

По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции уровень лимфоцитов CD4 падает примерно на 50-80/мкл в год, что неуклонно снижает способность иммунной системы сдерживать размножение и диссеминацию Mycobacterium tuberculosis в организме.

Самой частой формой ТБ, особенно у взрослых, остается ТБ легких (ТБЛ), но его проявления в значительной степени зависят от степени иммунодефицита. Клиническая картина, результаты бактериологического исследования мокроты и данные рентгеноскопии легких часто отличаются от ранней (CD4>350/ мкл) и на поздней (>200/ мкл) стадиях ВИЧ инфекции. Клинические проявления ТБ на ранней стадии ВИЧ-инфекции сходны с проявлениями вторичного ТБ у не инфицированных ВИЧ пациентов. А именно: положительные результаты исследования мокроты (двукратное обнаружение кислоустойчивых бактерий или сочетание положительного результата однократного исследования мокроты с характерными рентгенологическими изменениями), а также частое обнаружение каверн в легких. Клиническая картина на поздней стадии ВИЧ инфекции, напротив, больше напоминает первичный ТБ: характерное отсутствие микобактерий в мокроте, а при рентгеноскопии чаще всего обнаруживаются инфильтративные изменения, а не каверны [6, 13, 16]. При тяжелом иммунодефиците частота внелегочного ТБ как у взрослых, так и у детей. Диссеминированный ТБ трудно диагностировать, поэтому при этой форме ТБ нередки диагностические ошибки и посмертное выявление.

ТБ наиболее распространённая оппортунистическая инфекция у больных с прогрессирующей ВИЧ-инфекцией.

№	Оппортунистическая инфекция	Показатель
1.	Пневмоцистная пневмония	16%
2.	Оральный кандидоз	13%
3.	Токсоплазмоз	5%
4.	Криптококкоз	23%
5.	Тб	38%

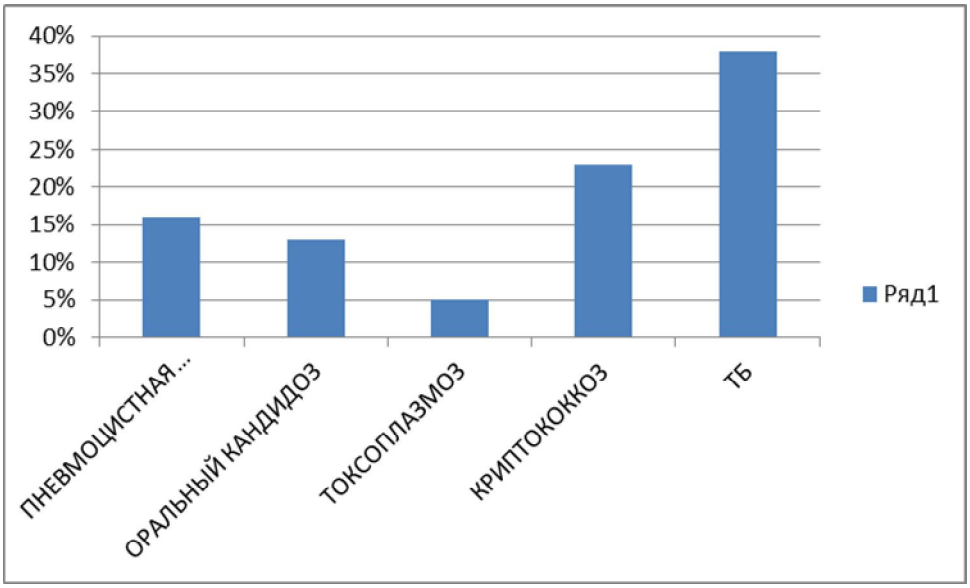


Диаграмма №3 Оппортунистические инфекции у больных с ВИЧ-инфекцией по данным ВОЗ [3].

Самой распространенной оппортунистической инфекций является туберкулез, который составляет 38% у больных с прогрессирующей ВИЧ инфекцией.

Влияние ТБ на заболеваемость и смертность при ВИЧ-инфекции

Активный ТБ сам по себе вызывает некоторое снижение иммунитета. В странах, где эпидемии ТБ и ВИЧ/СПИДа протекают независимо друг от друга, ТБ не всегда является признаком тяжелого поражения иммунной системы у ВИЧ-инфицированных пациентов. Это объясняется тем, что заражение ТБ может произойти до заражения ВИЧ-инфекцией или на ее ранних стадиях, то есть до развития тяжелого иммунодефицита. При активном ТБ у ВИЧ-инфицированных пациентов обычно наблюдается обострение иммунодефицита, обусловленного ВИЧ-инфекцией, что облегчает развитие других ОИ, в первую очередь, пневмоцистной пневмонии (возбудитель Pneumocystis jirovecii, бывшая P. carinii), кандидозного эзофагита и криптококкового менингита. Любая из этих инфекций может иметь летальный исход. В этих случаях ТБ является косвенной причиной смерти [7].

Кроме того, согласно многочисленным данным, ТБ является непосредственной причиной смерти в среднем у 30% пациентов с ВИЧ-инфекцией [12, 13, 16]. Это подчеркивает необходимость раннего выявления и лечения ТБ у всех ВИЧ-инфицированных пациентов, особенно у пациентов с уровнем CD4, указывающим на тяжелый иммунодефицит.

Выводы:

Микобактерии туберкулеза усиливают репликацию ВИЧ и обе инфекции потенцируют друг друга. В Кыргызстане ведущим путем передачи является парентеральный, что существенным образом сказывается на клинических проявлениях болезни – небезопасные способы ведения наркотиков, нанесение татуировок, незащищенный половой контакт -повышают риск заражения ВИЧ. А также тюремные условия повышают подверженность и уязвимость заключенных в отношении ТБ и ВИЧ-инфекции – это скученность, пребывание в закрытых помещениях, плохая вентиляция, длительный контакт с ТБ больным облегчает передачу воздушно-капельным путем.

Но ТБ не является признаком тяжелого поражения иммунной системы у ВИЧ-инфицированных пациентов. При активном ТБ у ВИЧ-инфицированных пациентов

наблюдается обострение иммунодефицита, обусловленного ВИЧ-инфекцией, что облегчает развитие других ОИ.

ТБ является непосредственной причиной смерти у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

ВИЧ-инфекция и риск заболевания туберкулезом

ВИЧ-инфекция, вероятно, повышает восприимчивость человека к туберкулезной инфекции. У больных, зараженных *M. tuberculosis*, ВИЧ-инфекция является причиной прогрессирования бессимптомной туберкулезной инфекции в туберкулез. Риск возрастает с усилением иммунодепрессии. ВИЧ увеличивает не только риск, но также и степень прогрессирования недавней или скрытой инфекции *M. tuberculosis* в заболевание. В таблице ниже показано влияние ВИЧ-инфекции на риск развития ТБ в течение жизни у индивидуума, инфицированного *M. tuberculosis*.

ВИЧ-статус	Риск развития ТБ в течение жизни
Отрицательный	5–10%
Положительный	50%

ВИЧ-инфекция – самый мощный фактор, увеличивающий риск заболевания ТБ [1].

Литература:

1. ТБ/ВИЧ: КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
2. “Совершенствование ранней диагностики туберкулеза и особенности его течения у больных ВИЧ-инфекцией” Автореферат Диссертация Год: 2009 Автор: Хаертынова, Ильсияр Мансуровна Ученая степень: доктор медицинских наук
3. По данным ВОЗ МГО (Международная гуманитарная организация) «Врачи без границ — Голландия». Всемирной организации здравоохранения
4. По данным СЭС г.Ош 2012 г
5. Ackah AN et al. Response to treatment, mortality and CD4 lymphocyte counts in HIV-infected persons with tuberculosis in Abidjan. AIDS, 1995, 9:1251—1254.
6. Badri M et al. Association between tuberculosis and HIV disease progression in a high tuberculosis prevalence area. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2001, 5:225—232.
7. Castro KG, Dooley SW, Curran JW. Transmission of HIV-associated tuberculosis to health-care workers. The Lancet, 1992, 340(8826):1043—1044.
8. de Colombani P et al. European framework to decrease the burden of TB/HIV. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (WHO/EURO/03/5037600).
9. Corbett EL et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. Archives of Internal Medicine, 2003, 163:1009—1021.
10. Cruciani M et al. The impact of HIV1 on infectiousness of tuberculosis: a metaanalysis. Clinical Infectious Diseases, 2001, 33:1922—1930.
11. Drobniewski F et al. Increasing trends in HIV and TB rates in Odessa and the Ukraine. International Journal of STD & AIDS, 2005, 16:374—378.
12. Elliott AM et al. The impact of human immunodeficiency virus on mortality of patients treated for tuberculosis in a cohort study in Zambia. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 1995, 89:78—82.
13. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV). HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2004. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2005 (No. 71; http://www.eurohiv.org/reports/report_71/pdf/report_eurohiv_71.pdf, accessed 29 September 2006).
14. Girardi E et al. Impact of the HIV epidemic on the spread of other diseases: the case of tuberculosis. AIDS, 2000, 14(Suppl. 3):S47—S56.

15. Harries AD et al. Deaths from tuberculosis in Sub-Saharan African countries with a high prevalence of HIV-1. The Lancet, 2001, 357(9267):1519—1529).
16. Hopewell PC, Chaisson RE. Tuberculosis and human immunodeficiency virus infection. In: Reichman LB, Hershfield ES, eds. Tuberculosis: a comprehensive international approach. New York, Marcel Dekker, 2000:525—547 (Lung Biology in Health and Disease Series, Vol. 144).
17. Lienhardt C, Rodriques LC. Estimation of the impact of the human immunodeficiency virus infection on tuberculosis: tuberculosis risks revised? International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases, 1997, 1(3):196—204.
18. Составители: Lucica Ditiu, Mette Olsen и Jeffrey Lazarus. ВОЗ. ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО EUR/TB/FS04 3 сентября 2007 г.
19. TB/HIV: a clinical manual, 2nd ed. Geneva, WHO, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.329).

УДК: 612.111.7:612. 115

Аттокурова Г.Н.
ОшГУ

Показатели свертывающейся системы крови у бывших шахтеров уранового производства

Резюме: У жителей урановой провинции Каджисай наблюдается относительная тромбоцитопения с нарушением основных звеньев свертывающейся системы крови, связанная с образованием тромбина и фибриногена.

Ключевые слова: свертывающая система крови, тромбоциты, тромбиновое время фибриноген, адгезия, агрегация, урановые хвостохранидища.

Корутунду: Каджысайдагы уран калдыктары сакталган аймакта жашаган жашоочуларда тромбин жана фибриногендин пайда болуусу, кандагы тромбоциттердин санынын төмөндөөсү жана кан уюткуч системасындагы негизги звенолордун өзгөрүүсүнө байланыштуу.

Негизги сөздөр: кан уюткуч система, тромбоциттер, фибриногендин тромбин убактысы, адгезия, агрегация, уран калдыктары сакталган жай.

Summary: The inhabitants of uranium province Kadzhisai thrombocytopenia observed relative to the violation of the basic units of the blood coagulation system associated with the formation of thrombin and fibrinogen.

Keywords: blood coagulation, platelets, thrombin time of fibrinogen, adhesion, aggregation, uranium tailings.

В Кыргызстане, начиная с 40-50 годов XX века, производилась добыча урана. К настоящему времени урановые шахты закрылись, но после них остались хвостохранилища, в которых складированы вторичные продукты переработки урана, а также частично и сам элемент [1].

Учитывая близость урановых хвостохранилищ к жилой зоне, в частности в пгт. Каджисай, существует опасность попадание радионуклидов в организм человека и животных через пищевую цепочку [2, 3, 4].

Учитывая различные аспекты экологического влияния урановых хвостохранилищ на здоровье человека большое значение имеет изучение свертывающей системы крови, которое определяет не только опасность развития кровотечения при травмах или хирургических операциях, но и влияет на биологические свойства крови и, как следствие, на микроциркуляцию.

Цель. Изучить показатели свертывающей системы крови у жителей пгт Каджисай, проживающих вблизи уранового хвостохранилища.

Материал и методы исследования.

Было обследовано 19 человек, жителей пгт Каджисай и 30 человек, жителей г. Бишкек, обоего пола в возрасте 30-60 лет. У обследованных лиц изучались показатели свертываемости крови.

Подсчет тромбоцитов производился с помощью камеры Горяева с применением в качестве разводящей и гемолизирующей жидкости 1% раствор оксалата аммония.

Определение адгезивной активности тромбоцитов [5]. В стабилизированной крови подсчитывали количество тромбоцитов. 0,2-0,3 мл крови из туберкулинового шприца через иглу, изогнутую под углом 90°, по каплям пропускали в течение 30-40 с. Время контакта крови с фильтром устанавливали по секундомеру. Подсчитывали число тромбоцитов в первой капле, которая прошла через фильтр и упала на силиконированное стекло. Вычисляли число адгезировавшихся тромбоцитов по средним данным, полученным после исследования двух фильтров. Адгезия =А-В × 100 (%), где А-число тромбоцитов в 1 мкл крови до контакта с фильтром, В-число тромбоцитов в 1 мкл крови после контакта с кетгутом.

Метод определения агрегации тромбоцитов в плазме крови основан на регистрации изменения оптической плотности богатой тромбоцитами плазмы до и после введения в нее определенного количества АДФ или других агентов, вызывающих агрегацию тромбоцитов.

Определение времени рекальцификации плазмы заключалось в определении времени свертывания плазмы после добавления к ней оптимального количества хлорида Са. Укорочение времени рекальцификации плазмы свидетельствует о повышении, а удлинение - о замедлении свертываемости крови.

Определение протромбинового времени. Кровь вливали в центрифужную пробирку с 1,34% раствором оксалата натрия в соотношении 9:1. Пробирки с кровью сразу же ставили в баню со льдом, затем центрифугировали 10 минут со скоростью 1200-1500 об/мин. В пробирку с 0,1 цитратной плазмы добавляли 0,1 мл раствора тромбопластина и смесь инкубировали 1 минуту на водяной бане при 37°С. Затем в нее добавляли 0,1 мл 0,025 М раствора хлорида кальция и тотчас же включали секундомер. Время от момента добавления к плазме раствора хлорида кальция до образования сгустка фибрина соответствует протромбиновому времени и выражаелось в секундах.

Метод определения толерантности плазмы к гепарину. После внесения в плазму гепарина определенной концентрации время ее рекальцификации изменяется в зависимости от коагулянтной и антикоагулянтной активности крови. Если после введения гепарина резко увеличивается время образования сгустка, значит толерантность плазмы к гепарину понижена, и наоборот, если гепарин после его внесения в исследуемую плазму замедляет свертывание плазмы незначительно, толерантность плазмы к гепарину повышена.

Кровь брали в центрифужные пробирки с 3,8 % раствором цитрата Na в соотношении 9:1. Пробирки с кровью сразу же ставили в баню со льдом, затем центрифугировали 3 минуты при комнатной температуре со скоростью 1200-1500 об/мин., затем 0,2 мл цитратной плазмы наливали в пробирку и помещали в водяную баню при 37°С. Через 1 минуту добавляли 0,2 мл гепарин-кальциевой смеси, предварительно подогретой до той же температуры. Смесь перемешивали проволочной петлей и встряхивали пробирку. Первый раз реакцию проверяли через 1-2 минуты, а затем каждый 30 сек. Пробирки медленно наклоняли и отмечали время, когда смесь больше не стекала. Через 5-6 минут прозрачность плазмы изменялась, появлялись единичные фибриновые нити. Момент образования сгустка фибрина отмечали по секундомеру.

Определение количества фибриногена в плазме крови унифицированным методом. К 1 мл плазмы добавляли 0,1 мл 5 % CaCl перемешивали, одномоментно включали секундомер, устанавливали время свертывания. Образовавшийся фибрин

наматывали на палочку, которую вынимали из пробирки, только после того как в ней полностью закончится образование даже мельчайших сгустков или нитей фибрина. Фибрин снимали с палки используя беззольный фильтр. Сжав беззольный фильтр, внутри которого находится сгусток фибрина удаляли из последнего сыворотку. Сгусток перемешивали по фильтру и снимали до тех пор пока на бумаге не исчезали следы влаги. Высушенный таким способом фибрин тотчас взвешивали на торсионных весах [6, 7].

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

Результаты и обсуждение.

Установлено, что количество тромбоцитов у жителей пгт Каджисай уменьшилось на 20% в сравнении с контрольной группой (рис.1).

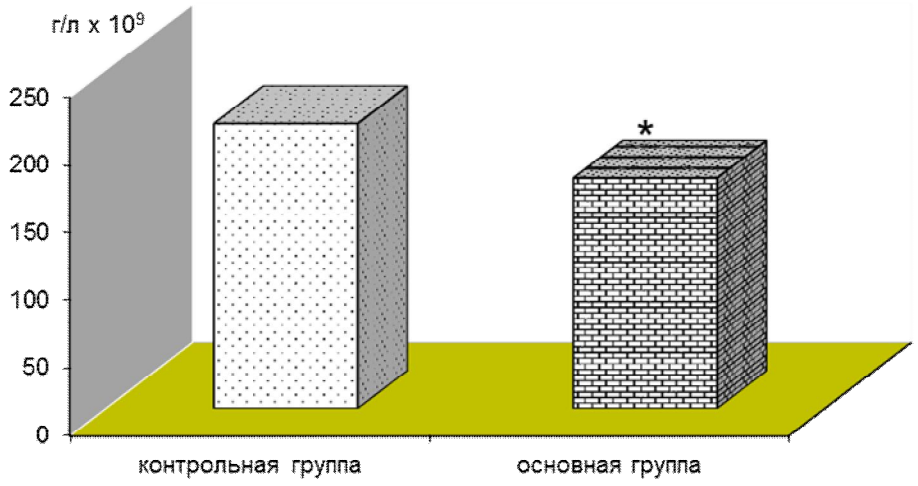


Рис.1. Изменение количества тромбоцитов у жителей пгт. Каджисай, проживающих вблизи уранового хвостохранилища

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

Наблюдалось небольшое снижение адгезии тромбоцитов с одновременным увеличением процесса агрегации на 40%. Образование агрегантов из тромбоцитов подтверждалось и увеличением показателей временем рекальцификации, которое уменьшилось на 11% в основной группе (рис.2).

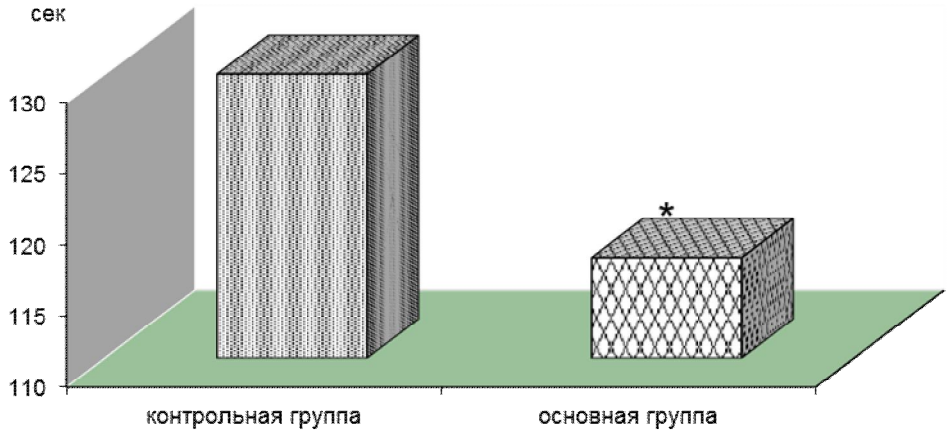


Рис. 2. Изменение показателя времени рекальцификации плазмы у жителей пгт Каджисай, проживающих вблизи уранового хвостохранилища

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

На фоне гиперкоагуляционных изменений свертываемости крови наблюдалось увеличение показателя толерантности плазмы к гепарину, что указывало на дефицит плазменных факторов.

У жителей пгт. Каджисай на основании определения протромбинового времени в сыворотке крови можно было судить о тромбиновой активности, в данном случае произошло удлинение тромбинового времени на 55,0% в основной группе, что связано с действием антитромбина III и VI (рис. 3).

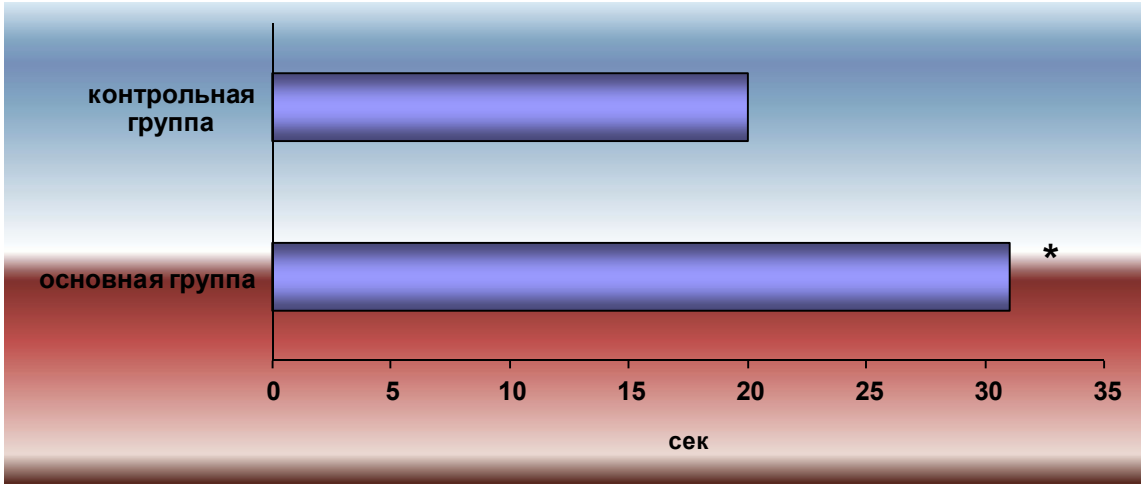


Рис. 3. Показатель тромбинового времени у жителей пгт Каджисай, проживающих вблизи уранового хвостохранилища.

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

Известно, что тромбиновое время также может удлиняться при гипофибринонемии или в какой-то степени при наличии в плазме паропротеинов. Действительно, в наших наблюдениях произошло уменьшение концентрации уровня фибриногена на 105% в сравнении с контрольной группе (рис. 4).

Рис. 4. Содержание фибриногена в крови у жителей пгт Каджисай, проживающих вблизи уранового хвостохранилища.

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

Таким образом, у жителей урановой провинции Каджисай наблюдается относительная тромбоцитопения с нарушением основных звеньев свертывающейся системы крови, связанная с образованием тромбина и фибриногена.

Литература:

1. Быковченко Ю.Г. Техногенное загрязнение ураном биосферы Кыргызстана [Текст] / Э.И. Быкова, Т. Белеков, А.И Кадырова, А.Т. Жунушов, Р.Р.Тухватшин, С. Юшида – Бишкек, 2005. - 169 с.
2. Камчибеков Э.Б. Клинико-лабораторные особенности гемопоэза и иммунный статус у детей, проживающих в районе хвостохранилища и за его пределами [Текст] / Э.Б. Камчибеков: автореф. дис. к.м.н. – Бишкек. 2—6. – 22 с.
3. Мамажакып уулу Чынгызбек Гемотологические заболевания, особенности клеток периферической крови и костного мозга у мужчин, проживающих в районе захоронения радиоактивных отходов [Текст] / Мамажакып уулу Чынгызбек: автореф. дис. … к.м.н. – Бишкек, 2006. – 22 с.
4. Токтогулова Н. А. Особенности патофизиологических реакций костного мозга и крови у животных, обитающих в горных условиях вблизи урановых хвостохранилищ [Текст] / Н.А. Токтогулова: автореф. дис. …к.м.н. – Бишкек. 2008. – 21 с.
5. Одесская Т.А. Проблемы гематологии и переливания крови. – 1972.- №2. – С. 37-40.
6. Балуда В.П. Лабораторные методы исследования системы гемостаза [Текст] / В.П. Балуда, З.С. Баркаган, Е.Д. Гольдберг и др. – Томск, 1980. – 310 с.
7. Дуйшенов А.Ж. Этиопатогенетические и морфофункциональные особенности повреждения тканей организма человека и животных при действии взрывной волны в условиях высокогорья [Текст] / А.Ж. Дуйшенов: автореф. дис. к.м.н. – Бишкек, 2010. – 21 с.

УДК 616-002.951: 616-053.2

Ахмедова Д.П., Нуруева З.А.,
Матаипова А.К. ОМДКБ, ОшГУ

Распространенность и особенности клинического течения лямблиоза у детей в Ошской области

В данной работе проводилось сравнительное изучение частоты заболеваемости и этиологические факторы глистных инвазий, в частности лямблиоза в региональном аспекте.

Изучены особенности клинического течения лямблиоза у детей в возрастном аспекте в Ошской области Кыргызской республики.

Ключевые слова: *дети, гельминты, лямблиоз, инвазированность, копрология.*

In given work comparative study of the frequency of diseases and etiological factors of worm invasion, in particular lambliasis in regional aspect was conducted.

The particularity of the clinical current of lambliasis in children in age aspyce were studiea in Osh region of Kyrgys republic.

Key words*: children, helminthes, lambliasis, intestinai helminthiasis, coprology.*

В настоящее время очень актуальной остается проблема гельминтозов, в частности лямблиоза в нашей республике, особенно для южного региона. По данным ВОЗ распространенность лямблиоза составляет 3-5% в развитых странах, а в развивающихся до 10—15%.

По результатам обследований в клинико-диагностической лаборатории (КДЛ) Ошской межобластной детской клинической больницы (ОМДКБ) за последние 3 года на паразитарные заболевания, ведущее место занимает ляблиоз (47,9%), затем аскаридоз (31,5%), меньший процент гименолепидоз, единичные случаи тениаринхоза, фасциолеза.

Лямблиоз (синоним гиардиаз)- протозойная болезнь, характеризующаяся функциональным расстройствами желудочно-кишечного тракта, центральной неврной системы. Аллергическими и другими клиничскими проявлениями (1,4). Возбудителем лямблиза является Lamblia intestinals, размером 9-12мкм, распространенно повсеместно.

Широкая распространенность гельминтов, особенно лямблиоза и разнообразия клинических прявлений диктует необходимость глубокого изучения данной проблемы в региональном и возрастном аспекте.

Материалы и методы.

В данной работе проведен анализ инвазированности лямблиоза по Ошской области по данным КДЛ и отделении гастроэнтерологии ОМДКБ в период 2011-2012 и за 6 месяцев 2013 года количество обследованных детей составило 43388 человек.

Для постановки диагноза лямблиоза нами проводилось 3-х кратное копрологическое исследование кала. Часто результаты были отрицательными, при наличии клинической картины. Это объяснялось светлыми промежутками, когда выделение лямблий не происходит. По данным литературы (3) он может продолжаться до 21. В связи с этим мы всем больным с отрицательными результатами проводили обследование кала повторно через 21-30 дней.

Для выявления лямблия мы пользовались макро-микрогельминтологическими, в частности самыми эффективными методами обогащения и по Калантаряну 9с флотационным раствором, Фюллеборна, основные на концентрации яиц в препаратах, а также метод «Толстого мазка» с целлофаном по Като (2).

Результаты и обсуждения.

Результаты наших исследований у 43388 обследованных детей в период 2011-2012 и за 6 месяцев 2013 года показали (таб.1), что наблюдается рост заболеваемости лямблиозом годами от 84,1% до 92,5%.

Таблица №1.

Частота встречаемости лямблиоза по Ошской области за последние 3 года.

годы	**Количество обследованных лиц**	**Количество выявленных лиц**	**Показатель частоты на 1000 обследованных**
2011	17644	1484	**84,1**
2012	17176	1545	**89,9**
2013 (за 6 мес.)	**8568**	**793**	**92,5**

При оценке территориальной инвазированности лямблиозом по Ошской области за 32 года нами установлено, что высокая заболеваемость отмечается в Кара-Суйском, Узгенском, Наукаткском районах и в г.Оше (таб.2) от 8,13% до 10,97%. Меньшая заболеваемость лямблизом наблюдается в Араванском, Алайском и Кара-Кулжинском районах. Показатели лямблиза детей до 15 лет высокие-63,8%-65,5%.

Таблица №2

Количественная характеристика зараженности лямблиозом отдельных районов Ошской области.

Годы	**2011**			**2012**			**2013**		
районы	1	2	3	1	2	3	1	2	**3**
Кара-суу	6209	622/10	187/63	6306	919/14	297/32	2988	210/7	**141/67**
Ош	3610	293/8,0	135/66	4913	272/5	193/70	2249	142/6	**105/74**
Узген	1851	203/10	79/64,7	1732	158/91	11/70	945	83/8,7	**59/71**
Наукат	1235	122/9,8	86/61,8	1277	121/9,4	70/57,8	669	69/10	**48/69,5**
Араван	788	139/17	53/76,8	861	61/7,08	39/63,9	372	25/6,7	**17/68**
Алай	623	69/76,8	46/80,7	664	52/7,83	37/71,1	328	26/7,9	**21/80**
Кара-кулжа	**474**	**57/12,0**		**492**	**45/9,14**	**27/60**	**203**	**33/16**	**26/78**

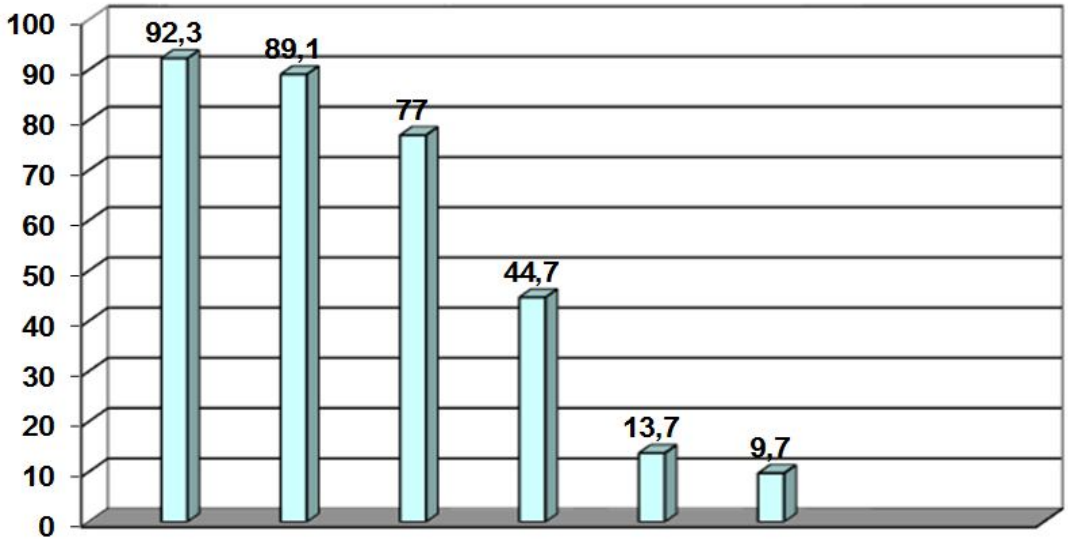
Примечание: 1-общее количество обследованных лиц; 2-количество и частота инвазированных лиц; 3-количество и частота инвазированных детей до 15 лет;

В числителе -количество выявленных лиц; в знаменателе – частота заболеваемости, %.

Следует отметить, что рост инвазированности лямблиозом населений, в том числе детей до 15 лет годами в вышеуказанных районах связано со следующими факторами: недостатком санитарно-профилактических мероприятий, земледелием, бахчевой культурой, использованием открытых и грязных водоисточников (арыков, каналов, рек), уплотненностью населенных пунктов и др.

Сравнительно низкая заболеваемость в Араванском, Алайском и Кара-кулжинском районах, связано с наименьшей уплотненностью населения, чистотой водисточников и др.

Частота встречаемости клинических проявлений %.



Диагноз больных

Рис.1. Частота встречаемости различных патологией при лямблиозе у детей от 1 года до 15 лет.

В последние годы большое внимание нами уделяется клиническим и диагностическими аспектами гельминтозов, в частности лямблиоза. Изучив истории болезни 2405 больных детей за последние 3 года, прошедшие гастроэнтерологичском и гепатологическом отделениях нашей клиники, выявили различные клинические проявления. Больные часто обращаются за медицинской помощью на хронической стадии лямблиоза проявляемого, различными формами-кишечной, внекишечной, гепатобилиарной, аллергической и смешанной формами.

Клинические проявления лямблиоза, за последние 3 года.

1. Эпителиальный синдром (очаги депигментации различной локализации, бледность, сухость с сероватым оттенком, ложная витилиго);
2. Гепатобилиарная патология (дискинезия желчевыводящих путей), диагностика устанавливалась на основании в клинике жалоб на боли в животе и в правом подреберье, и данных УЗИ;
3. Различные патологии желудочно-кишечного тракта (гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, гастродуодениты, энтериты);
4. Аллергические проявления (рецидивирующая крапивница, дерматиты, аллергические конъюнктивиты, риниты);
5. Симптомы вторичной панкреатической недостаточности;

6. Со стороны нервной системы лямблиоз проявляется вегетососудистой дистонией, эмоциональной лабильностью, перепадами настроения и головными болями, чаще наблюдаемое, у девочек-подростков.

Разнообразие клиники лямблиоза по данным литературы (3) в семиотике заболевание различают в первую очередь симптомы поражения желудочно-кишечного тракта и нарушения питания.

В дифференциальной диагностике различной формы лямблиоза информативен был эпидемиологический анамнез, посещение ребенком организованных детских коллективов, наличие домашних животных, выявления заболевания у близких родственников, употребление сырой воды из открытых источников (водоемов, каналов, арыков) и др.

Вывод:

1. Рост заболеваемости лямблиозом выявленного в Карасуйском, Узгенском, Ноокатском районах и в г.Оше, связано с недостатком санитарно-профилактических работ и низким санитарным состоянием на уровне сельских и городских административных учреждений, школах и детских садах.
2. В диагностике лямблиоза кроме копрологического исследования, рекомендуем широко внедрять серологические методы исследования, в частности – иммуноферментный анализ (ИФА).
3. Учитывая, рост заболеваемости лямблиозом годами по Ошской облатси рекомендуем усилить санитарно-профилактические работы во всех сферах жизни населения.

Литература:

1. Поляков В.Е., Иванова З.А., Казакова С.И. Лямблиоз у детей и ' подростков. // Российской медицинский журнал, 2004, №6. – С. – 47-50.
2. Меньшиков В.В. Справочник. Лабораторные методы исследования в клинике. М.: Медицина, 1987. – С. – 59-79.
3. Бандурина Т.Ю., Кнорринг Г.Ю. Лямблиоз у детей. // Лечащий врач, 2004, №4.- 60-62.
4. Тобокалова С.Т, Сыдыкова А.Б., Суранбаева Г.С., Мергенов А.Э., Гельминтозы и паразитарные заболевания. Бишкек, 2007.С. – 31-34.

УДК: 616.594.1-002.18

Бурканов А.Э., Ажимаматова Н.Ж.,
ОшГУ

Угревая болезнь: Современные аспекты лечения

В данной статье приведены результаты лечения угревой болезни у 20 добровольцах. Авторы отмечают преимущества и лучшие результаты при лечении современным препаратом.

In given article are brought results of the treatment akne vulgaris beside 20 volunteers. The Authors note the advantage and the best results at treatment by modern preparation.

Актуальность: Угревая болезнь чаще стартует в возрасте с 12 лет и причиняет неудобства и дискомфорт подрастающему поколению. Юношеские, или вульгарные угри – это очень часто встречающая патология: одна треть подростков в возрасте 12-16 лет страдают акне, требующей лечения [1, 359].

Вульгарные угри возникают в возрасте от 14 до 22 лет [7, 274]. Со временем обычно сама по себе болезнь отступает. Но лечение не всегда дает эффект. Угревая

сыпь может существовать без значительных изменений до 26-28 летнего возраста [7, 274]. Болезнь может рецидивировать. Проблема в том, что они могут оставлять гиперпигментированные пятна, рубцы, которые могут оставаться всю жизнь.

К наиболее частым проявлениям постакне относят вторичную пигментацию и рубцы[1, 369]. Мы должны достигать того, что в каждом обострении не допускать этим остаточным явлениям. Ведь лицо является визитной карточкой человека, и оно во многом может решить те или иные проблемы.

Цель исследования: определить преимущества современных препаратов в лечении угревой болезни. Для этого мы проведем собственный эксперимент над добровольцами.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились добровольцы с угревой болезнью (вульгарные угри) легкой и средней тяжести течения в количестве 20 человек. Мы их разбили на две группы по 10 человек, по 6 женщин и по 4 мужчин в каждой группе. Возраст добровольцев варьировалась от 14 до 30 лет, ни у кого не было отмечено серьезных сопутствующих заболеваний. Угри обыкновенные – хроническое, часто рецидивирующее гнойное воспаление сальных желез [3, 273].

Локализуются угри на участках кожи, богатых сальными железами: лице, спине, груди [9, 263]. Себорейные угри в отличие от других называют вульгарными, или юношескими [5, 215].

Причины возникновения угрей связывают с четырьмя факторами: гипертрофией и гиперсекрецией сальных желез, аномалией кератинизации устьев сальных фолликулов, наличие микрофлоры на поверхности кожи и в волосяных фолликулах и, наконец, с воспалительной реакцией окружающих тканей [8, 503].

Также немаловажную роль в развитии угревой болезни играет гормональный дисбаланс. В случае увеличения уровня андрогенов в крови (гиперандрогенемия) и / или высокой чувствительности к ним сальных желез отмечается гиперсекреция секрета сальных желез [6, 21]. Наиболее частой флорой при угрях является анаэроб коринебактерия акне, аэроб золотистый стафилококк и pitirosporum ovale [8, 503]. Ранее считалось, что нарушение в диете приводит к обострению процесса, и строго придерживались к диете. В настоящее время этот трактат во многих случаях не выдерживает подтверждения. Тем более, возрастающий организм нуждается в калорийном, сбалансированном питании, богатых витаминами, минералами и биологически активными веществами. Продукты, содержащие углеводы, несомненно, может обострить процесс возникновения угревых высыпаний. Это может быть пирожные, сладости, мороженое, напитки и т.д. Точно установлен только один провоцирующий агент – йод, добавляемый в пищевые продукты [2, 249]. Но вряд ли может идти речь о пищевой соли, в которую добавляют незначительное количество йода. Чрезмерное употребление морепродуктов, в которых содержится значительное количество йода, может вызвать обострение угревой болезни. Как мы уже упомянули выше, Угри время от времени обостряется, и с каждым обострением может оставлять остаточные явления. Молодые люди часто самостоятельно выдавливают прыщи, тем самым создав условия для повреждения целостности кожи и затягивания течения болезни. На мой взгляд, осложнение наступает чаще при нарушении иммунологической реактивности организма. Тогда сапрофитирующая, условно-патогенная флора оказывает болезнетворное влияние на организм человека. В таких условиях может возникать абсцедирующие, флегмонозные угри. Из флегмонозных угрей могут сформироваться сливные. Абсцедирующие, флегмонозные и сливные угри оставляют после заживления грубые, иногда келоидные, рубцы [5, 216].

Мы в своем эксперименте назначили антибиотики перорально в течение 1 месяца. Традиционным методом использовали в качестве антибиотика Доксициклин. В качестве современного антибиотика взяли природный макролид II поколения,

оригинальный препарат Вильпрафен солютаб от компании Астеллас Фарма Юроп Б.В. (Нидерланды).

Для местного лечения угревой болезни используются различные препараты, которые стоят дороже, что немаловажную роль играет для пациента. Они не всегда могут дать желаемые положительные результаты. Наиболее широко для наружной терапии используют синтетические ретиноиды (адапален – Дифферин), бензоилпероксид (базирон А.С.), азелаиновую кислоту (Скинорен) и топические антибиотики (эритромицин-цинковый комплекс – Зинерит, клиндамицин – Далацин) или дезинфицирующие средства (фузидиевая кислота – Фуцидин, препараты, содержащие цинк и гиалуроновую кислоту, - Куриозин, Регецин) [1, 364].

Куриозин гель (Гедеон Рихтер, Венгрия), Активное вещество, - гиалуронат цинка, обладающий выраженный антисептическим действием [6, 58].

Мы провели следующее лечение:

Мы для исследования взяли 2 группы пациентов по 10 человек, в каждой группе по 6 женщин, и по 4 мужчин с вульгарными угрями.

Первая группа:

- Вильпрафен солютаб 0,5 – 2раза в день в течение 30 дней
- Тималин по 1мл в течение 10 дней
- Хилак форте по 40 капель в день внутрь в течение 30 дней
- Аэвит 0,2 – 3раза в день в течение 30 дней
- Левомицетина паста наружно 2раза в день 10 дней, затем
- Куриозин гель наружно в течение 20 дней

Вторая группа:

- Доксициклина гидрохлорид 0,1 – 2раза в день в течение 30дней (вместо Вильпрафена солютаба), остальное лечение такое же, как и при первой группе.

Результаты и обсуждение:

Результаты лечения:

Первая группа:

- Полностью излечились 6 пациентов (3 мужчина и 3 женщины)
- Частично излечились 3 пациентов (1 мужчина и 2 женщины)
- Лечение не помогло 1 пациенту (1 женщина)

Вторая группа:

- Полностью излечились 2 пациента (1 мужчина и 1 женщина)
- Частично излечились 6 пациентов (2 мужчины и 4 женщины)
- Лечение не помогло 2 пациентам (1 мужчина и 1 женщина)

Как показывают цифры, мы отмечаем высокую эффективность в лечении легких и средних форм угревой болезни новыми антибиотиками, как Вильпрафен солютаб по сравнению с Доксициклином. При лечении Вильпрафеном отмечено 6 случаев излечения из 10 пациентов, тогда как при назначении Доксициклина мы наблюдаем излечение только у 2 пациентов. Лечение не помогло в первой группе одной пациентке, а во второй группе лечение не помогло 2 пациентам. Это объясняется в первую очередь бактерицидным действием макролидов, высокой чувствительностью микроорганизмов к ним, усовершенствованием технологии производства антибиотика (препарат Вильпрафен солютаб выпущен в 2005г компанией “Яманучи”, Нидерланды, ныне “Астеллас Фарма”). Он не вызывает фототоксические реакции, таблетки растворимые, добавлены привкусы для подавления чувства горьковатости, переносится хорошо и не раздражает ЖКТ. Лечение угревой болезни представляет с собой трудную задачу. Пока не создано ни одного универсального препарата или метода, которые могли бы воздействовать на все патогенетические звенья заболевания [2, 249].

Путем многочисленных исследований применения различных антибиотиков для лечения угревой сыпи было выявлено преимущество тетрациклина по сравнению с другими антибиотиками [8, 509]. Из антибиотиков наиболее эффективны препараты тетрациклинового ряда, эритромицин. Их назначают по 1000000 ЕД / сут месячными циклами с перерывами на 1-2 мес или постепенно снижая дозу до 500-250 ЕД / сут в течение нескольких недель [3, 275].

Тетрациклин, угнетая действие липазы коринебактерий, способствует снижению свободных жирных кислот в кожном сале [8, 509].

Доксициклин назначается по 0,1г 2 раза в сутки. В первый день лечения назначается одновременно 0,2г. При угревой болезни длительность применения не менее 1 месяца [6, 70]. Вот, что рекомендует А.А. Кубанова для лечения угревой болезни: Эритромицин внутрь по 250 мг 4 раза в сутки, 10-14 сут (возможно до 21-28 дней) [4, 394]. При пустулезной форме акне: Джозамицин внутрь по 0,25-0,5 гр 4 р / сут, 10-14 сут (возможно 21-28 сут) [4, 394]. Но ранее назначались антибиотики курсом до 10-14 дней. Группа тетрациклина часто дает фототоксические реакции, сравнительно плохо усваивается в желудочно-кишечном тракте.

Во всех современных схемах лечения, принятых в ряде европейских стран, антибиотики перорально назначают на длительный период времени – от 4 до 6 мес, а в США – до 1 года [2, 259]. Это по лечению угревой болезни.

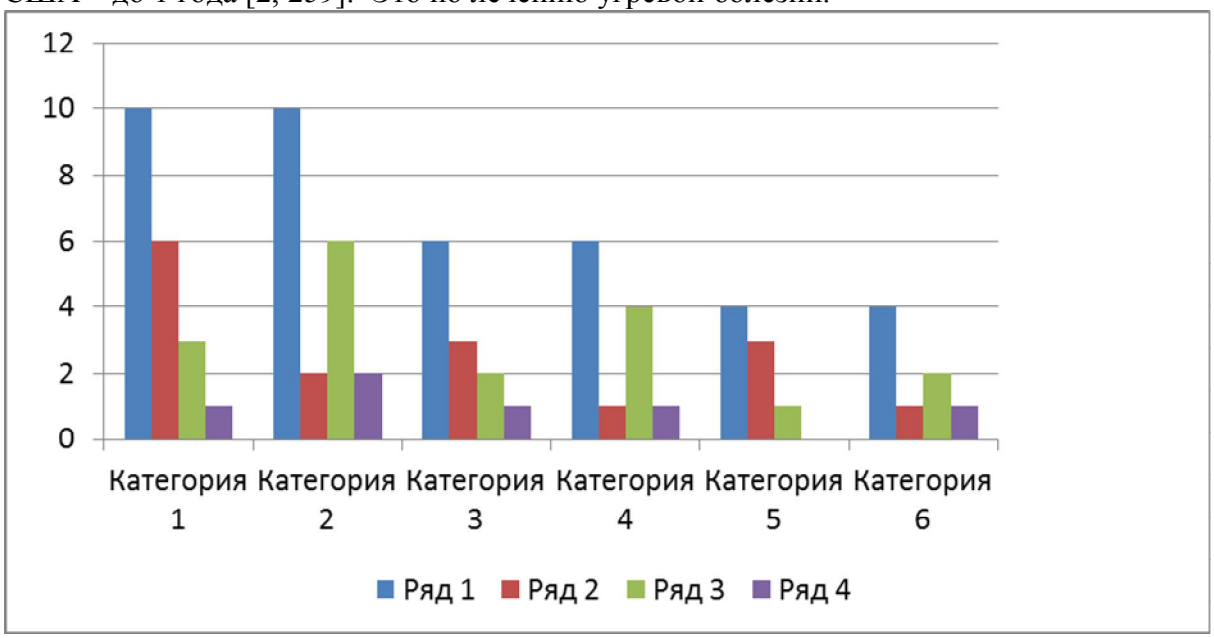


Диаграмма результатов лечения Доксициклином и Вильпрафеном

Категория-1 – 1группа (лечение вильпрафеном)
Категория-2 – 2группа (лечение доксициклином)
Категория-3 – 1группа, женщины
Категория-4 – 2группа, женщины
Категория-5 – 1группа, мужчины
Категория 6 – 2группа, мужчины
Ряд-1 – количество пациентов
Ряд-2 – полностью излечившиеся
Ряд-3 – частично излечившиеся
Ряд-4 – не излечились

Выводы:

Наряду с традиционным лечением угревой болезни доксициклином современный антибиотик вильпрафен солютаб дает внушающие положительные

результаты; полное излечение 60% против 20%, и случаи отсутствия эффекта от лечения 10% против 20%.

Литература:

1. Руководство по дерматокосметологии. Е.Р. Аравийская, Е.В. Соколовский. СПб: ООО “Издательство Фолиант”, 2008
2. Практическая дерматокосметология. С.Н. Ахтямов, Ю.С. Бутов. Москва. 2005
3. Кожные и венерические болезни. О.Л. Иванов. Москва. “Шико”. 2002
4. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. А.А. Кубанова, В.И. Кисина. Москва. “Литтера”. 2005
5. Кожные и венерические болезни. С.Т. Павлов, О.К. Шапошников, В.И. Самцов, И.И. Ильин. Москва. “Медицина”. 1985
6. Угревая болезнь в практике врача дерматокосметолога. А.В. Майорова, В.С. Шаповалов, С.Н. Ахтямов. М.: ООО “Фирма КЛАВЕЛЬ”, 2005
7. Справочник дерматовенеролога. И.И. Потоцкий. Киев. “Здоров’я”, 1976.
8. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4-х томах. Ю.К. Скрипкин. Москва. “Медицина”. 1995, II том.
9. Кожные и венерические болезни. Ю.К. Скрипкин, А.Л. Машкиллейсон, Г.Я. Шарапова. Москва. “Медицина”. 1995

УДК:616.24:616-001.28

Джолдубаев Ы.Д.,
Закирова Т.А. ОшГУ

Клинико-эпидемиологическая характеристика хронических неспецифических заболеваний легких у жителей юга Кыргызстана, проживающих в местностях с повышенным радиационным фоном

Нами с помощью анкетно-скринингового метода было проведено изучение распространенности хронического неспецифического заболевания легких (ХНЗЛ) и их нозологических структур у жителей, проживающих в местности с высоким радиационным фоном (г. Майлуу-Суу). В результате установлен высокий показатель распространенности ХНЗЛ среди заболеваний бронхолегочной патологии 51,3 на 1000 населения, причем этот показатель более выражен в возрасте от 41 до 60 лет у населения мужского пола.

We are studied with biographical – screening method the chronical unspecific diseases of lugh the population living in a high radiating background (Mailuu-Su city). As a result the study the high index of wide spreading of CHDL among the disease of broncho pulmonary was installed. So this index was more expressed at age from 41 till 60 and of the male sex.

Заболевания органов дыхания в связи с высокой распространенностью, растущей заболеваемостью и смертностью, в последние три десятилетия в обществе приносит огромный экологический ущерб и является серьезной медико-социальной проблемой [1].

В последнее время бронхиальная патология на земном шаре по заболеваемости, инвалидности и смертности вышла на 2-3 место среди других заболеваний по всему региону стран содружества независимых государств [2,3], в том числе в нашей республике Кыргызстан [4]. Кроме того, общеизвестно, что экзогенные и эндогенные факторы, такие как запыленность, загазованность, повышение влажности воздуха, изменение клинических условий и вредные привычки (курение, употребление алкоголя и др.), а также эндогенные факторы в виде снижения местного и общего иммунитета организма, которые приводят к патологическому изменению органов дыхания и

вызывают различные заболевания легких [5]. На сегодня в некоторых горнорудных месторождениях, в связи с оползнями на местах, произошла активация хвостохранилищ, последствием чего в свою очередь отмечается повышение радиационного фона [6] настолько, что оно оказывает существенное влияние на различные органы и системы человека.

Хотя в последнее время имеются множество сведений о патологическом влиянии радиационного фона на развитие онкологических заболеваний различных органов [7,8], однако в доступной литературе нами не найдено материалов о влиянии повышенного радиационного фона на развитие бронхолегочной патологии организма.

Целью настоящей работы является изучение влияния повышенного радиационного фона на местах на формирование заболеваний легких.

Материал и методы.

Исследования проводились с помощью разработанной нами анкеты, адаптированной к местным условиям. В анкету включено более 30 пунктов, где указывались основные симптомы бронхолегочной патологии и факторов риска заболевания и с учетом возрастно-половых и других социально–бытовых особенностей населения.

Для углубленного обследования была разработана исследовательская анкета, включающая 135 вопросов, где, кроме отмеченных выше сведений, отражены результаты клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Объектом исследования служили 5847 человек жителей города Майлуу-Суу в возрасте 17 лет и старше, проживающих постоянно в городе. Численность населения составила на 2010год 20845 человек, в том числе всего взрослого населения 8825. Охват населения составляет 66,2% от фактической численности взрослого населения. Большую часть обследованных составляли женщины 3379 (57,7%); мужчины 2468 (42,2%); причем большинство обследованных 4792 (81,9%) составляли жители наиболее трудоспособного возраста от 20 до 65 лет. Средний возраст обследованных составил 42,3±10,5. В целом, среди обследованных лиц преобладали по национальности кыргызы 73,5%, русские 8,9%, узбеки 7,4% и др. национальности составили 10,2%. Статическую обработку полученных материалов проводили с использованием стандартных статистических программ.

Результаты и обсуждение

В результате обследования населения специальным методом на бронхиальную патологию среди обследованных лиц по городу Майлуу-Суу показатель распространенности обследованных в количестве 5847 человек составил 55,0 на 1000 населения. После углубленного обследования больных с бронхиальной патологией распределение по структурам заболеваний органов дыхания отражено в таблице №1.

Таблица №1

Показатель распространенности болезней органов дыхания среди населения г. Майлуу-Суу

Болезни органов дыхания	г. Майлуу-Суу		Показатель распространенности на 1000 населения
	Кол-во пациентов	%	
ОНЗЛ	9	2,6	1,5
ХНЗЛ	300	86,9	51,3
Туберкулез органов дыхания	31	8,9	5,3
В том числе – активные	2	0,5	0,3
Онкологические заболевания органов дыхания	5	1,4	0,8
Итого:	345	100	59,0

Как видно из представленной таблицы №1 в результате углубленного обследования из 345 больных с легочной патологией абсолютное большинство 86,9% (300) составили больные ХНЗЛ, на втором месте занимают больные туберкулезом легких 8,9% (31), среди них были вновь выявленные больные в количестве 4 человек (0,8%). В момент обследования установлены 9 больных (2,6%) с ОНЗЛ, 5 больных раком легких, которые составили 1,4%.

Структура ХНЗЛ среди обследованных лиц в различных экологических регионах представлена в таблице №2

Таблица №2

Структура хронических неспецифических заболеваний легких в г. Майлуу-Суу

Структура ХНЗЛ	г. Майлуу-Суу		Показатель распространенности на 1000 населения
	Кол-во пациентов	%	
Хронический бронхит	189	63,0	32,3
Бронхиальная астма	18	6,0	3,0
Хроническая пневмония	57	19,0	9,7
Прочие формы	36	12,0	6,1
Итого:	300	100	51,3

Из представленной таблицы №2 видно, что в структуре ХНЗЛ основную форму занимают больные с хроническим бронхитом (ХБ) 63,0%. Показатель распространенности ХБ составил 32,2 на 1000 населения, что согласуется с литературными данными. На втором месте были больные с хронической пневмонией, показатель которой составил 19,0%. Несмотря на неблагоприятную экологическую обстановку в городе Майлуу-Суу, в частности с повышением радиационного фона, отмечается более низкий показатель больных с бронхиальной астмой 3,0 на 1000 населения.

Больные с ХНЗЛ были распределены по полу и возрасту, что представлено в таблице №3.

Таблица №3

Распределение больных ХНЗЛ по полу и возрасту

Пол	Возраст (лет)										Всего	
	До 30		31-40		41-50		51-60		Более 60			
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Муж.	21	12,2	30	17,4	64	37,2	48	27,9	9	5,2	172	57,3
Жен.	15	11,7	20	15,6	38	29,6	42	32,8	13	10,1	128	42,6
итого	3,6	12,0	50	16,6	102	34,0	90	30,0	22	7,3	300	100

По данной таблице №3 показано, что среди жителей, проживающих в местностях с высоким радиационным фоном в окружающей среде, заболевания ХНЗЛ мужского и женского пола почти одинаковы. Удельный вес ХНЗЛ в основном падает на жителей в возрасте от 41 до 60 лет (64,0%), у мужчин после 60 лет и более процентное соотношение резко падает (5,2%). Возможно, это связано с тем, что у мужчин с возрастом иммунные системы резко снижаются, или накопление радиации в организме приводят к быстрому летальному исходу, о чем свидетельствует столь низкий процент 5,2% больных мужчин ХНЗЛ, чем женщин, который составляет 10,1%.

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствует о том, что у жителей с бронхолегочной патологией, проживающих в местностях с повышенным радиационным фоном, в основном составляют больные ХНЗЛ 86,9%, а в структуре среди заболеваний ХНЗЛ первое место занимают больные ХБ 63,0%. Однако, при

распределении больных с ХНЗЛ по полу и возрасту, в молодом возрасте отмечается сравнительно низкий процент: до 40лет 28,6%, а число больных с заболеванием ХНЗЛ значительно превышает показатель других заболеваний. У пожилых пациентов от 41 до 60 лет 64,0%, в то же время, можно отметить резкое снижение процента заболеваемости у мужчин после 60 лет (5,2%), чем у женщин (10,1%).

Чтобы удостовериться в изменениях показателей распространенности бронхолегочных заболеваний по возрастно-половым признакам, клинико-лабораторным особенностям у больных жителей, проживающих в местностях с высоким радиационным фоном, по сравнению с экологически чистым регионом, результаты исследования будут представлены в последующих работах.

Литература

1. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство 1999г. том 2, стр. 510
2. Путов Н.В., Федосеев Г.Б., Богданов Н.А. и др. «Основы первичной и вторичной профилактики неспецифических заболеваний легких», журнал Тер. Архив 1984г. №1 стр. 32-36
3. Чучалин А.Т. Пульмонология – практическая врачебная специальность. Журнал Тер. Архив 1988г. №3 стр. 3-9
4. Бримкулов Н.Н., Конева А. Бюллетень ГСВ 2005г. №2 стр. 2-4
5. Игнатьева Т.Н., Барановская Н.В., Рихванов Л.П., «Естественные радиоактивные элементы в органах и тканях человека», Бишкек, МЗ КР, Республиканский медико-информационный центр 2004г. Стр.214-220
6. Наполокова М.Т., Меробшили А.М., Основные закономерности смертности населения СССР от злокачественных новообразований. Вопросы онкологии – 1989г. том XXXV №6, стр. 649-656.
7. Ходжамбердиев И.Б., Тухватшин Р.Р., Мамбетов Н.Ш. О хранилищах радиоактивных веществ в центральной Азии. Материалы III международной конференции. Томск 2009г. стр. 626-627.

УДК 611-018.81

Джолдубаев С.Дж., Сакибаев К.Ш.,
Муратова Ж.К., Нуруев М.К.
ОшГУ

Морфологические изменения паренхиматозных органов при изолированном и сочетанном действии алкоголя и барокамерной гипоксии

Алкоголь менен гипоксиянын курч таасири астында баш мээде, ъпкъдъ жана боордо кър\н\кт\\ ъзгър\\лър байкалат. Алкаголь курч гипоксиянын жаракаттуу таасирин жеёилдетпейт.

При сочетанном действии алкоголя и острой гипоксии наиболее выраженные изменения наблюдаются со стороны легких, печени и головного мозга. Алкоголь не облегчает повреждающее действие острой гипоксии.

An experimental study on white rats showed that the combined action of acute pressure chamber hypoxia and acute alcohol intoxication caused an histological structure of the brain, lungs and the liver.

Полнокровие легких, оболочек и ткани мозга, а также печени является одним из признаков острого алкогольного отравления, что обусловлено сосудорасширяющим ее действием [4, 6]. При острой барокамерной и в стадию аварийной адаптации к высокогорной гипоксии из-за снижения барометрического давления происходит

переполнение кровью микроциркуляторного русла легких. При этом, для предотвращения отека легких, возникает спазм ветвей легочной артерии и развивается гипертензия малого круга кровообращения [3, 5].

В условиях высокогорья у неадаптированных людей возможно развитие горной болезни, наиболее выраженные изменения при этом развиваются в головном мозгу и легких: возникают так называемые высокогорный отек легких и высокогорный отек головного мозга.

В Кыргызстане злоупотребление алкоголя и заболеваемость алкоголизмом находятся на высоком уровне. В целом изучению сочетанного действия гипоксии и алкоголя на организм посвящено небольшое количество работ [1, 2].

Нами ранее опубликованы результаты исследования сурфактантной системы легких и перекисного окисления липидов при сочетанном действии гипоксии и алкоголя [2], результаты морфометрии микроциркуляторного русла легких в этих работах не приводились.

Цель работы изучить кровенаполнение капилляров и структурные изменения коры головного мозга, легких и печени белых крыс при изолированном и сочетанном действии острой барокамерной гипоксии и токсических доз алкоголя.

Материал и методы исследования

Эксперимент выполнен на 24 белых нелинейных крысах-самцах весом 120-170г, подразделенных на 4 группы. Крысам 1-й (контрольной) группы никаких воздействий не проводили. Животных 2-й группы подвергали 6 часов действию острой барокамерной гипоксии соответствующей «высоте» 6000 м. Крыс 3-й группы омертвляли через 6 часов после внутрибрюшинного введения 1,5 мл 30% этилового спирта. Доза 15 мл на кг веса является токсической для этанола и используется многими авторами для моделирования острой алкогольной интоксикации. Животных 4-й группы экспонировали 6 часов в барокамере на «высоте» 6000 м после введения аналогичной дозы этилового спирта.

Животных омертвляли кровопусканием. Измеряли массу тела, головного мозга, печени и легких. Затем рассчитывали органо-соматические индексы. Кусочки органов фиксировали в формалине, готовили парафиновые срезы, окрашиваемые гематоксилин-эозином и на эластические волокна орсеином. Изображение выводили на экран при помощи цифровой камеры. Затем на экране при помощи штангенциркуля измеряли в двух перпендикулярных направлениях диаметр артериол и капилляров. В ткани головного мозга также определяли выраженность периваскулярного отека, измеряя диаметр зоны отека, также в двух перпендикулярных направлениях.

Результаты и их обсуждение

Гистологическая структура легких, печени, головного мозга у крыс контрольной группы соответствовала видовым особенностям животных.

При действии острой барокамерной гипоксии органо-соматический коэффициент для легких и головного мозга имел тенденцию к увеличению, но различие было не достоверным ($p<0,05$). Макроскопически легкие были вздуты, полнокровны. Отмечалось также полнокровие мягкой оболочки головного мозга. Микроскопически в легких выявлялись бронхоспазм, острая везикулярная эмфизема, полнокровие микроциркуляторного русла легких, отек альвеолярных перегородок. В головном мозгу гистологически отмечалось полнокровие мягкой мозговой оболочки, сосудов плексуса, вещество коры головного мозга окрашивалось эозином относительно равномерно в сиреневый цвет, периваскулярный и перицеллюлярный отек был не выражен.

Диаметр капилляров легких и головного мозга был достоверно выше контрольного уровня (рис. 1).

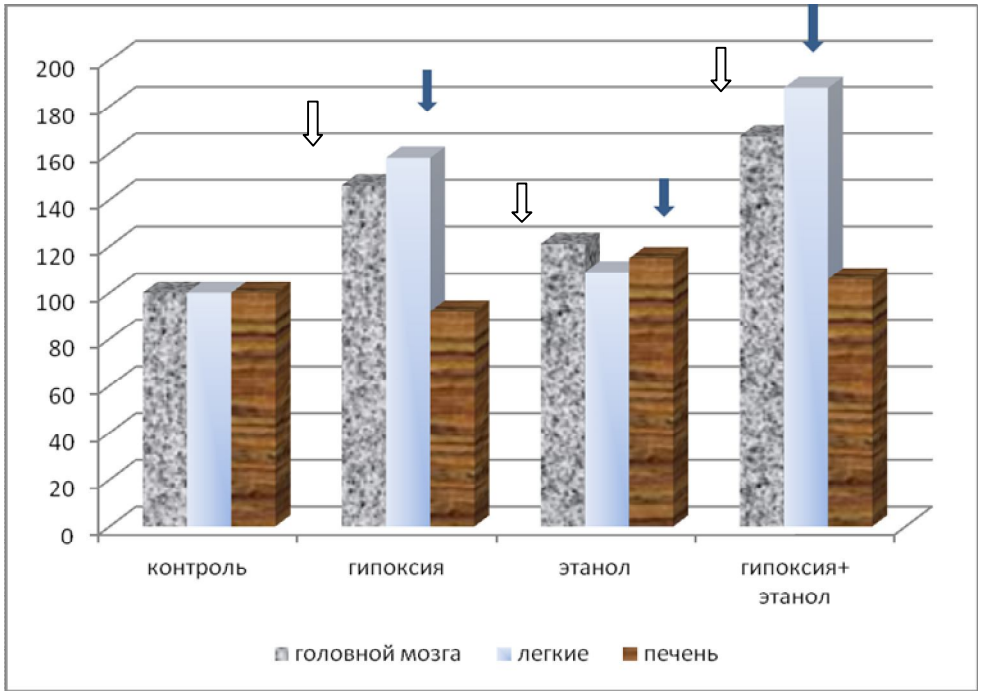


Рис. 1. Средний диаметр капилляров коры головного мозга, альвеолярных перегородок и печеночных балок при изолированном и сочетанном действии и гипоксии и этанола

Примечание: показатели контрольной группы приняты за 100%. Стрелкой отмечена достоверная разница с контрольной группой.

Через 6 часов после приема токсической дозы этанола достоверно увеличился органно-соматический индекс для печени ($p<0,05$), рост органно-соматического индекса для легких и головного мозга не достоверный ($p>0,05$). Макроскопически легкие, головной мозг, печень полнокровны. Гистологически отмечается выраженное полнокровие сосудов микроциркуляции в этих органах. Морфометрически отмечен достоверный рост диаметра капилляров в печени и коре головного мозга ($p<0,05$), рост диаметра капилляров легких недостоверный ($p>0,05$).

При сочетанном действии острой барокамерной гипоксии и этанола отмечены наиболее высокие величины органно-соматических индексов для легких и головного мозга ($p<0,05$), в то же время для печени этот показатель существенно не изменился. Макроскопически легкие вздуты, полнокровные, пестрые с единичными кровоизлияниями. Гистологически отмечается дистелектаз, альвеолы частью эмфизематозно расширены, частью спавшиеся, альвеолярные перегородки утолщены, микроциркуляторное русло резко полнокровно, в просвете альвеол единичные свежие эритроциты. Диаметр капилляров альвелярной стенки достоверно вырос на 67%. Мягкая мозговая оболочка полнокровна, с точечными кровоизлияниями. Ткань мозга отечны с единичными точечными кровоизлияниями. Гистологически отмечается резкое полнокровие сосудов мягкой мозговой оболочки, плексуса, коры и вещества мозга. Выражен периваскулярный и перицеллюлярный отек, встречаются точечные кровоизлияния.. Морфометрически отмечен рост диаметра головного мозга 81%.

Микроскопические изменения печени в группе крыс, подвергнутых сочетанному действию этанола и гипоксии, существенно не отличаются от группы сравнения при изолированном действии этанола.

Выводы:

1. При сочетанном действии алкоголя и острой гипоксии, наиболее выраженные изменения наблюдаются со стороны легких, печени и головного мозга.
2. Алкоголь не облегчает повреждающее действие острой гипоксии

Литература:

1. Акылбеков И.К. Этиопатогенез, клиника, диагностика, профилактика и лечение высокогорного отека легких / И.К. Акылбеков, А.А. Аширбаев, Р.Р. Тухватшин // Проблемы, стратегии и перспективы медицины труда в горных регионах: Мат. межд. конф. - Бишкек. 2002.- С.49-57.
2. Белов Г.В. Морфофункциональные изменения легких у крыс с хронической алкогольной интоксикацией при действии острой гипоксии / Г.В.Белов, К.Т.Акматов, М.Ш.Мукашев // Наука и новые технологии.1999.- №3.- С.111-114
3. Ерохин Ю.А. Патологическая анатомия алкогольной болезни: Автореф. дис.… д-ра мед. наук. – М., 2009. – 46 с.
4. Калматов Р.К. Действие алкоголя и острой гиперкапнической аноксии на сурфактантную систему легких и процессы перекисного окисления липидов / Р.К. Калматов, К.Т. Акматов, Г.В.Белов // ЦАМЖ, 2004, т. X. прил. 1.- С. 29-31
5. Корнеев А.А., Комиссарова И.А. Гипоксия и этанол: сравнительные аспекты исследования // Известия Акад. Наук. Серия Биология. 1993. -№6. – С.859-65.
6. Нарбеков О.Н. Высокогорная клиническая физиология кровообращения. – Бишкек, 2008. – 234 с.

УДК 616.716.8

Ешиев А.М., Ибрагим уулу Анзор
ОшГУ, ОМОКБ

Применение остеопластических материалов при хирургическом лечении пародонтита

Современный подход к хирургическому лечению воспалительных заболеваний пародонта предполагает не только длительную ремиссию, за счет ликвидации очагов воспаления и пародонтальных карманов, но и восстановление утраченной костной ткани. Авторы дают оценку эффективности применения искусственных биологических материалов влияющих на процесс репарации костной ткани на примере биокомпозиционнгоостеопластического материала "Коллапана" при хирургическом лечении воспалительных заболеваний пародонта.

Modern approach to surgical treatment of inflammatory periodontal diseases requires not only a long-term remission by eliminating the foci of inflammation and periodontal pockets but also the restoration of the lost bone. Authors give their assessment of the effectiveness of the application of artificial biological materials influencing the process of reparation bone on the example of biocomposition osteoplastic materials ,, COLLAPAN'' in the surgical treatment of inflammatory diseases of parodentium.

Пародонттун кабылдашы азыркы мезилде хирургиялык жол менен дарылоодо парадонттун чөнтөктөөсүн сезгенишин айыктырып, жоюлган сөөктү калыбына келтирет. Авторлор хиргиялык ыкма менен жасалма биологиялык «Коллапан» материалын колдонуу менен сөөктүн айыгуусуна жана калыбына келүүсүн натыйжасын баалаган.

В настоящее время воспалительные заболевания пародонта являются самыми распространенными болезнями в мире. Никакая реставрация, даже небольшая пломбаили сложная мостовидная конструкция на имплантатах, может выполняться лишь тогда, когда поддерживающие пародонтальные структуры здоровы, и не воспалены.

Вкомплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта приоритетная роль отводится хирургическим методам, с помощью которых можно не только добиться длительной стабилизации клинического статуса пациента за счет ликвидации очагов воспаления и пародонтальных карманов, но и получить реальный прирост

костного субстрата. С этой целью ведется постоянный поиск и разработка искусственных и биологических материалов, способных влиять на процессы регенерации костной ткани [1, 2, 3,5].

Искусственный гидроксиапатит практически безупречен, так как его негативные свойства минимальны. Комбинация гидроксапати с коллагеном позволяет восполнить дефицит не только минерального вещества в костном дефекте, но и коллагена. Консистенция материала дает возможность использовать его дополнительно в качестве пролонгированного носителя антибактериальных препаратов, подложки для клеточных культур, применяемых с целью тканевого строительства. Еще одним плюсом этой группы материалов является их невысокая стоимость [4].

Целью исследования является влияние остеопластических материалов на устранение патологических карманов путем усиления регенерации костных тканей.

Материалы и методы исследования

Нами проведено оперативное лечение 40 больных с пародонтитом при глубине карманов более 6мм. Больные разделены на 2 группы: 1-я группа 20 больных-контрольная, которым произведена лоскутная операция по Видману-Нейману, без облучения синим светом и использованияостеопластических материалов. 2-ая группа также 20больных – основная,при и после операции проведено облучение синим светом и применен остеопластический материал - коллапан.

Лоскутная операция по Видману-Нейману проведена следующим образом:

После анестезии по границам участка вмешательства скальпелем проводили два вертикальных разреза от края десны до переходной складки. Эти разрезы соединяли с горизонтальными разрезами со щечной и язычной сторон, отступив 1,0-1,5 мм от края десны. Вестибулярный и язычный лоскуты отслаивали и отводили в стороны. Удаляли остатки грануляций со стенки пародонтального кармана, снимали отложения и сглаживали поверхность обнаженных корней. Проводили биомодификацию корней. Чтобы максимально адаптировать лоскут, моделировали рельеф внешней поверхности кости альвеолярного гребня, т.е. проводили остеопластику. Этим достигается возможность максимальногообеспечения заживления первичным натяжением. После тщательной обработки альвеолярного отростка, внутрикостных карманов в течение 10 минут проводилось облучение синим светом, затем заполняли коллапаном. Применение остеопластических подсадок в сочетании с техникой направленной регенерации тканей воздействует на механизмы тканевой репарации и регенерации. Лоскут уложен и наложены узловые швы на каждый из межзубных сосочков. После наложения швов снова проведено облучение синим светом в течение 10 минут, это процедура ежедневно проводилась два раза день. Продолжительность процедуры - 10дней.

Клинические и лабораторные исследования проводили до и после хирургического лечения через 1, 3, 12 месяцев. Рентгенологические данные оценивали до лечения, через 3, 6, 12 месяцев после операции.

Результаты исследования и их обсуждение

Клиническое течение послеоперационного периода в основной группе больных и в группе контроля практически не отличалось. На протяжении первых трех суток наблюдался умеренный коллатеральный отек мягких тканей, незначительная гиперемия слизистой оболочки вокруг послеоперационной раны, болезненность при пальпации. На седьмые сутки явления операционной травмы исчезали. Боль в день операции отмечали 78% пациентов в основной группе больных и 81% в контрольной группе, в первые сутки после операции -24,1% и 29,3% соответственно. На вторые сутки выраженных болевых ощущений у пациентов в обеих группах, как правило, не было.

Клинико-лабораторные исследования в ближайшие сроки показали, что у 97% больных при применении комплексного лечения с использованием синего света с

длиной волны 450нм наблюдалось улучшение общего самочувствия, уменьшение отеков и болей в области послеоперационной раны уже ко 2,5±0,18 суткам. Это объясняется тем, что использование синего света на месте оперативного вмешательства оказывает противо отечное, бактерицидное и анальгезирующее действие, а также оказывает действие и на усиление регенерации костных тканей.

Через 1 месяц у всех больных определялся гладкий нежный рубец на месте послеоперационный раны. При зондировании стоматологическим зондом патологический карман не определяется, патологической подвижности зубов нет.Данные рентгенологического исследования и клинические наблюдения показали, что биокомпозиционные материалы на основе пористого гидроксиаппатита- коллапАн, способствуют более активному течению репаративных процессов в костной ткани. После операции через 3 месяца на рентгенограмме отмечается регенерация костной ткани, высота альвеолярного отростка восстановлена в основной группеу 80%больных, подвижность зубов не определяется. В контрольной группе у 12 (60%) больныхобнажена шейка зубов и частично корень, повышенная чувствительность корней зубов, отмечается подвижность зубов, что в дальнейшем потребовало проведения соответствующего лечения. У остальных 8 (40%) больных шейка зуба также оголена, но подвижность зубов несколько меньше.

Таким образом, исходя из результатов проведенного исследования, можно сделать следующие выводы - применение комбинированного лечениявляется высокоэффективным методом лечения пародонтита при «глубоких» - более 6мм карманах, «синий свет» с длиной волны 450 нм в сочетании с остеопластическими препаратами позволяет создать условия для оптимальной регенерации кости, добиться исчезновения признаков активности воспалительно-деструктивного процесса, частичного восстановления поврежденных тканевых структур пародонта и стабильной ремиссии.

Литература:

1. Емельянов А.С. Репаративные способности тканей при использовании костнопластических материалов в эксперименте. //Нижегородский медицинский журнал.-2008.№2 вып.2.-С.239-240.
2. Ешиев А.М. Влияние на репаративную регенерацию костной ткани челюстей остеореогенеративных материалов синего света и электровибромассажа/ А. М. Ешиев, А., Д. А. Ешиев //Фундематальное исследования. Москва, 2013.- № 2 (часть 1). - С. 88-93
3. Ешиев А.М. Применение синего света и электровибромассажа для стимуляции процесса заживления послеоперационных костных дефектов на альвеолярных отростках верхней и нижней челюстей / Д. А. Ешиев, А. Т. Токтосунов, А. М. Ешиев // Новые задачи современной медицины (II): материалы междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, май 2013 г.). — СПб.: Реноме, 2013. — С. 46-49.
4. Попов Т.Ф. Выбор эффективных остеопластических материалов в амбулаторной практике.//Актуальные проблемы современной стоматологии: материалы научно-практической конф. Посвященной 25-летию стом.фак. Ижевской государственной медицинской академии.-Ижевск,2005.-С175-177.
5. Руководство для врачей: "Фототерапия"/ В.И. Карандашов, Е.Б. Петухов, В.С. Зродников. М.: Медицина.- 2001.-315с.

УДК:617.52-089.197.7

Ешиев А.М., Латипов А.Л.,
Мырзашева Н.М., Ешиев Д.А., ОшГУ, ОМОКБ.

Применение синего света в комплексном лечении больных с фурункулами лица

Данная статья посвящена исследованию влияния синего света длиной волны 450нм при комплексном лечении больных с фурункулами лица.

Булмакалада бет бөлүгүндөгү фурункулду комплексдүү дарылоодо көк түстөгү светтин тийгизген таасирин изилдөөнүн жыйынтыгы байандалган.

Лечение гнойно-воспалительных заболеваний и гнойных ран мягких тканей считается одним из важнейших направлений в современной хирургии. Несмотря на большие достижения хирургической науки, обусловленные, прежде всего, улучшением диагностики, широким применением антибиотиков и совершенствованием оперативной техники и анестезии, лечение гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей остается чрезвычайно сложной и далеко не решенной проблемой [1]. Гнойная инфекция является одним из самых серьёзных осложнений как по летальности, так и по материальным затратам [5].

Основным способом лечения ран и раневой инфекции, безусловно, является хирургический. Ни один другой способ не позволяет в короткие сроки и с минимальной травматичностью удалить основное количество некротизированных тканей, вскрыть гнойные затеки и создать условия для адекватного дренирования раны. Однако в дальнейшем для благоприятного течения раневого процесса необходим целый комплекс лечебных мероприятий как общей, так и местной направленности [4,6].

В последнее десятилетие инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, а именно фурункулы, вызывают у исследователей большой интерес, что связано, во-первых, с неуклонном ростом числа больных данной патологией, во-вторых, с развитием угрожающих жизни осложнений - сепсис, множественные абсцессы внутренних органов, тромбоз кавернозного синуса твердой мозговой оболочки [2, 3].

Цель исследования: улучшение результативности лечения больных с фурункулами лица путем использовании синего света.

Материалы и методы исследования

Для решения поставленной задачинами было проведено комплексное обследование и лечение 50 больных с фурункулами лица, получивших лечение в челюстно-лицевой хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницыза период с 2010 по 2013 гг.

Среди обследованных больных мужчин было 40 (80%), женщин - 10 (20%) в возрасте от 18 до 69 лет. Все больные с момента поступления в хирургическое отделение получали комплексное лечение, включающее оперативное вмешательство, антибактериальную терапию, инфузионную, дезинтоксикационную, улучшающую микроциркуляцию терапию, лечение сопутствующих заболеваний.

До начала лечения у больных была выраженная общая клиническая картина, характеризующаяся гипертермией, слабостью, головными и мышечными болями, тахикардией.

В зависимости от методики проводимого местного лечения гнойных ран все больные были распределены на 2 группы.

В контрольной группе 25 (50%) больным проводили традиционное местное лечение гнойных ран, которое включало в первой фазе раневого процесса, чаще всего,

антисептические и антибактериальные препараты в виде жидких и мягких лекарственных форм: мази на гидрофильной или гидрофобной основе, кремы, пенные препараты в аэрозольной упаковке и пленки с антисептиками. Помимо антисептических и антибактериальных препаратов, использовали также препараты с местным противовоспалительным действием (антиоксиданты и препараты с гиперосмолярным действием), а также ферментные препараты.

Во второй и третьей фазах раневого процесса больным накладывали повязки с многокомпонентными мазевыми препаратами на гидрофильно-эмульсионной или гидрофобной основе.

Основную группу составили 25(50%) больных, которым после хирургической обработки гнойного очага традиционное лечение дополняли облучением синим светом. Рану облучали синим светом с длиной волны 450 нм.

Облучение проводится светодиодной матрицей со следующим параметрами: максимальная мощность излучения 3мВт; уровень мошности-100%; длина волны 450нм; режим работы непрерывный; продолжительность одной процедуры-10 минут; доза облучения за одну процедуру-3Дж/см^2; Расположение матрицы по отношению к облучаемой поверхности-неконтактно; количество процедур-10 раз. Процедуры проводятся ежедневно во время перевязки раны больного. Предварительно в перевязочном кабинете рану очищают от некротических масс, промывают растворами антисептиков, подводят матрицу (светодиод) к области раны. Специальных очков для проведения процедуры больному и медицинскому персоналу не требуется.

Результаты исследования и их обсуждения

Важнейшее значение для определения преимуществ различных методов лечения гнойных заболеваний имеют сроки купирования воспалительных явлений, количество повторных операций в результате прогрессирования процесса, число рецидивов заболевания, средние сроки полного заживления ран, функциональные и косметические результаты.

До начала лечения у больныхс фурункулами лица была выраженная общая клиническая картина, характеризующаяся гипертермией, слабостью, головными и мышечными болями, тахикардией. При поступлении все больные имели признаки интоксикации различной степени выраженности, о чем свидетельствовали изменения лейкоцитарной формулы крови: лейкоцитоз, повышение количества незрелых форм нейтрофилов, появление плазматических клеток, снижение количества моноцитов и лимфоцитов, а также увеличение показателя ЛИИ (до 6,1±0,2 усл. ед.). Увеличение числа незрелых форм нейтрофилов мы рассматривали как проявление напряжения компенсаторных механизмов, обеспечивающих инактивацию токсинов. Снижение количества моноцитов и лимфоцитов, с нашей точки зрения, свидетельствует об угнетении иммунологической системы защиты организма.

Дополнение традиционного местного лечения фурункулов лица воздействием синего света с длиной волны 450нм способствовало более быстрой нормализации общего состояния больных. У больных контрольной группы температура тела нормализовалась в среднем на 3,85±0,4 сутки, использование синего света приводило к более быстрой нормализации температуры тела – в среднем на 2,45±0,3 день ($p<0,05$). Анализ динамики клинических проявлений показал, что лечение гнойных ран с использованием синего света приводит к быстрому уменьшению перифокальных воспалительных проявлений. Гиперемия окружающих рану тканей разрешалась в течение 1-2 суток, отмечено выраженное уменьшение местного отека в среднем на 2-3 сутки, а инфильтрация в области краев ран сохранялась до 3-4 дня.

Анализируя в целом клинические проявления раневого процесса, важно отметить, что после проведения комплексного лечения с применением синего света сократились сроки очищения ран от гнойного детрита и фибринозных масс, а также

время появления грануляций и начала эпителизации – таблица 1. В среднем, очищение ран от гнойного детрита и фибринозных масс наступало на 3,4±0,7 день, а появление грануляций выявлено на 3,8±0,6 сутки. На 4,1±0,5 день отмечено начало краевой эпителизации, что достоверно лучше, чем при традиционном лечении (p<0,05).

Таблица 1.

Динамика раневого процесса в зависимости от проведенного лечения

Методы лечения	Количество больных	Средние сроки (сутки)		
		Очищение ран	Появление грануляции	Начало краевой эпителизации
Комплексное лечение с применением синего света	25	3,4±0,7*	3,8±0,6*	4,1±0,5*
Традиционное лечение	25	6,5±0,7	6,8±0,7	7,5±0,8

*При уровне значимости p<0,05 по сравнению с контрольной группой

Следует отметить, что у больных, получавших лечение синим светом, отмечено снижение количества послеоперационных осложнений. В частности, у больных основной группы ни в одном случае не было образования вторичных некрозов в области дна и краев раны, в то время как среди больных группы контрольной, получавших традиционное лечение, у 1 (4%) пациента на 3-4 сутки выявлено образование вторичных некрозов, что потребовало выполнения им повторных операций – некроэктомий.

Показатели послеоперационного койко-дня в группах различались значительно. Если при традиционном лечении больных с фурункулами лица средний койко-день составил 11,2±0,9 дней, то у пациентов основной группы, комплексно леченных в послеоперационном периоде с применением синего света, длительность пребывания в стационаре составила 9,4±0,7 дня (P<0,05).

Средние сроки полного заживления гнойных ран, включая амбулаторное долечивание, в группе больных получавших облучение синим светом, были достоверно короче, чем при традиционном лечении и сократились, в среднем, на 5,2 суток - таблица 2.

Таблица 2.

Сроки полного заживления гнойных ран у больных

Методы лечения больных	Средний койко-день (сутки)	Сроки заживления ран (сутки)
Комплексное лечение с применением синего света (n=25)	9, 4±0,7*	14,6±2,4*
Традиционное лечение (n=25)	11, 2±0,9	16,0±2,7

*При уровне значимости p<0,05

В процессе наблюдения за больными основной группы в течение года ни у одного пациента не было отмечено формирования келоидных или грубых гипертрофических рубцов. Рубцовая ткань не выступала над уровнем кожи, была гладкой, не деформировала кожу и подкожную клетчатку и не была спаянной с подлежащими тканями.

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать следующие выводы: включение светодиодного излучения с длиной волны 450нм в комплекс

лечебных мероприятий больных с фурункулами лица позволяет в ранние сроки добиться клинического улучшения состояния больного и уменьшить число осложнений. А также приводит к укорочению фаз и периодов острого воспаления, что, в свою очередь, сокращает срок реабилитации больного и ограничивает применение им медицинских препаратов, приводящих к побочным эффектам.

Литература:

1. Бактериальные инфекции //Дерматология по Томасу Фицпатрику. Второе русское издание: пер. с англ./К. Вульф, Р. Джонсон, Д. Сюрмонд.-М.: Практика, 2007.-С.690-694.
2. Баранова И. Д. Сравнительная клинико-иммунологическая эффективность применения иммуномодуляторов в лечении больных фурункулезом /И. Д. Баранов, В. Ф. Молотилов, А. В. Симонов//Иммунология.-2008.-№4.-С.63-64.
3. Василов А. А. Светодиоды как альтернатива лазерам /А. А. Василов//LazerMarket.-2004.-№5.-С.20-21.
4. Гордиюк Н. М. Фурункулы лица и их осложнения / Н.М. Гордиюк, О. В. Рыбалов//Стоматология.-1999.-№4.-С.94-95.
5. Губин М. А. Статистика, систематика и классификация тяжелых гнойных осложнений у больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи/М. А. Губин//Новые технологии в стоматологии: Материалы XV международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов.-СПб., 2010.-С.58-59.
6. Толстых П.И. Теоретические и практические аспекты лазерной фотохимии для лечения гнойных ран/П. И. Толстых, В. А. Дербенев, А. М. Азимшоев // Российский биотерапевтический журнал. – 2008. – №4. - С. 20 – 24.

УДК 616.716.4-089

Ешиев Д.А., Мырзашева Н.М.,
Алимжанов С.К., Ешиев А.М.
ОМОКБ, ОшГУ

Использование препарата «КОЛЛАПАН-ГЕЛЬ Л» при лечении хронического гранулематозного периодонтита и кист с диаметром костной полости до 0,5 см

В этой статье отражены результаты исследования 80 больных с гранулёмой и радикулярной кистой, у которых при лечении использован препарат «КОЛЛАПАН-ГЕЛЬ Л». Он позволил достичь значительных успехов при эндодонтическом методе лечения одонтогенных воспалительных процессов, в том числе и активных заапикальных воздействиях, при этом отмечено полное восстановление костной структуры в патологическом очаге деструкции.
Ключевые слова: периодонтит, коллапан-гель, радикулярная киста.

In this article reflects the results of a study of 80 patients with granuloma and radicular cyst, which used drug COLLAPAN GEL L. Which has achieved significant progress with endodontic treatment of odontogenic inflammatory processes, including active over apex impacts in which there is full restoration of the bone structure in the pathological focus destruction.
Key words: periodontitis, Collapan gel L, radicular cyst.

Бул статьяны изилдоонун негизинде 80 бейтаптын онокот гранулема жана радкалдык кистаны дарылоодо «КОЛЛАПАН-ГЕЛЬ Л» препаратын одонтогендик сезгенуу процесин эндодонтиялык даарылоо менен жана активдуу апикалдан сырткары колдонулганда соок структурасынын диструктивдуу бузулуусунун толугу менен калыбына келуусу баяндалат
Корутунду соз: периодонтит, коллапан-гель, радикулярдык киста.

Широкая распространенность осложнений кариеса зубов (пульпита и периодонтита) диктует необходимость постоянного совершенствования методов их лечения. Для успешного лечения значение имеет качество пломбирования корневых каналов, которое во многом определяется свойствами пломбировочных материалов, такими как биологическая индифферентность, противовоспалительное и стимулирующее остеогенез действие, рентгеноконтрастность, способность материалов обеспечить герметизм корневых каналов. Несомненно, что хорошая герметичность корневого канала, как со стороны устья, так и со стороны апекса, являются необходимым условием для результативности эндодонтического лечения на более длительное время.

В последние десятилетия значительных успехов достигли эндодонтические методы лечения одонтогенных воспалительных процессов, в том числе и активные заапикальные воздействия. Для эффективной терапии в периапикальной области решающее значение имеют используемые материалы, препараты и средства. К сожалению, до настоящего времени выбор этих средств ограничен. К тому же их терапевтическая эффективность требует дальнейших исследований.

В связи с вышеизложенным, проблема разработки новых методов не инвазивного лечения хронического апикального периодонтита и на сегодняшний день остается в высшей степени актуальной. В результате предпринятого настоящего исследования разработан оригинальный метод не инвазивного транс канального выведения комплекса препаратов противовоспалительного, элименирующего детрит из очага поражения и стимулирующего репаративный остеогенез действия. Таковыми являются коллапан-гель.

Целью работы является изучение влияния препарата «Коллапан-гель Л» на повышение эффективности лечения хронического гранулематозного периодонтита [1,2,3,4].

Материалы и методы исследования

Объектом исследования послужили 80 больных с хроническим гранулематозным периодонтитом, а также с кистами челюстей диаметром костной полости до 0,5см. С целью оптимизации процесса заживления костных ран, выявления новых возможностей для повышения их регенерационной способности, восстановления ткани - использован стимулирующий биоактивный материал «коллапан-гель Л».

При лечении апикальной гранулемы после соответствующей обработки корневого канала проводится временное пломбирование корневого канала в течение 14 дней. В первые 3 — 4 дня необходимо производить замену временной корневой пломбой. В период от 7 — 14 дней еще раз замена временного материала в канале.

При лечении кисты - в течение 14-21 дня. Контрольные рентгенограммы целесообразно проводить в сроки 3, 6, 12, 24 месяца после завершения эндодонтического лечения. Результаты лечения прослежены у 80 больных в сроки от 1месяца до 2-х лет.

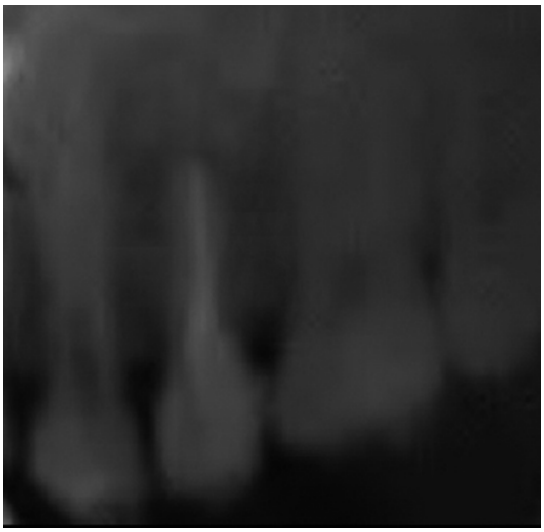
Результаты исследования и их обсуждение

Интраканальное введение комплекса «Коллапан-гель Л» по данным проведенного гистоморфологического исследования тканевого материала вызывало умеренное противовоспалительное действие. Что выражалось в купировании патологического процесса, и сопровождалось уменьшением, а местами полным исчезновением воспалительной инфильтрации, появлением участков склероза и, что важно, активизацией процессов репаративного остеогенеза.

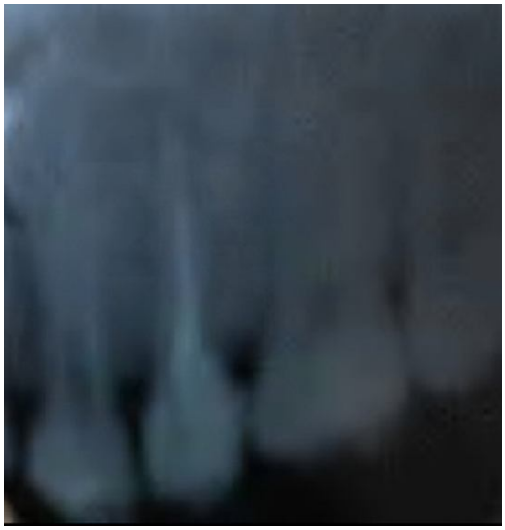
Временное пломбирование корневых каналов зубов с апикальной гранулемой «Коллапан-гелем Л» на уровне апикального отверстия стимулирует репаративные процессы костной ткани в около верхушечном патологическом очаге, а восстановление

структуры костной ткани начинается на втором месяце, что и подтверждается рентгенологическим исследованием.

Активная регенерация костной ткани, на месте бывшего дефекта, начинается на втором месяце и уже через 6 месяцев контуры небольших дефектов до 0,5см становятся малозаметными в 48,9% случаев, через 12 месяцев в 63,7% случаев, а к 24 месяцу - 89,4% случаев. При лечении хронического верхушечного периодонтита в клинике не доказана обоснованность целесообразности заапикального введения лечебной пасты, содержащей «Коллапан-гель Л», при котором полное восстановление костной структуры в патологическом очаге деструкции через 24 месяца наблюдается в 89,4% случаев.



До лечения



После лечения

Кисты большего размера, диаметром до 1см, становятся малозаметными через 24 месяца. Регенерация таких кист заканчивается в пределах 2,5 года. Через год после лечения с применением «Коллапан-гель Л» негомогенная тень все еще продолжает определяься в области верхушек корней зубов, что вероятно связано с недостаточным обызвествлением новообразованной кости.

Таким образом, использование препарата «коллапан-гель Л» у 80 больных позволило достичь значительных успехов при эндодонтическом методе лечения одонтогенных воспалительных процессов, в том числе и активных заапикальных воздействиях, при которых отмечается полное восстановление костной структуры в патологическом очаге деструкции.

Литература:

1. Григорьянц Л.А., Зуев Д.Б., Бадалян Б.А., Белова Е.Ю., Копецкий И.С. Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей с использованием гидроксиапатита ультравысокой дисперсности без резекции верхушек корней.// Клиническая стоматология. - 1997. - №3. - С.54-57.
2. Ешиев А.М., Ибрагим уулу Анзор. Хирургическое лечение пародонтоза с применением синего света, биокомпозиционной резорбируемой мембраны Диплен-Гам, и остеопластического материала «Коллапан». // Центрально-Азиатский журнал сердечно-сосудистой хирургии. Бишкек, 2013.-№8.-С.68-72.
3. Тажибаев А.Ю. Лечение кисты челюстей с применением препарата «Колапол». // Медицинские кадры XX1 века. Бишкек, 2006.- №2.-С.118-120.
4. Шишкова Н.В. Современные методы диагностики регенерации костной ткани / Н. В. Шишкова //Сб. XXIV. науч. конф. мол. уч., посвященной 80-летию МГМСУ. – М.: 2002. – С.77-79.

УДК:616.31

Исмаилов А.А.
ОшГУ

Результаты социологического опроса жителей г. Ош о стоматологической помощи

Бул макалада Ош шаарынын тургундарына стоматологиялык жардам көрсөтүү жана кариес оорусунун калк арасында таралуусу боюнча жүргүзүлгөн социологиялык сурамжылоонун жыйынтыгы жана калктын стоматологдорго кайрылуусу тууралуу статистикалык материалдар талданып, бейтаптардын стоматологиялык жардам көрсөтүүнү жакшыртуу боюнча берилген сунуштары жалпыланган.

В данной статье приведены результаты социологического опроса жителей г. Ош об оказании стоматологической медицинской помощи, распространенность кариеса зубов, результаты статистической обработки материалов по обращаемости населения к стоматологам, обобщены предложения пациентов по улучшению стоматологической помощи.

In this article is given the results of sociological questioning of Osh city population about the giving medical stomatological care, spread of caries of teeth and results of statistical treatment dentists and improvement of stomatological care of patient.

Успешное функционирование любой медицинской службы в современных условиях возможно только при оптимальном взаимодействии всех звеньев, всех элементов системы здравоохранения, во многом зависит от уровня организации и управления деятельностью лечебных учреждений с целью оптимизации их работы [1,3,4].

Высокая обращаемость населения в ЛПУ с целью получения различных стоматологических услуг может быть объяснена целым комплексом медико-социальных факторов. Во-первых, следует учитывать широкое распространение в популяции основных стоматологических заболеваний, к которым в первую очередь относится кариозное поражение зубов, парадонтоз (пародонтит) и заболевания слизистой оболочки полости рта.

Несвоевременное выявление указанных заболеваний, недостаточное или некачественное их лечение нередко обуславливают развитие осложнений, заканчивающихся удалением не только молочных, но и постоянных зубов и развитием неполной или полной вторичной адентии [2].

С целью изучения мнения людей об улучшении медицинского обслуживания стоматологами и распространенности кариеса зубов проведено данное исследование.

В ходе исследования были рассчитаны и проанализированы показатели распространенности неосложненного кариеса зубов и его осложнений, а также среднее число зубов с кариесом, пульпитом и периодонтитом в различных половозрастных группах. С наибольшей частотой встречается несоложненный кариес (89,1%), значительно реже периодонтит (24,6%) и пульпит (22,8%). Несмотря на высокую распространенность среди населения болезней пародонта, частота выявления последних среди работников, обращающихся за стоматологической помощью в течение года, относительно невелика (3,3%). Очень редко фиксировалась такая форма острой одонтогенной инфекции, как периостит (0,42%).

Статистическая разработка материалов обращаемости позволила определить показатели интенсивности поражения кариесом зубов у населения, обратившихся в городские стоматологические поликлиник за стоматологической помощью. У одного среднестатистического пациента поражено более половины зубов (59,4%). При этом средний коэффициент интенсивности кариеса составил 19,0±0,51 зуба при следующей структуре индекса КПУ: К = 2,89±0,72, П = 10,32±0,58, У = 5,76±0,44. Расчет данного показателя в разных группах показал, что его значение существенно увеличивается с

возрастом пациентов: с 12,7 среди лиц моложе 25 лет до 26,5 зубов в самой старшей возрастной группе.

Установлены следующие средние значения случаев стоматологического лечения на одного обратившегося за два изучаемых года: кариеса зубов - 2,51±0,59, осложнений кариеса - 0,57±0,19 (в т.ч. пульпита - 0,25±0,03 и периодонтит - 0,32±0,07), некариозных поражений зубов - 0,03±0,01, болезней пародонта - 0,05±0,02, заболеваний слизистой оболочки полости рта - 0,02±0,01, периостита челюсти - 0,01, травм челюстно-лицевой области - 0,004.

Более интенсивно кариесом поражены зубы у женщин, чем у мужчин (средний КПУ соответственно 20,2±0,9 против 18,4±0,6). Вместе с тем, у женщин по сравнению с мужчинами отмечается в среднем меньше кариозных зубов (элемент «К» 2,5±0,6 против 3,1±0,8), несколько больше запломбированных зубов (элемент «П» 10,6±0,97 против 10,2±0,7) и заметно преобладает число удаленных зубов (элемент «У» 7,0±0,7 против 5,1±0,6).

По данным опроса, большинство респондентов (78,2%) регулярно соблюдает известные правила гигиены полости рта. Вместе с тем, в разных возрастных группах к правилам гигиены зубов и полости рта относятся по-разному. Среди опрошенных старше 60 лет лишь 63,6% регулярно соблюдают эти правила, а 27,3% - практически прибегает к гигиеническим мерам только по необходимости. В тоже время среди лиц 35-39 лет 86,5% отметили, что они регулярно соблюдают правила гигиены, лишь 3,9% указали, что они их соблюдают нерегулярно и еще 9,6% указали на то, что соблюдают правила гигиены только, если на то есть необходимость. Среди респондентов среднего возраста 45-49 лет только 72,2% указали, что они регулярно выполняют правила гигиены, а 18,1% отметили, что соблюдают эти правила при необходимости. Настораживает то, что значительная часть (14,3%) самых молодых участников опроса (до 25 лет) указала на то, что нерегулярно соблюдает гигиену зубов и полости рта [2].

Важное значение в соблюдении правил гигиены зубов имеет информированность о современных методах профилактики. Среди тех пациентов, которые очень хорошо информированы в вопросах профилактики, 79,1% регулярно соблюдают правила гигиены зубов, а 5,8% - нерегулярно. В тоже время среди плохо информированных о методах профилактики, только 52,6% регулярно соблюдают правила гигиены зубов, 26,3% делают это по необходимости, а 21,1% - вообще их не соблюдают.

Анализ данных анкетирования подтверждает, что жители посещают врачей-стоматологов с довольно разной частотой. Только 9,4% респондентов посещают стоматолога один раз в полгода и чаще, 30,1% посещают стоматолога один раз в год и примерно такую же долю (28,1%) составили респонденты, посещающие стоматолога один раз в два года. Следует отметить, что каждый четвертый (24,9%) ни разу не посещал стоматолога в течение двух лет.

По данным опроса только 14,8% жителей смогли попасть на прием к стоматологу сразу в первый день обращения. Большинство же не получило такой возможности в связи с полной записью на прием к врачам. При этом респонденты указали на разную длительность ожидания приема: 15,6% - от одного до 7 дней, 17,4% - от 8 до 10 дней, а более чем четверть участников опроса (26,7%) заявили, что им пришлось ждать назначенного приема стоматолога более 10 дней.

По результатам проведенного анализа выявлено, что жители более высоко оценивают качество стоматологической помощи, чем ее доступность. При этом, средние оценки качества помощи по месту работы и по месту жительства заметно отличаются (соответственно 3,18 балла и 3,82 балла), однако их разность статистически не доказана (t=1,79). В свою очередь средние оценки доступности по месту работы и по

месту жительства варьируют менее существенно (соответственно 3,00 балла и 3,52), их разность также статистически не доказана (t=1,51).

На вопрос о наличии постоянного лечащего врача-стоматолога утвердительно ответило более половины (55,1%) участников анкетирования. При этом в 34,1% случаев таковым был назван стоматолог городской поликлиники, а в 21,0% частно практикующий врач. Следует обратить внимание, что 44,4% респондентов указали, что у них нет вообще постоянного врача-стоматолога. При этом затруднились ответить лишь 0,5% респондентов.

На вопрос о степени удовлетворенности качеством стоматологической помощи в целом 14,3% участников анкетирования ответили, что удовлетворены полностью, 72,5% - не полностью и 13,2% - совершенно не удовлетворены качеством. Вместе с тем, по поводу качества работы стоматологической службы мнения участников анкетирования разделились. Значительная доля опрошенных (31,4%) отмечает, что за последние годы стоматологи стали работать лучше, более 1/3 (36,9%) считает, что стоматологическая служба работает по прежнему без изменений, 22,6% респондентов указывают, что работа стоматологов ухудшилась, а почти каждый десятый (9,1%) затруднился ответить на этот вопрос.

В ходе опроса подавляющее большинство респондентов (79,7%) высказало различные пожелания и предложения по оптимизации стоматологического обслуживания. Основная часть из них (47,0%) так или иначе направлена на совершенствование организации амбулаторного стоматологического приема: повысить доступность помощи и сократить время ожидания в очередях (18,3%), отменить запись по талонам и организовать запись по телефону (2,3%), обеспечить возможность выбора врача или учреждения (21,1%). Определенная часть предложений и пожеланий касается необходимости организации медицинского обслуживания: протезирование зубов (9,6%), пародонтологическая помощи (1,0%), рентгенодиагностика (3,5%) и др. В 2,9% анкет предлагается организовать обязательные ежегодные профилактические осмотры жителей стоматологами городских поликлиник. Кроме этого, среди сделанных респондентами предложений и пожеланий имеют место высказывания об улучшении уровня профессиональной подготовки врачей (1,8%), а также совершенствовании материально-технического обеспечения стоматологической службы (3,8%).

Одной из главных форм стоматологической помощи населения является плановая санация. Для повышения уровня охвата работников плановой санацией и показателей полноты санации среди выявленных больных, целесообразно принять целый ряд мер, включая активизацию деятельности по санитарно-гигиеническому воспитанию работников и пересмотр сложившихся принципов учета и оценки оказываемой помощи при проведении санации.

Чрезвычайно важным направлением совершенствования организации стоматологической помощи является обеспечение ее доступности, что требует приведения штатов в полное соответствие с потребностями обслуживаемого контингента. Для оптимизации нагрузки врача-стоматолога в период проведения плановой санации и при проведении профилактических осмотров после завершения санации предлагается введение в штатное расписание должности гигиениста стоматологического. Для оказания доврачебной помощи при виде деятельности по специальности «стоматология профилактическая» гигиенисту, имеющему соответствующее среднее образование, может быть поручено выполнение целого ряда мероприятий по диагностике и профилактике кариеса и заболеваний пародонта. Участие гигиениста в проведении плановой санации и в профилактической работе позволит не только более рационально использовать труд врачей, но и изменить саму стратегию профилактической деятельности [5].

Изучение материалов обращаемости, свидетельствует о том, что одним из главных факторов, негативно влияющих на показатели существующего уровня стоматологической помощи, является отсутствие организованной зубопротезной помощи.

В целях оптимизации системы управления работы стоматологической службой необходимо компьютеризировать все стоматологические кабинеты и создать единую информационную сеть, позволяющей обеспечить оперативность обмена рабочей информацией.

Таким образом, для повышения доступности, эффективности и качества стоматологической помощи жителям необходимо проведение комплекса организационных мероприятий.

Изучение возрастно-половой структуры пациентов, получивших стоматологическую помощь в городских стоматологических поликлиниках, свидетельствует о преобладании мужчин, составивших 67,4%. Наибольшая часть обращений за стоматологической помощью (61,2%) приходится на лиц в возрастном диапазоне от 30 до 50 лет, причем каждый пятый относится к возрастной группе 45-49 лет.

По данным обращаемости с наибольшей частотой среди горожан выявляется неосложненный кариес (89,1%), значительно реже периодонтит (24,6%) и пульпит (22,8%). Очень редко фиксировалась такая форма острой одонтогенной инфекции, как периостит (0,72%), что очевидно связано с тем, что недостаточно организовано оказание хирургической стоматологической помощи. Кроме того, несмотря на высокую распространенность среди населения болезней пародонта, частота выявления последних среди городских жителей, обращающихся за стоматологической помощью относительно невелика (3,3%).

Литература:

1. Вишняков Н.И., Гусев О.А., Мчелидзе Т.Ш. Мнение пациентов о рекламе стоматологических услуг // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. —1999. — №2. -С. 33-35.
2. Леонтьев В.К., Вагцер В.Д., Полуев В.И., Логинов А.А. Анализ и планирование деятельности стоматологической службы. // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2000. - №1. - С. 9-13.
3. Мирзабеков О.М. Состояние, проблемы и перспективы развития стоматологической службы. // Проблемы стоматологии. - 2000. - №3. – С. 5-10.
4. Стародубов В.И. Научное обоснование развития здравоохранения России в условиях социально-экономических реформ. Автореферат дисс… д.м.н. - М., 1997. – 250 с.
5. Щепин О.П., Овчаров В.К. Научные и организационные Предпосылки развития службы врача общей практики в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2000.- №5. - С. 25-29

УДК 618. 1

Исраилова З.А., Уметова Ж.А., Джумабаева Э.С.,
Субанова А.И., Жунусали уулу Төлөк, ОшМУ

Бойдон алдыруунун кесепети

Аборт аялдын саламаттыгына, келечегине кесепетин тийгизүүчү терс фактор болуп калууда. Макалада көйгөйдүн түрдүү аспектилери каралып, жайылуу себептери, калктын репродуктивдик саламаттыгына тийгизген таасирлери аныкталган. Ош облустунун кээ бир медицина мекемелеринде жасалган аборттордун кооптуулугу жана кесепеттери анализделген.

Аборт остается фактором, отрицательно влияющим на здоровье и будущее женщины. Рассматривая разные аспекты этой проблемы, уточняются причины распространения и отрицательное влияние на репродуктивное здоровье населения. Анализируется опасность для здоровья женщин и последствия проведенных абортов в некоторых медицинских учреждениях Ошской области.

The abortion remains one of the factors that negatively affect the health and future of woman. Examining the different aspects of this problem, the causes of its specified. The danger for health of women and the consequences of conductif abortions in some medical institutions of the Osh state are analyzed.

Киришүү

XX кылым абортту ачык - айкындаштырып жана үй-бүлөнү пландашдыруу ыкмасы катары кенири колдонулуп келе жатканын ырастады. Ошол эле учурда, коомчулуктун маданиятынын жогорулашы, төрөттү жөнгө салуу программаларынын кенири колдонуусу, жасалма бойдон түшүрүүгө адеп-ахлактык баа берүү суроосу курчуду.

Кылымдардан бери жасалма бойдон түшүрүү мыйзамдан тышкары болуп келген. Бардык диний конфессиялар ишенүүчүлөрдү ушул процедурага катышуусуна тыюу салган.

Аборт медициналык этика, философия, юриспруденция жана диндин эң байыркы көйгөйлөрүнүн бири болуп саналат.

Гиппократтын анты дарыгерлерди бойдон түшүрүүгө тыюу салат -‘’Мен бир да аялды аборт жасаганы тапшырбайм’’.

Бирок ошол эле учурда Аристотель жасалма бойдон түшүрүүнү мүмкүн деп эсептеген. Аристотелдин багыты эки учурду өзүнө камтыйт:

1) Аборттун зарылдыгы демографиялык максатка негизделиши (төрөттү жөнгө салуу);

2) Түйүлдүктө «сезүү жана кыймыл активдүүлүгү» жарала электе аборт жасоо мүмкүн деп эсептеген.

Байыркы Римде, өзгөчө акыркы мезгилдеринде, аборт жасоо уят иш катары эсептелбей кенири колдонулган. Кийинчерээк Рим империясы башка жерлерди басып алуу үчүн аскерлерге муктаж боло баштаганда; кулдардын санын көбөйтүү максатта аборт кылган аялдарды жана аны жасоого катышкандарды, катуу жазалай баштаган.

Ошол кездерде, бойдон түшүрүүгө спорынья препараттарын колдонушкан. Тилекке каршы, колдонгон аялдардын кээ бирлеринин боюнан түшпөй, терс ууланууу таасирлери учураган. Бизге «Антонов огонь», «Злая корча» аттары менен белгилүү болгон оорулар, спорыньядан ууланууунун жыйынтыктары.

Жасалма аборттун жатын көндөйүнө кирүү жолу - хирургиялык техникасы болжол менен 1750 - жылдан бери белгилүү.

Криминалдык (мыйзамсыз) аборт - деп жасалма бойдон түшүрүүнү, медициналык мекемеден тышкары, ‘’акушер-гинеколог’’ адистиги боюнча сертификаты жок адам тарабынан жасалганы эсептелет.

Актуалдуулугу:

✓ Кыргызстандагы социалдык - экономикалык абалдын татаал мезгилинде, жумушсуздук, сойкулук, баңгилик, жыныстык жолдор менен жугуучу инфекцияларынын санынын өсүшү сыяктуу көйгөйлөрдүн катарындагы – аборттун санынын көбөйүшү, албетте, келечектеги ата-энелерди дени сак балалуу болууну көздөген жаштарды тынчсыздандырууда;

✓ Республикалык статистикалык борбор белгилегендей, мамлекеттик жана жеке медициналык мекемелерде аборт абдан көп жасалып, бирок эч жерде катталбаган учурлардын өсүү тенденциясы;

✓ Өспүрүм кыздардын (18 жашка чейин) арасында аборттун санынын көбөйүшү;

✓ Абортттун кесепеттери - тукумсуздукка, бойдон өнөкөт түшүүсүнө, аялдын жыныстык мүчөлөрдүн сезгенүүлөрүнө, гормоналдык мүчүлүштөрүнүн келип чыгышына, айыздын бузулушуна, кээ бир учурларда аялдардын өлүмүнө да алып келүүдө.

Изилдөөнүн максаты жана милдеттери:

1. Аборттун жайылуу себептерин, аялдардын репродуктивдик ден соолугуна тийгизген терс таасирлерин аныктоо (статистикалык анализ);
2. Ош облусунун медицина мекемелеринде жасалган аборттордун, аялдын ден соолугуна жаралган кооптуулугу жана кесепеттери талданган.

Изилдөөнүн ыкмалары:

- Абортко тиешелүү адабий булактарды анализдөө;
- Аборт жасалуучу мекемелердеги медицина кызматкерлерин сурамжылоо;
- Областык төрөт үйүндө 2008 - 2012 – жылдары жасалган аборттордун учеттук карталарын анализдөө.

Аборттун моралдык - этикалык аспектилери:

Акыркы он жылда, аборт ар тараптан талкуу жараткан көйгөйгө айланганы белгиленүүдө. Укук коргоочулар жана алардын каршылаштары төмөндөгү суроолорду коюп жатышат:

✓ Эмбрион башка адамдар сыяктуу эле өлтүрүлбөш керекпи же?

✓ Аял өзү каалабаган кошбойлуулукту көтөрүп жүрүшүн, өзүнүн өмүрүнөн, ден соолугунан да жогору коюусун мажбурлоого мүмкүнбү?

Абортко тиешелүү болгон репродуктивдик ден-соолук, репродуктивдик тандоо жана адамдын репродуктивдик укуктары жөнүндөгү суроолордун бир бөлүгү. Аялдар өз репродуктивдик укуктарын эркин жана жоопкерчиликтүү тандоого негиздейт, түйүлдүктү көтөрүп төрөш керекпи же аборт жасатуу керекпи-аргументациялары үй-бүлөнү пландашдыруу эл аралык федерациясынын документтеринде жана Кыргыз Республикасынын “Жарандардын репродуктивдик укуктары жөнүндө” - мыйзамы тарабынан таанылып бекитилген. Ал мыйзамда негизги түшүнүктөр да белгиленген:

Репродуктивдик ден соолук - бул ден соолуктун эн маанилүү аспектисин камтып - тукум калтыруу жөндөмдүүлүгүн, бул чөйрөдө эркин чечим кабыл алуусун, канааттандырарлык жана коопсуз жыныстык жашоону камсыз кылууну түшүндүрөт.

Репродуктивдик тандоо - бул сексуалдуулук суроолор боюнча жана бала төрөөдө моралдык жактан өз алдынча жоопкерчиликти чагылдырат;

Репродуктивдик укук - бул репродуктивдик ден соолукту камсыз кылуучу социалдык шарттарды түзүп берет. Алар көптөгөн эл аралык иш кагаздарында адам укуктары боюнча жана улуттук мыйзамдарда жакшы чагылдырылган.

Аборттун каршылаштарынын негизги акценти: эмбрион, түйүлдүк бардык адамдар сыяктуу эле жашоого укугу бар. Жасалма бойдон түшүрүү - дайыма адам баласынын өмүрүн кыюу деп эсептелген б.а., өлтүрүү, ошондуктан ‘’өлтүрүү укугу’’жөнүндө айтууга мүмкүнбү?

Келтирген жүйөөлөр түйүлдүктүн өсүшү тууралуу эмбриологиялык белгилер өтө чон эмоционалдык күчкө ээ. Түйүлдүк пайда болгон 18 күндөн баштап жүрөгү сого

баштайт, 21 күндөн кийин анын тунгуюкталган кан айлануусу пайда болот, 40чы күнү баш мээсинде электр импульстар пайда болот, кошбойлуулуктун 6-7 -жумасында түйүлдүк өз алдынча кыймылдай баштайт.

Укук коргоочу контекст:

Аборттун көйгөйү укук коргоочу контекстте абдан карама - каршы пикирде. Бир жактан караганда, канчалык даражада туула элек бала жашоо укугуна ээ - деген суроо турат. Экинчи жактан, эне өзү өз денесин тескей алабы, анда ал физикалык кол тийбестикке жана аял өзү жашоо укугуна ээби? - деген суроо турат. Айтор, эне менен төрөлө элек баланы теңдештирүү, алардын бирөөсүн тандоо сыяктуу татаал маселелер турат.

Демографиялык аспект:

Жубайлардын демографиялык жүрүш-турушуна таасир көрсөтүүчү түрдүү факторлор болуп: коомдук жана үй-бүлөлүк каада-салттар, жогорку деңгээлдеги жашоого умтулуу, үй-бүлөгө коом тараптан көрсөтүлгөн тейлөөнүн сапаты, жубайлардын жана ата-эненин милдеттерине даярдык деңгээли болуп келмекчи.

Коомдун демографиялык өнүгүүсү калктын санынын өсүшүнө гана байланышпастан, ал жалпы маданияттын деңгээлин көтөрүү менен бирге балдардын тарбиясын жогорку деңгээлге ыңгайлаштыруу менен коштолушу зарыл. Баңгилик, кылмыштуулук, өз өмүрүн кыюу сыяктуу жагымсыз көрүнүштөрдөн коом - үй-бүлөдөгү тарбия аркылуу инсандын жеке сапаттарын өстүрүү менен алардан арылууга умтулат.

Акыркы мезгилде төрөттөрдүн санын азайтуу кеңири орун алып келген фактысын эске алуу керек. Нике жеке максатты эмес, бийик максаттарды көздөөсү зарыл, көбөйүү жана улутту сактап калууга кызмат кылыш керек, мына ушунда никенин чыныгы маани - маңызы.

Экономикалык аспектилери:

Кооптуу абортту башынан өткөргөн 10-15% аялдар аборттун кесепеттеринен дарылануууга муктаж. Кээ бир өлкөлөрдө бюджеттин 50%зы ооруканага, кооптуу аборттун татаалдашуусун дарылоого сарпталып келет. (госпиталдаштыруу, дары каражаттары, ж.б. чыгымдарга).

Аборттордун криминалдашуусу абактарды, балдар үйлөрүн, ооруканаларды камсыздоого байланыштуу бюджеттеги кошумча чыңалууларга алып келет.

Тарыхий – диний аспектилери:

Адамдын пайда болуш тарыхы куранда көргөзүлгөндөй - Аллах адамды биринчи топурактан, ылайдан жасап, андан кийин ага жан киргизди.

Ал эми, ислам мектептеринин өкүлдөрү (суннилер, шииттер) бойдон түшүрүүгө уруксат беришет. Бирок мөөнөтү ар мектепте ар кандай көрсөтүлгөн - 40 күндөн 120 күнгө чейин (түйүлдүк жан кабыл ала элек деп эсептешет).

Аллага чексиз мактоолор болсун! ‘’Чындыгында, ар бириңиздердин жаралууңуздар эненин ичинде жүрөт: кырк күн урук түрүндө, андан соң ошол эле мезгилде коюу кан түрүндө, андан сон ошол эле мезгилде бир тиштем эттен жаратып, жан киргизүү максатта периште жөнөтүлөт, ал жашоо каражаттарын, өмүрүнүн узундугун, анын аракетин жана бактылуу болобу же бактысыз болобу – деген 4 нерсени жазып келүү буйругу берилет. Өзүбүз каалаган түйүлдүктү белгиленген мөөнөткө чейин жатынга жайгаштырабыз...” аж сурөөсү, 642- аят.

Өткөн жана азыркы мезгилдеги ислам аалымдарынын пикири бирдей чыгып 120 күндөн кийин адамдын түйүлдүгүн жок кылууга тыюу салынат (арам) жана кылмыш болуп саналат. Бул мезгилге чейин жана андан кийин аборт жасоого өтө өзгөчө кырдаалдарда жол берилет.

Эгерде эненин ден-соолугуна кооптуу абал түзүлсө, зордуктоо (“игтисаб”) кесепетинен бойдо бүтсө аял аборт жасоого укугу бар.

Өлкөлөр, абортко жол берүү боюнча бир нече группаларга бөлүнөт:

1. **Толук тыюу салынган өлкөлөр**: Никарагуа, Сальвадор, Чили, Мальта жана Филиппиндер, Ватиканда аборттор мыйзам менен тыюу салынган.
2. **Өзгөчө кырдаалдардан сырткары, толук тыюу салынган өлкөлөр.** Афганистан, Ангола, Бангладеш, Венесуэла, Гватемала, Гондурас, Египет, Индонезия, Ирак, Иран, Ирландия, Йемен, Колумбия, Ливан, Ливия, Мавритания, Мали, Непал, ОАЭ, Оман, Парагвай, Папуа-Жаңы Гвинея, Сирия. Бул өлкөлөрдө аборт жатын ичиндеги жашоого каршы кылмыш катары каралып адам өлтүрүү кылмышы менен теңелет. Аялдын өмүрүн сактап калуу учурларында гана абортко жол берилип, калган учурларда абортко толук тыюу салынган.
3. **Медициналык көрсөтмө жана түрдүү өзгөчө учурлардагы аборттор.** Алжир, Аргентина, Боливия, Бразилия, Гана, Израиль, Кения, Коста-Рика, Марокко, Мексика, Нигерия, Пакистан, Перу, Польша, Уругвайда абортторго аялдын саламаттыгына жана өмүрүнө коркунуч туулган учурларда гана уруксат берилет, башкача айтканда медициналык көрсөтмөлөрдүн негизинде. Мисалга, Испанияда 1985 - жылы аборттор аялдын физикалык жана психикалык саламаттыгына байланыштуу учурларда: зордуктоо, түйүлдүктүн жүйөөлүү тубаса кемчиликтерине жана кош бойлуулукка байланышкан жүйөөлүү тобокелдиктер орун алган учурларда аборт легалдаштырылган.
4. **Медициналык жана социалдык-экономикалык көрсөтмөлөр боюнча аборттор.** Англия, Индия, Исландия, Люксембург, Финляндия, Японияда аборттор медициналык жана социалдык-экономикалык көрсөтмөлөр боюнча жана зордуктоо болгон учурларда гана уруксат берилет.
5. **Аборт эркиндиги**. Бир нече либералдык группадагы өлкөлөрдө мыйзам чыгаруучу аялдын кош бойлуулугуна карата жеке чечим чыгаруу укугун таануудан келип чыгат. Укуктук саясат аялдын саламаттыгын коргоого багытталган, башкача айтканда, ооруканадан сырткары жана кош бойлуулуктун чоң мөөнөтүндө абортторго тыюу салынат. КМШ жана Балтия аймагындагы өлкөлөр, Австралия, Австрия, Албания, Бельгия, Болгария, Венгрия, Вьетнам, Германия, Греция, Дания, Италия, Камбоджа, Канада КНР, Куба, Монголия Нидерланды, Норвегия, Россия, Румыния, Сингапур, Словакия, США, Тунис, Турция, Франция, Чехия, Швеция, ЮАРда “каалоо” боюнча кош бойлуулуктун эрте мезгилинде уруксат берилген өлкөлөргө киришет. 2011 - жылы Венгрияда кабыл алынган Конституцияда адамдын өмүрү түйүлдүктөн башталат деп, абортту адам өлтүрүү менен теңейт.

Жасалма бойдон алдырууну тыюу салган өлкөлөрдө, аборт дагы да болсо жайылган көрүнүш бойдон калууда. Мындай тыюу салуулар кош бойлуу аялдарды сапаттуу тейлөөдөн чектөө дегенди түшүндүрүп, аларды жашыруун боюнан түшүрөт (криминалдык) жана башка өлкөнүн клиникасына кайрылууга (акталбаган чыгымдар) мажбур кылат.

Мисалы: Непалда абортко тыюу салынган, бирок энелердин өлүмүнүн көрсөткүчү дүйнөдө эн жогорку көрсөткүчтү берет 100000ден 1500ге туура келет, анын структурасында 50%ды аборттун кесепетинен. Жылына 4000ге жакын аял мыйзамсыз аборттон өлсө, ал эми Шотландиянын жана Ирландиянын миндеген жашоочулары бойдон алдыруу үчүн Англиянын клиникаларына кайрылышат.

Аборттко уруксат берилген максаттар:

-98% өлкөдө аялдын өмүрүн сактап калыш максатта;
-62%да физикалык жана психикалык ден соолугун сактоо үчүн;
-42%да инцест же зордукталгандан кийинки учурларда;
-40%да түйүлдүктүн кемчилигинин себебинен;
-29%да социалдык жана экономикалык себептерден;
-21%да сураныч боюнча.

Аборт боюнча статистикалык маалымат:

Дүйнөдө жыл сайын: 260млн ашуун бойдо бүтүү болот. Анын 22%зы (46млн.) жасалма бойдон алдырышат. 10-20 млн криминалдык аборт жасашат, 100000-200000 криминалдык аборттон көз жумушат.

Кыргызстан мыйзам чыгарууда либералдуу өлкө болуп төмөнкү учурларда уруксат берет:

- Кош бойлуулуктун 12 жумасына чейин ‘’каалоолор боюнча’’;
- Социалдык көрсөтмө боюнча 22 жумага чейин;
- Медициналык көрсөтмө боюнча 22 жумага чейин;

Таблица №1

Төрөт жашындагы аялдардын контрацептивтерди колдонуусу (%)

Аталышы/ жылдары	2001	2002	2003	2004	2005
Кыргыз Республикасы	33.1	29.4	41.2	38.1	38.6
Баткен областы	28.6	38.1	32.4	36.5	25.6
Жалал-Абат областы	27.5	25.6	32.1	29.3	26.3
Ысык-Көл областы	34.1	22.4	45.7	39.7	57.3
Нарын областы	36.6	31.9	34.3	43.1	51.8
Ош областы	24.7	37.4	35.0	35.0	38.8
Талас областы	48.0	24.2	38.5	43.4	84.0
Чүй областы	33.7	41.0	46.5	40.5	36.6
Бишкек ш.	46.5	31.8	46.8	39.1	36.0
Ош ш.	-	-	66.0	48.4	41.1

Таблица№2

Курагы боюнча аборттун саны

Аялдардын жашы/ жылдары	2003		2004		2005	
	Бардыгы	1000 аялга	Бардыгы	1000 аялга	Бардыгы	1000 аялга
	19225	13,9^2	19984	14,2^2	20035	14^2
12-19	1719	3,8	1958	4,2	1832	9,2
20-24	4245	21,3	5026	20,5	4463	23,5
25-29	4938	24,0	5168	24,7	4779	22,5
30-34	4430	23,9	4385	23,4	4455	17,7
35 ж. жогору	3893	13,2	3447	11,3	4506	3,9

Таблица№3

Ош шаарындагы акыркы төрт жылдагы аборттордун саны

Аталышы/жылдары	2008	2009	2010	2011	2012
Медикаментоздук аборт	51	93	53	15	-
Мини аборт	77	103	101	60	134
Аборт мед. көрсөтмө боюнча	49	52	84	70	16
Аборт соц. көрсөтмө боюнча	41	27	17	23	8

Криминалдык аборттун кесепеттери:

Кооптуу аборт аялдын физикалык жана психикалык ден соолугунун оорлошуна алып келет, алар:

Эрте байкалган кесепеттери:

- Инфекция, жамбаш чарасындагы органдардын сезгенүүсү, көп кан кетүү, жатын моюнчасынын жабыркашы, жатындын тешилүүсү, ичегинин жабыркашы, бөйрөктүн жабыркашы, газдык гангрена, шок, өлүм.

Кеч байкалган таасирлери:

- Жатындын сыртында бойдо бүтүү, жамбаш чарасындагы органдардын өнөкөт сезгенүүсүнө, тукумсуздук; депрессия.

Эмне үчүн аялдар кооптуу абортту жасашат?

- Административдик талап;
- Билимдин жана маалыматтын жоктугу;
- Үй-бүлөнү пландаштыруу ыкмалары жана аборттун кесепеттери жөнүндө маалыматын жетишсиздиги;
- Жубайлардын жаман мамилеси;
- Өнөктөштүн басымы
- Сексуалдык зордуктоо

Жыйынтык:

Кыргызстанда социалдык-экономикалык абалдын татаалдыгы, ички жана сырткы миграциянын өсүшү, репродуктивдик куракка кирип келген жаштардын жылдан-жылга жалпы маданиятынын төмөндөшү, жаштардын нравалык баалуулуктарынын, коомдогу идеологиялык тарбиянын өзгөрүшү мыйзамсыз аборттордун өсүшүнө түздөн - түз терс таасирин тийгизүүдө. Өлкөбүздөгү энелердин өлүмүнүн көбөйүшү буга далил боло алат.

Ошондуктан, биздин аялдарга жана кыздарга репродуктивдик ден-соолук, репродуктивдик укуктар боюнча семинарларды өткөрүп жана убагы менен гинекологдун кароосуна жана кенешине шарт түзүп берүү зарыл.

Адабияттар:

1. Кыргыз Республикасынын Мыйзамы: жарандардын репродуктивдик укуктары жөнүндө. - Б., 2002.
2. Абдысатарова Ч., Бозова С.Д., Основы клинического обучения по репродуктивному здоровью (учебное пособие для медсестер ГСВ) - Б., 2004.
3. Paul D. Blumenthal, Noel McIntosh. Краткое руководство по репродуктивному здоровью и контрацепции Второе издание, - Б., АРХИ, 2003.
4. Жакупова Ч.И., Защита репродуктивных прав (информационное пособие для тренеров) – Б., 2005.
5. Мусуралиев М.С., Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. Третье издание, Б., 2004.
6. Мусуралиев М.С.,Акушерлик терминдик түшүндүрмө сөздүк. – Б., 2011.

УДК: 616.34-002.2

Каракозуев М.М., Камбарова А.О.,
Нуруева З.А. ОМДКБ, ОшГУ

Частота и структура гастродуоденальной патологии у детей по южному региону

Проведен анализ работы эндоскопического кабинета ОМДКБ за 3 года (2010-2011-2012гг.). Изучены истории болезней детей с гастродуоденальной патологией, прошедших эндоскопические исследования. Определены частота хронических болезней органов пищеварительного тракта, отмечен рост хронических гастродуоденитов. В структуре язвенной болезни у детей значительно превалирует язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), составив 92,4%.

There was analyzing of working endoscopic office of OMDKB in 3 years (2010-2011-2012). There was studied children's case history with gastroduodenal pathology, pasted after endoscopic research. Determined

frequency of chronic disease of alimentary canal's organs, there was growth of chronic gastroduodenitis. In structure of ulcer disease of children importantly preponderate ulcer disease of duodenum, making 92,4%.

В Кыргызстане в целом в структуре заболеваемости детей от 0-14 лет в течении последних лет болезни органов пищеварения занимают 8,5-8,3%. [1].

Болезни желудка и 12-перстной кишки (ДПК) представляют серьезную медикосоциальную проблему в связи с ростом заболеваемости , снижением качества жизни пациентов и проблемой патоморфоза гастродуоденальных заболеваний у современных людей. [2]

В России за последние 10 лет частота заболеваний органов пищеварительного тракта возросла в 1,9 раз. В структуре заболеваний системы пищеварения у детей ведущее месте занимает патология верхних отделов пищеварительного тракта, которая составляет 54-56%, при этом одно из ведущих мест занимают деструктивные (эрозивные и язвенные процессы – ЭЯП) слизистой оболочки (СО) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [4,5].

Цель: Изучение частоты поражения верхних отделов пищеварительного тракта у детей по данным эндоскопических исследований.

Методы исследования. Изучены истории болезни больных прошедших эндоскопические методы исследований, журналы регистрации, протоколы и конъюктурные отчеты клинических отделений и эндоскопического кабинета.

Эндоскопический кабинет ОМДКБ функционирует более 20 лет. По штату выделен врач эндоскопист и медсестра. Кабинет оснащен следующей работающей аппаратурой, которая отвечает требованиям диагностики:

Эзоофагогастроскоп FG-24 –V- Пентакс-2004г.

Эзоофагогастроскоп FG-24 –V- Пентакс-2012г.

Колоноскоп FC-38 –L- Пентакс-2005г.

Наименьший возраст исследования детей 2-3 года. В кабинет по клиническим и лабораторным показаниям направляются больные до 14-15 лет и взрослые. Больные направляются со всех клинических отделений, но основной процент направляют врачи гепатологического, гастроэнтерологического, аллергологического, хирургического и клинико-диагностического отделений.

В течение 2012 года было проведено 465 эндоскопических исследований, за 2011 год -460, за 2010 год -400. ЭГД-скопические исследования проведены больным за 3 года с КДО-397 (29,0%), гепатологического -336 (25,3%), гастроэнтерологического 253(19,0%),хирургического-155(11,6), и 14,2% по несколько больных с других отделений.

Частота и структура поражения ВОПТ за 2010-2011-2012гг. (эндоскопические данные)

№ п/п	Эндоскопическая характеристика поражений СО-ВОПТ	2012г.	2011г.	2010г.
1	Стеноз пищевода	1	-	2
2	ГЭР с эзофагитом	-	3	3
3	Варикозное расширение вен пищевода	4	3	2
4	Язва пищевода	-	3	-
5	Гастрит поверхностный	100	85	100
6	Гастрит гипертрофический	137	110	107
7	Гастрит атрофический	-	-	1
8	Гастрит эрозивный	8	8	10
9	Поверхностный дуоденит	121	110	100
10	Гастродуоденит поверхностный	202	100	157
11	Гипертрофический дуоденит	37	32	24

12	Гастродуоденит гипертрофический	16	29	24
13	Язва желудка	5	7	4
14	Язва ЛДПК	45	33	38
15	Множественная язва желудка	3	4	4
16	Язва ЛДПК в стадии заживления	13	10	5
17	Другие поражения ВОПТ	1	6	4

Вывод: Из таблицы явствует, что за 3года проведено 1325 исследований, из них по представленной эндоскопической характеристике слизистой оболочки желудка и ДПК выявлено, что гастродуоденит диагностирован у 528 больных (39,8%), язва желудка и ДПК составили 171(12,9%). В структуре язвенной болезни у детей значительно превалирует язвенная болезнь 12п.к. составив 92,4%.

Многие авторы, как в прошлые годы, выполняют эндоскопическое исследование верхних отделов ЖКТ по строгим показаниям и возражают против их расширения. Болезни ЖКТ могут протекать малосимптомно и атипично, под различными масками. Наше исследование свидетельствует о том, что расширение показаний к эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) оправдано и повышает качество диагностики заболеваний пищевода, желудка и 12п.к. у детей. Отсутствие выявленной патологии после ЭГДС - это тоже важный момент в дифференциальной диагностике.

Показанием к ЭГДС мы считаем все боли в животе независимо от локализации и сроков заболевания, включая боли, купировавшиеся самостоятельно, а не только хронические и рецидивирующие боли в эпигастральной области. Таким образом вопросы ранней диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов пищеварения у детей в последние годы вышли за рамки собственно педиатрии и представляют собой сложную и большую медико-социальную проблему. Эндоскопическое исследование показано не только при заболеваниях ЖКТ, но и при его поражении, обусловленном другими состояниями, а именно: тяжелыми обширными ожогами, шоком, интоксикацией, сепсисом, черепно-мозговыми травмами, тяжелой патологией ЦНС, заболеваниями печени и т.д.

Литература:

1. Узакбаев К.А. Охрана здоровья детей и подростков. Проблемы и перспективы развития «Здоровья матери и ребенка». 2013г. Том-№5,№1 стр.3-8.
2. ТрутневаЛ.А. , Чемоданов В.В. «Особенности гасродуоденальных заболеваний у детей с недифференцированных дисплазии соединительной ткани. Журнал Педиатрия 2010 г. Том 89 №2 стр. 12-15.
3. Волынеу Г.В. Этиологические факторы хронических гастритов у детей. Вопросы современной педиатрии 2006 г. 5/3 стр.15-21.
4. Даларадский И,В. « Вопросы патогенности Helicobacter pylori, Журнал Педиатрия 2001г. Стр.45-47.

УДК: 611-013.85

Кенешбаев Б.К., Сакибаев К.Ш., Нуруев М.К.,
Козуев К.Б. , Ташматова Н.М., ОшГУ

Планиметрические данные сосудистых элементов плаценты жительниц сурьмяного региона

Сурьма менен аныкталган экологиялык шарттарда бала тонундагы өзөк түкчөлөрүндөгү веналардын көлөмү жана алардын кесилиш аянтынын көрсөткүчтөрү бир эле убакта терминалдык түкчөлөрдөгү кан тамырлардын салыштырмалуу көлөмдөрү менен биргеликте көбөйүшү ылайыкташкан компенсатордук реакция катары бааланды.

В экологических условиях сурьмяной провинции наиболее целесообразной компенсаторной реакцией оказалось достоверное увеличение показателей площади поперечного сечения просвета и объёма вен стволовых ворсин с одновременным приростом удельного объёма сосудистых компонентов терминальных ворсин.

In ecological terms antimony province most appropriate compensatory response was a significant increase in performance cross-sectional area of the lumen of the veins and stem villi with a simultaneous increase in the specific volume of vascular components of terminal villi.

Основными источниками загрязнения окружающей среды являются предприятия горнорудной промышленности. В Баткенской области Кыргызской Республики действуют крупнейшие в Центральной Азии горно-металлургические предприятия по производству сурьмы (Кадамжай) и ртути (Хайдаркан). Ртутно-сурьмяной биогеохимический регион охватывает территории трех государств - Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана, где проживает свыше 7,5 млн. человек [2]. Следовательно, изучение эколого-гигиенической ситуации региона имеет как геополитическое, социально-экономическое, так и медико-биологическое значение [4, 6].

Критерии, характеризующие репродуктивное здоровье, могут быть использованы в качестве показателей оценки состояния окружающей среды [3, 4, 5].

Морфоструктуры плаценты относят к ключевым в обеспечении трофики, развития будущего ребенка и главным коммутатором системы “мать-плацента-плод”[3]. В то же время в доступной литературе имеется мало сведений по морфометрии и в особенности сосудистых компонентов хориальных ворсин плаценты женщин, проживающих в сурьмяной биогеохимической провинции (СБГХП).

С учетом вышесказанного, целью данной работы явилось изучение планиметрических особенностей структурных компонентов сосудистого хориона жительниц проживающих в СБГХП.

Материал и методы исследования

Объектом исследования явились 142 плаценты рожениц после естественного родоразрешения (39-41нед). Исходя из степени загрязнения, окружающей среды, исследуемый материал был распределен на 3 группы: I группа - 78 плаценты, полученные от рожениц постоянно проживающих в зоне максимальной загрязненности (на расстоянии от 1 до 30 км от источника загрязнения - п.г.т. Кадамжай), II группа (контрольная) включала – 32 плаценты, полученные от рожениц постоянно проживающих в зоне слабой интенсивности загрязнения (на расстоянии 120-140 км от источника загрязнения - г. Ош);

Сбор материала проводился на базе роддомов г. Ош и родильных отделений ЦРБ Кадамжая.

Исследование плацент проводилась на основании методов, описанных А.И. Брусиловским (1986), С.А. Степановым (1991), А.П. Милованов ым (1999).

Для планиметрического исследования подчитывалась диаметр просвета, диаметр и толщина стенки сосудов опорных ворсин и сосудов пуповины, площадь поперечного сечения (ППС), а также индекс Керногана.

Статистическую обработку проводили с использованием критерия достоверности (р) по Стьюденту.

Результаты исследований и их обсуждение

Комплексный анализ содержания сурьмы показало, что данный элемент большей степени накапливается в пуповинах (11,8 раз), центральной (7,5 раз) и краевой (5,7 раз) зонах плаценты.

В последах первородящих женщин первой группы, содержание сурьмы составляет 0,068±0,039, 0,051±0,026 и 0,094±0,049 мг/кг соответственно в центральной, краевой зоне и пуповине (рис. 1). Содержания сурьмы в плацентах женщин, проживающих в СБГХП, по сравнению с аналогичными показателями женщин второй группы значительно больше соответственно на 11,3, 10,2 и 11,7 (первородящие), на 11,7, 8,2 и 4,5 (повторнородящие), и на 9, 3,1 и 2,5 (многорожавшие). Разница показателей концентрации сурьмы первой группы достоверны по сравнению с контролем (р<0,05).

Планиметрия вен стволовых ворсин (табл. 1) плаценты первородящих женщин I группы показывает что, в центральной зоне есть достоверное различие между диаметром просвета вен – 41,66±0,71мкм (р<0,05), толщиной стенки – 5,89±0,29 мкм (р<0,01) и индексом Керногана – 0,14±0,004 (р<0,001), кроме диаметра, ППС и объема вен (р>0,05).

В краевой зоне параметры диаметра вен, просвета, ППС и объем вен достоверно (р<0,001) уменьшается (табл. 3). Индекс Керногана увеличивается по сравнению с контролем (р<0,01). Толщина стенки вен не имеет существенных различий по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы.

Таблица 1.

Планиметрия вен стволовых ворсин плацент женщин Кадамжая (в мкм)

Параметры	Паритет родов					
	Первородящие		Повторнородящие		Многорожавшие	
	Участок плаценты					
	Центральный	Краевой	Центральный	Краевой	Центральный	Краевой
d-сосуда	53,44±0,62	48,63±0,5	66,8±1,13	68,32±1,57	49,17±0,76	51,26±0,74
	53,63±0,57*	53,75±0,65*	48,73±0,7*	49,53±0,52*	49,24±0,5*	49,89±0,52*
	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	*>0,05*	*>0,05*
d-просвета	41,66±0,71	38,63±0,53	47,04±1,24	52,34±1,57	38,09±0,7	42,01±0,68
	43,65±0,67*	43,77±0,73*	38,9±0,68*	39,97±0,64*	40,13±0,53*	40,21±0,53*
	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,05	<0,05
Толщина стенки	5,89±0,29	5±0,19	9,89±0,49	7,99±0,42	5,54±0,27	4,62±0,19
	4,99±0,24*	4,99±0,16*	4,91±0,14*	4,78±0,2*	4,55±0,2*	4,84±0,11*
	<0,01	*>0,05*	<0,001	<0,001	<0,01	<0,001
Индекс Керногана	0,14±0,004	0,13±0,003	0,21±0,004	0,15±0,003	0,14±0,003	0,11±0,003
	0,12±0,003*	0,11±0,001*	0,13±0,001*	0,12±0,004*	0,11±0,003*	0,12±0,002*
	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01

Примечание: * - контрольная группа

У повторнородящих женщин, наблюдается другая картина, где в центральных и краевых зонах по сравнению с контролем происходит достоверное увеличение показателей всех параметров (р<0,001).

Таблица 2.

Площадь поперечного сечения просвета и объема вен стволовых ворсин плацент женщин Кадамжая

Паритет родов	Участок плаценты	Площадь поперечного сечения, мкм^2		Объем, мкм^3	
		I группа	контроль	I группа	контроль
Первородящие	Центральный	2284,1±52,6	2269,3±47,3	378,2±8,69	375,6±7,8
		p>0,05		*p>0,05*	
	Краевой	1877,9±38,2	2284,7±55,3	310,9±6,2	378,3±9,1
		p<0,001		p<0,001	
Повторно родящие	Центральный	3578,4±122,5	1882,9±52,5	592,5±20,2	311,8±8,6
		p<0,001		p<0,001	
	Краевой	3729,4±183,9	1943,6±40	617,6±30,4	321,8±6,6
		p<0,001		p<0,001	
Много рожавшие	Центральный	1921,7±59,8	1910,9±39,6	318,2±9,8	316,4±6,5
		p>0,05		*p>0,05*	
	Краевой	2095,8±60,2	1963,7±40,7	348±9,9*	324,1±6,6
		p>0,05		p<0,05	

В центральной и краевой зонах плацент многорожавших женщин диаметры вен достоверно не отличается по сравнению с контрольной группой. Между тем, диаметр просвета вен центральной зоны уменьшается до 38,09±0,7мкм (контроль 40,13±0,53), тогда как, краевой зоны увеличивается – 42,01±0,68мкм (контроль 40,21±0,53). Увеличение толщины стенки вен центральной зоны (5,54±0,27мкм) ведет к росту ИК (0,14±0,003), тогда как аналогичные показатели краевой зоны достоверно уменьшается.

Сравнения показателей ППС и объема вен центральной зоны не выявило достоверных различий. По сравнению с контролем ППС сосудов краевой зоны не отличаются, тогда как объем вен увеличивается до 348±9,9мкм^3 (контроль – 324,1±6,6; p<0,05).

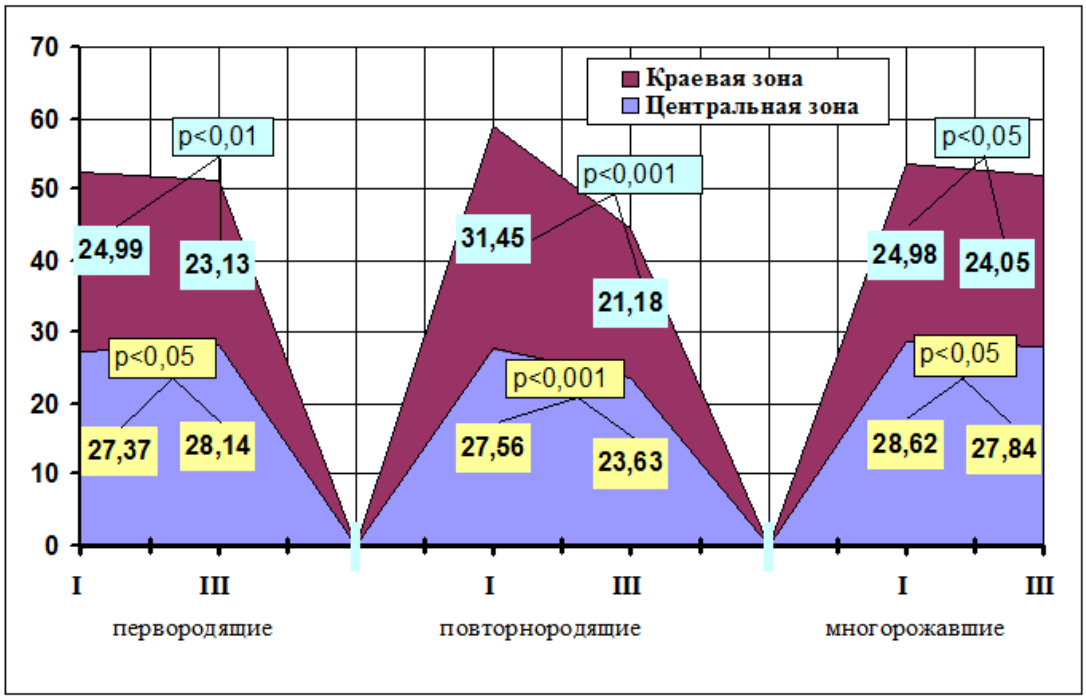


Рис. 1. Удельный объем сосудистого компонента терминальных ворсин I группы

Как видно из рисунка 1, удельный объем (УО) сосудистого компонента концевых ворсин у первородящих I группы центральной зоны уменьшается (27,37±0,28; контроль – 28,14±0,26), а краевой зоны возрастает (24,99±0,3; контроль – 23,13±0,31) достоверно по сравнению с контролем. Тогда как у повторно-, многорожавших в центральной и у перво-, повторно-, многорожавших краевой зонах идет достоверный рост количеств сосудистых компонентов концевых ворсин.

Изучение гистологических срезов плаценты первородящих женщин СБГХП выявило гиповаскуляризацию терминальных ворсин. Происходит снижение количество центрально расположенных капилляров. Последние с узким просветом, эндотелий местами не прослеживается. В стромах ворсин содержатся фиброциты и вакуоли, синцитиальных почек незначительно. Наблюдается очаговая пролиферация синцитиотрофобласта. В интервиллезном пространстве, десквамированый трофобласт и материнский фибриноид, количество последнего больше в краевой зоне.

В плацентах повторнородящих женщин стволовые ворсины частично покрыты трофобластом. Отмечается гиперволемия сосудов различных калибров. Синцитиальные почки многочисленны и расположены неравномерно. На материнской поверхности плодовой фибриноид практически отсутствует. В срезах парацентральной области субхориальный псевдоинфаркт, много мелких склерозированных ворсин и гематом. В краевой зоне неравномерное сужение и расширение межворсинчатого пространства, большое число склерозированных и хаотично расположенных ворсин.

В срезах плацент многорожавщих женщин отмечаются очаговые и диссеминированные компенсаторно-деструктивные изменения ворсинчатого хориона. Встречаются участки гиповаскуляризации и ангиоматоза ворсин. В стволовых ворсинах гомогенизация стромы, сужения просветов сосудов с десквамацией эндотелия. Неравномерное кровенаполнение капилляров терминальных ворсин. В парацентральных и краевых зонах обширные суб- и интрахориальные участки псевдоинфарктов.

Таким образом, в экологических условиях сурьмяной провинции наиболее целесообразной компенсаторной реакцией оказалось достоверное увеличение показателей площади поперечного сечения просвета и объема вен стволовых ворсин с одновременным приростом удельного объема сосудистых компонентов терминальных ворсин.

Литература:

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. - М.: Медицина, -1990. -384с.
2. Шаршенова А.А. Основные направления исследований по гигиене окружающей среды в Кыргызской Республике.// ЦАМЖ. - 2003. - Т. 9. - С. 97-102.
3. Шаршенова А.А., Омурзакова К.С., Саипбаев Б.С. и др. Актуальные аспекты экологического мониторинга ртутно-сурьмяного биогеохимического региона. – Б.: 2000. - 226с.
4. Beneov O. Drug Treatment in Perinatal Period and the Risk of Functional Teratogenicity.// Toxicology Letters. 1995. Vol. 78. p. 3-13.
5. Sharshenova A.A. The Problem of Mercury in the Biogeochemical Province in Kyrgyzstan.// Toxicology Letters. 1995. Vol. 78. Issue 0. p. 74-75.

УДК: 616.98.828.6 – 036.2 – 084 (575.2)

Мамаев Т.М., Мамаева Т.А.,
Туташева А.Т., Гайназарова Р.Г., ОшГУ

Эпидемиологическая характеристика ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике

Жумушта Кыргыз Республикасынын региондорунун аймактарында ВИЧ-инфекциясынын эпидемиясынын 1996 жылдан баштап таркалуусунун эпидемиялык анализинин жыйынтыгы көрсөтүлгөн. ВИЧ-инфекциясынын таркалуусунун себептери табылган жана региондордо таркалуусунун түрдүү дегээлдери көрсөтүлгөн. ВИЧ-инфекциясынын эпидемиялык процессинде республиканын региондорунда таркалуу өзгөчөлүктөрү көрсөтүлгөн.

В работе представлены результаты эпидемиологического анализа хода развития эпидемии ВИЧ-инфекции на территории регионов Кыргызской Республики, начиная с 1996г. Показаны различные уровни распространенности ВИЧ-инфекции в регионах и выявлены некоторые условия, способствующие в них повышенному уровню распространения ВИЧ-инфекции. Эпидемический процесс ВИЧ- инфекции в регионах республики имеет ряд особенностей.

The results of epidemiological analysis of HIV-infection development in Kyrgyz Republic regions areas, starting from 1996 is presented in this work. It is pointed that, the different level of HIV-infection distribution in regions and revealed condition, which support to increase level of HIV-infection distribution in them. HIV-infection epidemiological process in regions of republic has peculiarities.

Введение. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции остается сложной во многих странах Восточной Европы и Центральной Азии. Эпидемический процесс ВИЧ-инфекции в этих станах за последние десятилетия характеризуются началом перехода от быстрого распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) к более медленному распространению вируса среди общей популяции при гетеросексуальных контактах, увеличением удельного веса ВИЧ-инфицированных женщин, в том числе беременных, ростом числа ВИЧ-инфицированных детей с вертикальным путем заражения (1-4).

Целью настоящей работы явилась эпидемиологическая оценка развития эпидемии ВИЧ- инфекции на территории регионов Кыргызской Республики (КР) для усовершенствования ответных мер эпидемии ВИЧ/СПИДа.

Материалы и методы. В работе использованы официальные статические данные регистрации случаев ВИЧ-инфекции РО «СПИД» и областных центров профилактики и борьбы со СПИДом (форма №4а).

Использован метод эпидемиологического анализа данных заболеваемости населения КР за период 1987-2012 гг. Для количественной оценки использованы показатели, характеризующие заболеваемость и распространенность ВИЧ-инфекции среди различных категории населения. Также использованы показатели распределения по полу, возрасту и факторам риска. Вычисление показателей проводилось общепринятыми методами.

Результаты и обсуждение. Проведенный ретроспективный эпидемиологический анализ показал, что ВИЧ-инфекция впервые начала проникать на территорию КР с 1987 по 1995 гг. с иностранными гражданами стран Африки и СНГ, среди которых были выявлены 15 ВИЧ-инфицированных.

Первый случай ВИЧ-инфекции среди граждан КР официально был зарегистрирован в 1996 г. в г. Бишкек, в 1997г. выявляются уже 2 случая. С 1998 г. началась регистрация случаев ВИЧ-инфекции в регионах страны.

До 2001 г. в КР отмечались единичные, изолированные случаи и, в основном, инфекция имела завозной характер. За 1996-2000 гг. среди соотечественников были выявлены 14 случаев ВИЧ-инфекции, из них в г.Бишкек -10, г.Ош – 1, Ошской области

-1 и Чуйской – 2. За этот период в структуре ВИЧ- инфицированных преобладал половой путь передачи.

Начиная с 2001г. в КР наблюдается значительное увеличение новых случаев ВИЧ-инфекции. Так, в 2001г. среди граждан КР вновь выявлено 134 случаев, что в 9,5 раза превысило число случаев, зарегистрированных за весь предшествующий период эпидемии. Это связано со вспышкой ВИЧ-инфекции среди ПИН, которые составили 95,9% от числа людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), зарегистрированных в 2001г. В 2002г. в КР продолжала ухудшаться эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции.

Количество ВИЧ-инфекции увеличилось медленными темпами в 2002-2005 гг., показатель заболеваемости увеличился с 2,6 на 100 тыс. населения в 2001г. до 4,4 в 2006г. (рост составил в 1,7 раза).

Начиная с 2006г. наблюдается новый этап активизации эпидемического процесса ВИЧ-инфекции, увеличение количества новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции и рост кумулятивного количества ЛЖВС. За 2006-2012 гг. показатель заболеваемости постоянно увеличивается и в 2012 г. он составил 13,7 на 100 тыс. населения, против 7,4 в 2007 г.

За 1996-2012 гг. территориально случаи ВИЧ-инфекции выявлялись во всех 9 административных регионах республики (рис.).

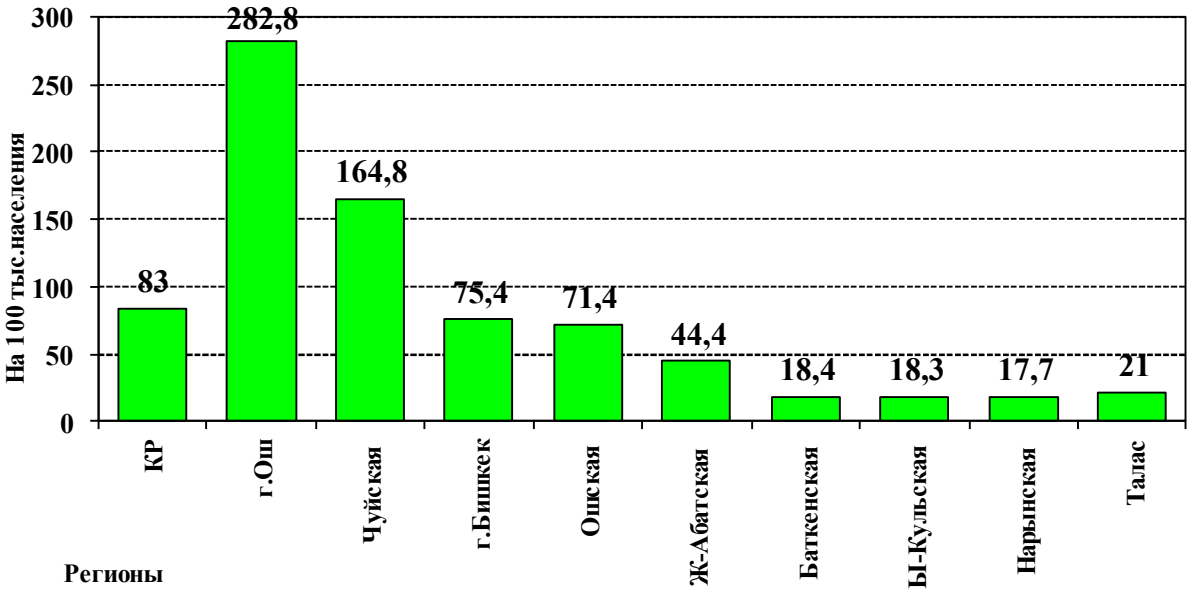


Рис. Показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди населения в регионах КР (на 100 тыс. Населения)

Из рисунки видно, что ВИЧ-инфекция в регионах выявляется не равномерна. Выше среднереспубликанского показателя распространенности (83,0) отмечается в г. Ош (282,8) и Чуйской области (164,8). По уровню распространенности ВИЧ-инфекции все регионы республики можно разделить на три категории.

Первая категория - это регионы с высоким уровнем распространенности, где на 100 тыс. населения приходятся 150 и выше ВИЧ-инфицированных лиц. К этой категории можно отнести г.Ош и Чуйская область , где проживают 19,3% населения республики.

Вторая категория – это регионы со средним уровнем распространенности, где на 100 тыс. населения приходятся от 20 до 90 ВИЧ -инфицированных. К этой категории

относятся г. Бишкек, Ошская и Джалалабадская области, с долей проживания 55% населения республики.

Третья категория – это регионы с низким уровнем распространенности – от 1 до 20 ВИЧ- инфицированных на 100 тыс. населения. Это Нарынская, Талаская, Ыссык-Кульская, и Баткенская области, где проживают 25,7% населения страны.

Неравномерное территориальное распределение ВИЧ- инфекции позволяет определить некоторые условия, способствующие повышенному уровню пораженности отдельных регионов республики.

Одним из главных факторов является наличие наркоиндустрии и рынка сбыта наркотиков, следовательно, увеличение лиц, употребляющих инъекционных наркотиков, которые характеризуются с высоким риском инфицирования ВИЧ. Это связано с географическим местом расположения южных регионов, а также г. Бишкек, Чуйской области, которые находятся на одном из главных путей наркотрафика из Афганистана в СНГ и далее в Восточную Европу.

Низкий уровень инфицированности ВИЧ- инфекцией населения Нарынской , Талаской и Ыссык-Кульской областей по сравнению с другими регионами республики, по видимому, обусловлен следующими факторами:

- расположение территории этих регионов в стороне от основных путей наркотрафика по республике;
- отсутствие устойчивых вековых традиции потребления наркотических веществ коренным населением;
- более низким уровнем заболеваемостью наркоманией;
- также не маловажно, погрешности в проведении эпидемиологического надзора за выявлением случаев ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения в учреждениях здравоохранения.

По критериям ЮНЭЙДС/ВОЗ (2000г.), одни регионы (г.г. Бишкек, Ош, Чуйская, Ошская и др.) находятся во второй концентрированной стадии эпидемии, другие регионы (Баткенская, Ыссык-Кульская, Нарынская и Талаская области) – в первой начальной стадии эпидемии.

Учитывая распределения регионов по уровню распространенности ВИЧ-инфекции можно предположить ход дальнейшего развития эпидемического процесса на территории КР.

В ближайшие 2-3 года темпы роста новых случаев ВИЧ- инфекции в г.Ош , вероятно, будет снижаться с тенденцией к стабилизации по сравнению с уровнем заболеваемости в 2007-2009гг., после чего наступить новый период роста за счет преобладания тенденции к росту числа случаев при половом и вертикальном пути передачи ВИЧ.

В тоже время, в других регионах с низким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции (Баткенская, Ыссык-Кульская, Нарынская и Талаская области) эпидемиологическая ситуация будет усугубляться за счет роста новых случаев заражения как среди ПИН, так и среди общей популяции при половом пути передачи. В этих регионах выход эпидемии ВИЧ- инфекции за пределы ПИН является лишь вопрос времени.

В связи с вышеуказанным, создавшуюся эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции можно назвать в отдельных регионах тревожной, а в других – критической. Даная ситуация, несомненно, уже в ближайшие годы может негативно отразиться на социальные и экономические развития страны.

Таким образом, выявленные в регионах особенности эпидемии ВИЧ - инфекции предполагают изменение подхода к проведению адекватных профилактических мероприятий с учетом конкретной ситуации. Они должны быть направлены, в первую очередь, на наиболее уязвимые группы населения: ПИН, женщины репродуктивного

возраста, молодежь и др. На современном этапе по прежнему остаются актуальными информационно-образовательные мероприятия, охватывающие все слои населения, способствующие пропаганде здорового образа жизни.

Выводы:

1. К 2013 г. показатель распространенности ВИЧ- инфекции по КР достиг до 83,0 на 100 тыс. населения за счет активизации эпидемического процесса в г.г. Бишкек, Ош, Чуйской и Ошской областях.
2. Отмечается неравномерное территориальное распределение ВИЧ- инфекции по КР. По критериям ЮНЭЙДС/ВОЗ (2000 г.), одни регионы (г.г. Бишкек, Ош, Чуйская, Ошская и др.) находятся в концентрированной стадии эпидемии, другие регионы (Баткенская, Ыссык-Кульская, Нарынская и Талаская области) – в начальной стадии эпидемии.
3. Увеличение удельного веса ВИЧ- инфицированных женщин и доли гетеросексуального пути передачи в регионах с повышенным уровнем распространенности предполагает возможность возрастания в дальнейшем роли естественных путей распространения ВИЧ- инфекции (полового и вертикального) среди широкого слоя населения.
4. Выявленные особенности эпидемии ВИЧ-инфекции предполагают внедрения и реализации адекватных профилактических мероприятий с учетом эпидемиологической характеристики каждого региона.

Литература:

1. Покровский В.В. Эпидемия ВИЧ/СПИДА в России: - куда идешь?//Эпидем. и инфек. болезни, 2004.- №4.- С.4-6
2. Шербинская Л.М., Круглов Ю.В., Круглова И.Ф. и др. Особенности второго этапа распространения ВИЧ- инфекции в Украине// Эпидем. и инфек. болезни, 2001.- №1.- С.17-20
3. Рафиев Х.К., Мирзаев А.М., Аббасова Д.М. и др. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИДу в Республике Таджикстан// Эпидем. и инфек. болезни, 2006.- №1.- С.13-15
4. Сапарбеков М.К. ВИЧ-инфекция (эпидемиологические и социальные аспекты), Алматы, – 2008., – 191с.

УДК: 618-06: [616.98: 578.826.6] - 092

Мамаев Т.М., Мамаева Т.А.,
Туташева А.Т., Гайназарова Р.Г., ОшГУ

Характеристика эпидемии ВИЧ-инфекции среди женщин в Ошской области

Жумушта Ош областындагы репродуктивтик жаштагы аялдардын арасындагы ВИЧ-инфекция эпидемиясынын таркалуу мүнөздөмөсү корсотүлгөн. ВИЧ- инфекциясы негизинен (80 %) репродуктивтик жаштагы аялдардан табылганы такталган. Репродуктивтик жаштагы аялдардын ВИЧ-инфекциясын жуктуруп алуусунун көбөйүшү кошкат аялдар менен алардан төрөлгөн балдардын да ВИЧ – инфекциясын жуктуруусунун өсүшүнө алып келет.

В работе предоставлена характеристика развития эпидемии ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста в Ошской области. Установлено, что ВИЧ-инфекция выявляется в основном (80%) среди женщин репродуктивного возраста. Увеличение количества ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста способствовало росту числа ВИЧ-инфицированных беременных и рождению от них детей.

There is given an epidemic development characteristic of HIV-infection among reproductive aged women in Osh oblast in this work. It is detected, that HIV-infection is mainly being found among reproductive aged women(80%). Increasing of HIV-infected women in reproductive age led to grow up of HIV-infected pregnant and children, who were born from them.

Введение. Во всем мире доля женщин, инфицированных ВИЧ устойчиво растет и к 2012 году почти половину общего числа ВИЧ-инфицированных составило женщины детородного возраста, а в Восточной Европе и Центральной Азии около 30% приходится на женщин [1]. Аналогичная ситуация складывается и в Кыргызской Республике (КР), где каждый четвертый ВИЧ- инфицированный - это женщина [2].

Более 90% детей, живущих с ВИЧ/СПИДом, заражены во время беременности, родов или грудного вскармливания [3].

На фоне роста новых случаев ВИЧ-инфекции прослеживается реализация полового пути ее распространения и вовлечение в эпидемический процесс женщин, особенно детородного возраста[4-6].

В этой связи возникает необходимость оценки и слежения развития эпидемии ВИЧ-инфекции и изучения факторов риска ее распространения среди женщин репродуктивного возраста в современных условиях.

Целью настоящей работы явилось изучение эпидемиологических особенностей распространения ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста в современных условиях для своевременной профилактики перинатальной передачи ВИЧ.

Материалы и методы. Материалами для изучения явились ежемесячные отчеты об обследовании различных контингентов населения на ВИЧ (форма 4), официальные статистические отчетности регистрации ВИЧ-инфекции за 2001–2012 гг. (форма 4а), карты эпидемиологического расследования очагов ВИЧ-инфекции, карты диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных лиц, карты развития ребенка.

Использованы методы эпидемиологического анализа заболеваемости ВИЧ-инфекцией и эпидемиологического расследования очагов, а также социологический мониторинг.

Результаты и обсуждение. Ошская область и г.Ош (**далее** Ошская область) по темпам роста новых случаев ВИЧ-инфекции занимает лидирующее место в КР, на доля которых приходится 40,2% случаев от общего количества по республике. На 1.01.2013г. в Ошской области показатель распространенности ВИЧ-инфекции составил 119,3 на 100 тыс. населения. Выше данного показателя отмечен в г.Ош (282,8) и в Карасуйском (161,1) районе. Сравнительно низкий показатель установлен в Ноокатском (84,0), Узгенском (38,5), Алайском (32,2), Араванском (19,8), Кара-Кулжинском (17,2) и Чон-Алайском (4,0) районах.

В современных условиях одной из характерных особенностей эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республики, в том числе в Ошской области заключается в активном распространении этой инфекции среди женщин детородного возраста и лиц сексуально активного и трудоспособного возраста.

Наши исследования показали, что на 1.01.2013 г. в структуре ВИЧ-инфицированных в Ошской области было 67,8% лиц мужского пола и 32,2 женского пола. Соотношение мужчин и женщин за период изучения составило 2,2:1.

В то же время, наши исследования показывают, что на современном этапе соотношение мужчин и женщин в структуре ВИЧ-инфицированных с каждым годом меняется, причем в сторону увеличения удельного веса женщин (табл.).

Таблица

Динамика распределения ВИЧ-инфицированных по полу в Ошской области за 2001-2012 гг.

годы	всего	мужчины	%	женщины	%	Соотношение М : Ж
2001	88	84	95,5±2,2	4	4,5±2,2	21 : 1
2002	87	85	97,7±1,6	2	2,3±1,6	42,5 : 1
2003	74	68	91,9±3,2	6	8,1±3,2	11,3 : 1
2004	77	64	83,1±4,3	13	16,9±4,3	4,9 : 1
2005	72	50	69,4±5,4	22	30,6±5,4	2,3 : 1
2006	94	78	83,0±3,9	16	17,0±3,8	4,9 : 1
2007	191	137	71,7±3,3	54	28,3±3,3	2,5 : 1
2008	193	111	57,5±3,5	82	42,5±3,5	1,4 : 1
2009	250	156	62,4±3,0	94	37,6±3,0	1,7 : 1
2010	178	102	57,3±3,5	76	42,7±3,5	1,3 :1
2011	160	87	54,4±3,5	73	45,6±3,5	1,2 : 1
2012	265	150	56,6±3,5	115	43,4±3,5	1,3:1

Табл. наглядно иллюстрирует, что ежегодно меняется как соотношение ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин, так и удельный вес ВИЧ-инфицированных женщин. Так, в структуре ВИЧ-инфицированных удельный вес женщин увеличился с 4,5±2,2% в 2001 г. до 43,4±3,6% в 2012 г. Соотношение ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин изменилось с 21:1 до 1,3 : 1 соответственно.

Это обстоятельство указывает на более активное вовлечение женщин в эпидемический процесс во втором периоде эпидемии ВИЧ-инфекции.

Эпидемиологический анализ структуры ВИЧ-инфицированных по возрастному признаку за 2001-2012 гг. показал, что наиболее высокий удельный вес инфицирования отмечается в возрастных группах 20-29 лет и 30-39 лет, далее по значимости следовала возрастная группа 0-14 лет и 40-49 лет. В возрастной группе 0-4 лет доля ВИЧ-инфицированных составляет 19,5%, что связано с регистрацией внутрибольничной вспышки ВИЧ-инфекции среди детей.

Исследования показали, что доля ВИЧ-инфицированных значительно выше среди мужского населения в возрасте 30-39 лет (39,1±1,7%), а среди женского населения в возрасте 20-29 лет (48,8±2,9%).

Данное обстоятельство обусловлено, по-видимому, преобладанием в данной возрастной группе мужчин наркопотребителей, заразившихся при инъекционном потреблении наркотиков. Из числа ВИЧ-инфицированных женщин в эпидемический процесс все чаще вовлекаются женщины молодого, репродуктивного возраста, инфицированные ВИЧ при незащищенном гетеросексуальном контакте.

Проведенные исследования отметили существование разнообразных путей и факторов передачи ВИЧ среди женщин. В настоящее время наблюдается преобладание полового пути передачи, который составил 73,4%. На втором месте - внутрибольничное заражение 15,6%, на третьем месте - парентеральный путь – 7,0%. Вертикальный путь передачи отмечен в 4,0% случаях.

Следует отметить, что в популяции ВИЧ-инфицированных, заразившихся парентеральным путем при инъекционном потреблении наркотиков было 95,9% мужчин и 4,1% женщин, то есть в данной группе риска мужчины инфицируются ВИЧ в 23 раза чаще женщин.

В то время в популяции лиц, заразившихся половым путем мужчины составили 10% и женщины - 90%, то есть половым путем женщины заражаются почти в 9 раз чаще мужчин.

Эпидемиологический анализ показал, что в динамике заболеваемости женщин ВИЧ-инфекцией за последние 5 лет наметилась стойкая тенденция к росту. На этом фоне наблюдался и рост количества ВИЧ -инфицированных беременных

Установлено, что количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста выросло с 1,9 на 100 тыс. женщин в 2004 г. до 11,3 в 2012 г. В популяции ВИЧ-инфицированных женщин удельный вес ВИЧ-инфицированных беременных достиг до 67% к 2012 г., против 15,4% в 2004 г.

Одним из медико-социальных последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа для общества является рождение ВИЧ-инфицированных детей от больных матерей. К 2012 году у 81,3% беременных завершились родами, только 4,6% ВИЧ- инфицированным беременным, по нашим рекомендациям и по их согласию, сделано искусственное прерывание беременности.

Следует отметить, что значительная доля ВИЧ позитивных женщин сталкиваются с многочисленными трудностями, включая инъекционное потребление наркотиков, низкий социально–экономический статус, нежеланные беременности, ограниченную доступность социальных и медицинских услуг, развод с мужьями. Данная категория женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, может иметь повышенный риск распространения ВИЧ-инфекции среди здоровой популяции, как половым, так и парентеральным путем, а также рождение от них ВИЧ–инфицированных детей.

Выводы

1. В Ошской области показатель распространенности ВИЧ- инфекции на 100 тыс. населения составил 119,3, что в 1,7 раза выше республиканского показателя, который равнялся 83,0. Удельный вес ВИЧ- инфицированных женщин увеличился с 4,4% в 2001 году до 43,4% в 2012 году.
2. ВИЧ-инфекция выявляется в основном (80%) среди женщин репродуктивного возраста, которые заразились от ВИЧ-инфицированных мужей и от своих непостоянных половых партнеров при незащищенном сексе, а также парентеральным путем при инъекционным потреблением наркотиков.
3. Увеличение количества ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста способствовало росту числа ВИЧ-инфицированных беременных и рождению от них детей.
4. Необходимо предусмотреть новые подходы к профилактическим мероприятиям с учетом гендерной политики государства и должно быть одним из приоритетных направлений в профилактике ВИЧ/СПИДа.

Литература:

1. Развитие эпидемии СПИДа, декабрь 2011г. (перевод с англ.). –ЮНЭЙДС/ВОЗ. – 2011. – 95с.
2. Мамаев Т. Состояние эпидемии ВИЧ/СПИДа среди женщин репродуктивного возраста в Ошской области КР // ЦАМЖ. – 2006. – Т. XII. - №6.- С. 374-377
3. ВИЧ при беременности: обзор. ЮНЭЙДС/ВОЗ (пер. с англ.). – 1999. – 59с.
4. Орлова О.А., Каражас Н.В., Русакова Е.В. ВИЧ-инфекции у беременных женщин в Челябинске //ЖМЭИ, М.,-2005. – №1. –С. 73-74.
5. Бурруано Л.А. ,Бентли Э. Эпидемия ВИЧ/СПИДа у женщин: актуальная ситуация на Украине и в Российской Федерации//в сб.тезис.конф. по вопросу ВИЧ/СПИДа в ВЕ и ЦА.-М.:-2009.-С.56-57
6. Иоаннида Е.А., Морозова Н.А. ВИЧ-инфекция у беременных в Волгоградской области // Эпидемиология и инфекционные болезни., 2007. - №1., - С.43-44.

УДК 616.211-008.4-073:534.6

Маманов М.,
Клиника Аджыбадем, Стамбул, Турция

Роль акустической ринометрии в диагностике патологий носа

Көпчүлүк өлкөлөр үчүн акустикалык ринометрия (АР) мурун функцияларын өлчөгөн жаңы бир ыкма болуп саналат. Бул тест илимий изилдөөлөр жана клиникалык бааберүү үчүн колдонулат. АР нормал мурун функциясын изилдөө, тамыркеңейтүүчү даарылардан мурда жана кийин, мурун тосмосунун кыйшайган учурларда, мурун эттеринин гипертрофияланган, полиптерге жана башка патологияларга байланыштуу мурун анатомиясынын өзгөргөн учурларда колдонсо болот. Акустикалык ринометрия жыйынтыктары түзүлүштөн жөнөтүлүп мурун киреберишинден белгилүү бир аралыктагы мурун көңдөйүндө тыбыш толкундарынын чагылуусуна жараша бааланат. АРны мурун көңдөйүнүн алдыңкы жана орто бөлүмдөрүндө ишеним менен колдонсо болот экендигин изилдөөлөр көрсөтүштү. Мурун көңдөйүнүн арка жагындагы мурун боштуктарынын чыгыш тешиктери, кеңилжээр болгондуктан жана жумшак тамак кыймылына байланыштуу бул бөлүктөрдөгү тест жыйынтыктары ишенимдүү болбошу мүмкүн. Жыйынтыктайтурган болсок, акустикалык ринометрия - бул клиникалык текшерүү менен бирге мурун көңдөйүнүн изилдөөсүндө ишенимдүү бир ыкма.

Acoustic rhinometry (AR), a new method of measurement of nasal function for many countries. This test can be used for research and clinical evaluation. AR applied to the study of normal nasal functions before and after the use of decongestants , with a deviated nasal septum, conchal hypertrophy, anatomical changes arising out nasal polyps and other pathologies and to compare before and postoperative condition. Acoustic rhinometry results evaluated according to the reflection of sound waves emanating from the nasal vestibul and reflected in the nasal cavity at a predetermined distance from the entrance to the nasal cavity. Studies have shown that AR can be confidently used to assess the anterior and middle parts of the nasal cavity. Because of the movement of the soft palate and sinus fistula in the back of the nasal cavity and nasopharynx results may be unreliable. Accordingly, the acoustic rhinometry - a method which can be used to study the nasal cavity with the clinical examination .

Акустическая ринометрия (АР) новый метод измерения носовых функций для многих стран. Этот тест может быть использован для проведения научных исследований и клинической оценки. АР применяется для исследования нормальной носовой функции, до и после использования сосудорасширяющих средств, при искривлениях перегородки, гипертрофии раковин, анатомических изменениях носа вследствии полипов и других патологий, а также для сравнения до и послеоперационного состояния. Результаты акустической ринометрии оцениваются в зависимости от отражения звуковых волн, исходящих из устройства и отражающихся в носовой полости, на определенном расстоянии от входа в носовую полость. Исследования показали, что АР с уверенностью можно использовать для оценки передних и средних отделов носовой полости. Из-за перемещения мягкого неба и соустья околоносовых пазух в задней части носовой полости и носоглотки результаты могут быть ненадежными. Исходя из этого, акустическая ринометрия - это метод, который может быть использован для исследования носовой полости совместно с клиническим осмотром.

Впервые термин «акустическая ринометрия» в 1989 году использовал Хилберг и соавторы [1]. Акустическая ринометрия (АР) - это метод, вычисляющий заложенность носа путем анализа отраженных звуковых волн, исходящих из входа в ноздрю. Не требующая много времени и легко воспроизводимая, акустическая ринометрия является неинвазивным методом и требует для теста минимального участия пациента. В отличие от риноманометрии для акустической ринометрии не требуется поток воздуха.

Прибор акустической ринометрии состоит из следующих частей: носовой адаптер, трубка, проводящие звуковые волны, микрофон, спикер, компьютер, шумовой фильтр, усилитель.

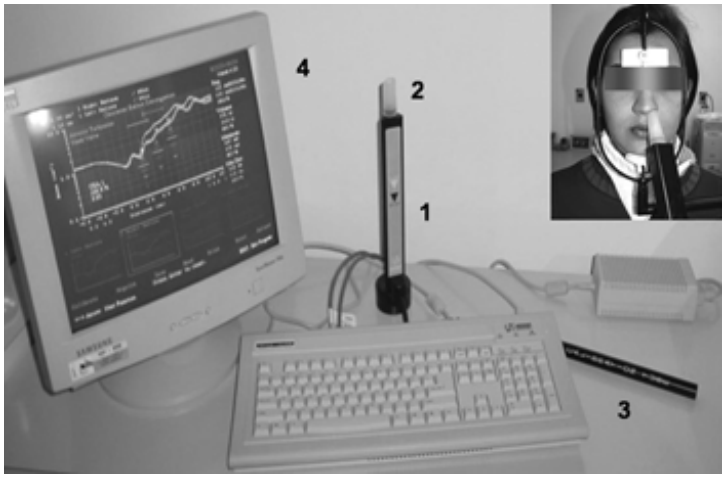


Рис 1. Прибор акустической ринометрии (проведение теста пациенту в правом верхнем углу). 1-Трубка, проводящие звуковые волны; 2-Носовой адаптер; 3-Шумовой фильтр 4-Компьютер. [2].

Важной особенностью акустической ринометрии является определение степени и местоположения патологии слизистой оболочки носа и продемонстрировать свою способность локализовать структурные анатомические образования. Акустическая ринометрия отличается от других методов способностью представлять топографически локализацию и вид заложенности носа. Акустическая ринометрия требует минимальной кооперации пациента и является быстрым, безболезненным, неинвазивным надежным методом [3]. В 2000 году Хилберг опубликовал руководство технического применения акустической ринометрии [4]. Комитет, созданный Европейским обществом ринологов в 2005 году опубликовал стандарты по риноманометрии и акустической ринометрии [5].

В американской медицинской терминологии волны, образующиеся на ринограмме во время акустической ринометрии, называются долинами и это название включает в себя три вида акустических волн. Эти волны называются минимальной площадью поперечного сечения (МППС). МППС 1 - преддверие носа, МППС 2 - промежуток между перегородкой и началом нижней носовой перегородки, а МППС 3 приходится на средне-заднюю часть средней носовой раковины [6]. Горизонтальный сегмент, предыдущий точке «0», на акустической ринограмме представляет носовой адаптер. В европейской терминологии характерной формой акустической ринограммы является «восходящей W».

Первое углубление представляет локализацию преддверия носа и называется точкой «I». Второе углубление на ринограмме соответствует начальной части нижней носовой раковины и называется углублением «C». Углубление «I», как правило, локализуется в первых 2 см носовой полости, и соответствует самой узкой области носовой полости, называемой носовым клапаном. В этой локализации не будет значительного изменения даже если применить противоотечное средство. Углубление «C» - второе наиболее узкое место в носовой полости, отраженное на кривой акустической ринограммы. Отражает геометрические свойства начальной части нижней носовой раковины. В случае применения местного противоотечного средства в этой локализации заметны значительные изменения в сторону расширения области носового клапана.

Клиническое применение акустической ринометрии за последнее десятилетие неуклонно возрастает. АР можно использовать при таких обстоятельствах как аллергический ринит, вазомоторный ринит, носовые провокационные тесты на гипертонических растворах, ацетилсалициловой кислоте и аллергенах, пластика

носовой перегородки, конхотомии (хирургия носовых раковин) и эндоскопическая синусовая хирургия, пластическая хирургия лица (ринопластика, хирургия носового клапана, эффект остеотомии), расщелины губы и неба, атрезия хоан, оперативные вмешательства челюстно-лицевой хирургии, аденотонзиллэктомии, апноэ, загрязнение воздуха и употребление препаратов [7].

Состояниями, ограничивающими применение акустической ринометрии, являются [3,8]:

1) Блокированная носовая полость.

2) Тест может проводиться только в случаях обструкции области носового клапана и переднего отдела носа. С расстоянием метод теряет чувствительность. Так, применение этого метода при патологиях носоглотки не является достоверным. Существуют некоторые трудности в оценке результатов акустической ринометрии задней части полости носа и носоглотки. В этих отделах носа данные акустической ринометрии считаются завышенными. Причиной завышения МППС данных могут быть воздействия отверстий придаточных пазух носа, противоположной полости носа, околоносовых пазух, которые ответственны за потери энергии в связи с звуковыми волнами.

3) Если обнаружен стеноз, то обструкции, находящиеся за стенозом не вычисляются. Акустические сигналы, воспринимаемые за стенозом, могут быть не достоверными.

4) не надежная оценка при перфорациях перегородки носа.

5) Надежная оценка не может быть в случаях, когда конец зонда служит причиной расширения крыльев носа.

6) Коллапс крыльев не отображается, так как при вдохе из-за отрицательного давления в преддверии носа возникает определенный динамический феномен. Акустическая ринометрия является статистическим методом.

С помощью этого метода получается график «расстояние – площадь» (рис.2).

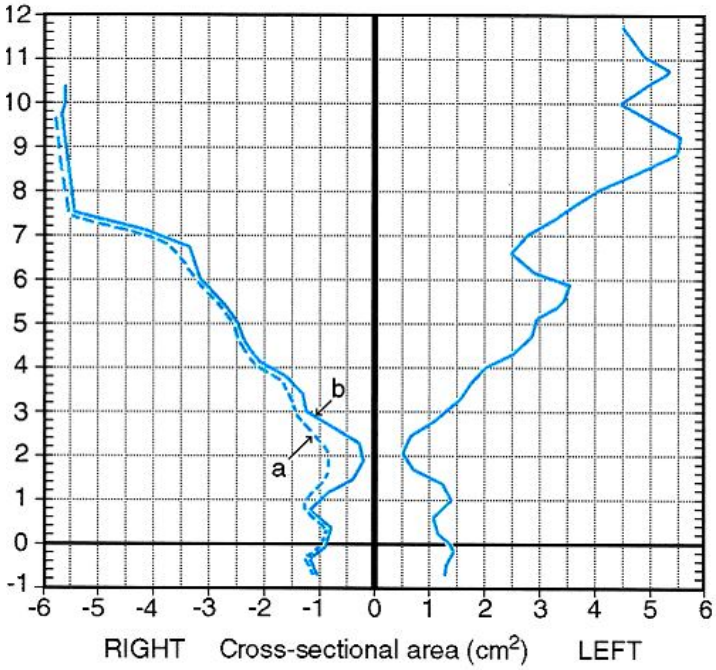


Рис.2 Акустическая ринограмма после употребления противоотечного средства (a), до употребления противоотечного средства (b).

Используя полученный график, мы можем рассчитать среднюю МППС, локализацию МППС, данные конкретных расстояний МППС от входа в ноздрю и общую площадь полости носа. На этом графике, как правило, видны две линии,

повторяющие поверхность образований полости носа. Первая из них называется углубление «I». «I» от слова «istmus», что в переводе означает перешеек носа и эта точка представляет начало носового клапана. Второе углубление на кривой это углубление «C». «C» - означает раковину в переводе с латинского слова «concha» и представляет начало нижней носовой раковины. В норме, углубление «I» является самым узким сегментом, а углубление «C» считается второй наиболее узкой локализацией [9]. Если посмотреть на кривую акустической ринограммы, то мы можем увидеть, что первое углубление по площади меньше второго углубления. Отсюда получается, что ринограмма представляет собой восходящюю “W”. Хоть и данные последнего углубления реагирует в зависимости от наличия отека, то в случае первого углубления, оно не зависит от отечного состояния. У пациентов с аллергическим ринитом и храпом площадь второго углубления меньше площади первого углубления и ринограммы этих видов называются «нисходящей W» [9].

АР обладает такими преимуществами как быстрота в исполнении (5-10 секунд), легкость в применении, воспроизводимость, неинвазивность, требует минимальной кооперации пациента, может быть использован в раннем возрасте в возрасте до 3 лет. Для акустической ринометрии не требуется поток воздуха, и этот тест указывает нам на область обструкции [10]. Существует утверждение, что как и во всех носовых провокационных тестах, при оценке микроциркуляторного русла акустическая ринометрия была бы более эффективнее. Носовой жесткий наконечник - это основной недостаток первой генерации приборов АР. В связи с этим, при наличии разных размеров ноздрей может быть утечка воздуха. К остальным недостаткам АР относятся механическое определение средних данных, невозможность определения наличие обструкций, находящихся позади серьезных обструкций, нечеткая оценка задних отделов носа, чем передних отделов. Последний недостаток ринологов волнует меньше всего, так как локализация носового клапана в переднем отделе носа, где в основном существует проблема обструкции.

Несмотря на то, что АР не заменяет своим высоким разрешением эндоскопы, но последовательными объективными измерениями акустическая ринометрия полезна в диагностике патологий носа. Наглядными примерами могут служить, дифференциальная диагностика механических и функциональных обструкций носа после применения противоотечных средств, утверждение диагноза искривления перегородки носа. Опираясь на носовые провокационные тесты, некоторые авторы пришли к заключению, что акустическая ринометрия превосходит риноманометрию в диагностике аллергического ринита [10].

В нашей практике мы часто применяем тест акустической ринометрии в диагностике патологий носа. Особенно, мы советуем использовать этот тест до и после лечения как медикаментозного так и оператовного, где оториноларинголог явно увидит разницу и динамику, производимого им, терапии. Следует отметить, что АР один из объективных методов исследования функции носа. Исходя из всего этого можно прийти к выводу, что акустическая ринометрия является одной из наиболее достоверных, не дорогих, легкопроизводимых тестов в диагностике патологий носа.

Литература:

1. Hilberg O. et al: Acoustic rhinometry: evaluation of nasal cavity geometry by acoustic reflection, J Appl Physiol 66:295, 1989.
2. Gomes Ade O, Sampaio-Teixeira AC, Trindade SH, Trindade IE. Nasal cavity geometry of healthy adults assessed using acoustic rhinometry. Braz J Otorhinolaryngol. 2008 Sep-Oct;74(5):746-54
3. Huizing EH, de Groot JAM. Functional Reconstructive Nasal Surgery. Thieme Medical Publishers, Stuttgart, Germany, 2003

4. Hilberg O, Pedersen OF. Acoustic rhinometry: recommendations for technical specifications and standart operating procedure. Rhinol Suppl 2000; 16: 3-17.
5. Clement PA, Gordts F. Standardisation Committee on Objective Assessment of the Nasal airway, Consensus report on acoustic rhinometry and rhinomanometry. Rhinology 2005; 43(3): 169-79.
6. Mamikoglu B, Houser SM, Corey JP. An interpretation method for objective assessment of nasal congestion with acoustic rhinometry. Laryngoscope 2002; 112: 926-929.
7. Marques VC, Anselmo-Lima WT. Pre- and postop-erative evaluation by acoustic rhinometry of children submitted to adenoidectomy or adenotonsillectomy. Int J Peditr Otorhinolaryngol 2004; 68: 311-16.
8. Çakmak Ö, Coşkun M, Çelik H, Büyüklü F, Özlüoğlu L. Value of acoustic rhinometry for measuring nasal valve area. Laryngoscope 2003; 113: 290-294.
9. Lenders H, Pirsig W. Diagnostic value of acoustic rhinometry: patients with allergic and vasomotor rhinitis compared with normal controls. Rhinology. 1990 Mar;28(1):5-16.
10. Fisher EW, Lund VJ, Scadding GK. Acoustic rhinometry in rhinological practice: discussion paper. J R Soc Med. 1994 Jul;87(7):411-3.

УДК 616-74:616.211-089.844

Маманов М.; Инджи Э., профессор
Клиника Ажыбадем, Стамбул, Турция
Кафедра оториноларингологии медицинского факультета Джеррахпаша Стамбульского университета, Турция

Применение трансплантатов в септоринопластике

Биздин убакта трансплантат колдонбой септоринопластика операцияларын жасоону элестетиш оңой эмес. Аларды функционалдык жана эстетикалык максаттар менен колдонуга болот: кыйшык жерлерди түздөө, тегиз кырларды чыгаруу, мурун учунун өйдө көтөрүлүшү, проекциясынын өзгөрүшү, мурун канаттары, колумелла ж.б. ушул сыяктуу алсыз жерлердин бекемделүүсү. Биз функционалдык жана эстетикалык максаттарда эң көп колдонулган трансплантаттардын обзорун кылып, алардын кайнактары жана башка өзгөчөлүктөрү боюнча классификациясын көрсөтүп, ар бир түрүн баяндап бердик. Алардын ар бир түрүнүн өздөрүнө жараша организмге төп келүү, баасы сыяктуу касиеттери бар. Трансплантаттарды колдонуу тууралуу эки жол билдирилген: ачык жана жабык. Трансплантат колдонулган операцияларда ачык ыкманы колдонсо туура болгудай, себеп дегенде кырларды түздөө, чуңкурларды толтуруу деген иштер оңоюраак жана толугу менен ишке ашат, айрыкча бул ишти жаңы баштап аткан хирургдарга тиешелүү. Эгерде ринохирург качан, каерде жана кандай түр трансплантат колдоноорун билсе, албетте функционалдык же эстетикалык болсун ал операциянын жыйынтыгы биз каалагандай болот.

It is difficult to think about septorhinoplasty without grafts today. They are used for both purposes functional and aesthetic: alignment irregularities, reshaping contours, increasing tip rotations, change the projection, to support weak areas: the alar area of the nose, columella and etc. We have reviewed the most commonly used graft in functional and aesthetic septorhinoplasties, given their classification by origin, and described in detail each of the types of grafts. Each type of graft has its own characteristics in terms of biocompatibility, their prices and other characteristic. There are two main types of surgery with using grafts in septorhinoplasties: open and close. Open is more applicable in the cases with the use of grafts when fixing alignment structures and contours to the maximum extent possibility, especially for young surgeons. If surgeon knows when, where and how to use a particular type of graft, the result will be wonderful outcome as in the aesthetic and functional planes.

В наши времена трудно представить проведение септоринопластики без применения трансплантатов. Их применяют для функциональных и эстетических целей: выравнивания неровностей, выведения ровных контуров, увеличения ротации кончика, изменения проекции, поддержки слабых областей: таких крылья носа, колуммела и тд. Нами проведен обзор наиболее часто

употребляемых трансплантатов в функциональной и эстетической септоринопластике, приведена их классификация по происхождению, и описан подробно каждый из видов трансплантатов. Каждый вид трансплантатов имеет свои особенности как в плане биосовметимости, так и по дороговизне для пациентов. Для применения трансплантатов в септоринопластике есть два доступа: открытый и закрытый. Открытый доступ более применим в случае с употреблениями трансплантатов, когда фиксация структур и выравнивание контуров возможна в максимальной степени, особенно это касается для начинающих хирургов. Если ринохирург знает когда, где и как использовать тот или иной вид трансплантата, в результате получится замечательный исход как в эстетическом, так и функциональном плане.

С древних времен когда еще начинали делать хирургические вмешательства, направленные на удаление деформации наружного носа, для восполнения неровностей прибегали к различным видам трансплантатов, в качестве которых использовали парафин, золото, серебро, алюминий, фарфор и даже ручку от зубной щетки. Трансплантат - это участок ткани, который перенесен на реципиентное ложе. Использование трансплантатов - это второй самый частый метод в септоринопластике после применения швов. При необходимости хирург имеет возможность увеличить или уменьшить ротацию кончика носа, изгибая дольку под ним или притупляя носогубный угол. Установка трансплантатов вдоль каудальной поверхности медиальной и промежуточной ножек может увеличить ротацию кончика. Использование двухслойных трансплантатов может дать иллюзию увеличения длины носа, так как они удлиняют линию спинки носа. Подшивание к каудальному краю медиальных ножек трансплантата в форме щита под нужным углом увеличит выступание кончика и требуемую ротацию (рис.1).

Рис.1 Трансплантат для колумеллы, эффективно меняет проекцию и заново формирует кончик носа. а-до операции, б-после операции.

После закрытых доступов часто возникает стеноз преддверия, риск которых увеличивается с количеством разрезов преддверия и с числом проведенных операций. Заслуживает внимания то, что при открытом доступе единственным внутренним разрезом является краевой разрез, что само собой снижает к минимуму образование стеноза преддверия. Методикой, дающей наиболее стабильный эффект, является применение трансплантата-распорок по обе стороны перегородки носа длиной 10-15 мм, 2 мм высотой и 12 мм шириной, что расширяет носовой клапан [1]. Они функционально удобны, особенно в случаях коллапса носового клапана. Средняя треть носа может быть расширена в случаях предшествующей избыточной коррекции. Односторонняя вогнутость спинки носа, вызываемая искривлением перегородки или деформацией верхних боковых хрящей, может быть исправлена путем установки

трансплантата-распорки со стороны вогнутости. При септоринопластике допускается использовать различные методики. Это может быть и использование трансплантатов, и точное структурное выравнивание и шовная фиксация элементов. Трансплантаты-распорки, вероятно, являются наиболее часто используемым методом коррекции среднего свода. Впервые описанные Sheen, они представляют собой прямоугольные хрящевые трансплантаты, устанавливаемые между соединением верхних латеральных хрящей с перегородкой для расширения носового клапана [2]. Эти трансплантаты не только смещают верхние латеральные хрящи в стороны, но и добавляют среднему своду жесткости, чтобы противостоять втягивающим силам, возникающим при вдохе. Их можно установить путем открытого или закрытого доступов, но легче стабилизировать швами, накладываемыми под прямым визуальным контролем через открытый доступ [3].

Выполняя функциональное и эстетическое назначения, трансплантаты используются при устранении нарушений механизмов поддержки, недостаточности выступания носа, выравнивании неровностей на спинке, крыльях и кончике носа, расширении носового клапана. Исходя из этого, хирургам, занимающимся септоринопластиками, необходимо детально знать методику использования трансплантатов.

В первичных операциях материал для трансплантатов почти всегда в достаточном количестве. Хрящ перегородки носа служит первым источником для трансплантатов, так как его легко извлечь и можно с легкостью использовать в качестве трансплантата. В случае когда пациент ранее перенес хирургическое вмешательство на перегородку носа и нет достаточного количества донорского материала для трансплантата, первый выбор падает на хрящ ушной раковины, который редко дает нам повод пользоваться аллопластическим трансплантатом. С ростом количества септоринопластик в последнее время увеличивается и объем вторичных хирургических вмешательств на нос. Использование аутотрансплантатов во время ревизий уменьшает риск как осложнений так и повторных операций [4]. Хирург, занимающийся септоринопластиками, должен несколько раз задуматься до, во время и после операций о том для чего он прибегает к использованию трансплантатов, после чего появилась необходимость в них, где он и в каких пропорциях собирается их использовать и какую цель при этом преследует. К сожалению многие из нас редко задумываемся об этом, что порождает увеличение количества клинических случаев, нуждающихся в повторных операциях.

Трансплантаты разделяют на аутотрансплантаты, аллотрансплантаты, ксенотрансплантаты по происхождению [5]. Аутотрансплантаты могут быть из хряща перегородки, а также других хрящевых отделов носа, ушной раковины, ребра и фасции височной мышцы, также есть хирурги, кто использует широкую фасцию бедра. Из ксенотрансплантатов, которые используются очень редко, аллодерм и облученный реберный хрящ. К аллотрансплантатам, в ряд которых входят Medpor®, Gore-Tex® и силикон, прибегают чаще чем к ксенотрансплантатам [4]. Есть ряд особенностей, которыми должны обладать трансплантаты. Они должни быть инертными, пластичными, устойчивыми к различного рода травмам, инфекциям и отторжению. Донорский материал трансплантатов должен быть легкодоступным, недорогим и обладать качеством наименьшей ресорбции. А также трансплантат должен быть из нескользящего материала.

У каждого вида трансплантата есть как преимущества, так и недостатки. Аутотрансплантаты выгодны тем, что практически идеальны, биосовместимы. Недостатки этого вида трансплантатов заключаются в травме области донор-трансплантата, способность к изгибу, ресорбции и увеличение во времени хирургического вмешательства. К ним нет никакой иммунологической реакции.

Трансплантаты из хряща перегородки носа и ушной раковины практически идеальны, а последняя и вовсе не только по структуре, но и по форме напоминает нижний боковой хрящ носа. Для реконструкции носа донорами служит не только хрящ перегородки носа, но и остальные хрящи. Так, например: для восполнения неровностей над кончиком носа, шероховатости спинки носа, в качестве трансплантатов-распорок в носовых клапанах и в качестве трансплантата "турецкий рахат-лукум" (измельченные хрящи) могут быть использованы резецированые цефалические концы латеральных ножек нижних латеральных хрящей [6]. Затруднения в извлечении ребеного хряща, его окостенение у пациентов пожилого возраста и след разреза в области груди являются главными недостатками этого вида трансплантата. Возможность искривления ребеного хряща в долгосрочной перспективе можно также отнести к недостаткам этого вида трансплантата. Фасция височной мышцы служит хорошим камуфляжом неровностей у пациентов с тонкой кожей. В септоринопластике золотым стандартом трансплантатов считается хрящ перегородки носа, для остальных видов источников трансплантатов нужен отдельный разрез, что само по себе служит травматизацией.

Ксенотрансплантаты привлекательны биосовместимостью, способностью приобретать нужные формы и абсолютно не влияют на время операции, но их отличают также способность к ресорбции, дороговизна и возможность отторжения и инфекций. Их специально изготовливают, упаковывают в виде фабричных изделий. Из-за этого цена таких трансплантатов в большинстве случаев не устраивает пациентов. Ксенотрансплантаты имеют повышенную способность к ресорбции и облученный реберный ксенотрансплантат склонен к изгибу в длительном временном промежутке.

Аллотрансплантаты устойчивы и также не влияют на время операции, но они дороги и их отличает высокая способность к отторжению и инфекциям. Аллотрансплантаты используются в большинстве случаев для восполнения неровностей спинки и других отделов носа. При потере натуральных механизмов опоры и источников аутотрансплантатов в предыдущих хирургических вмешательствах также прибегают к аллотрансплантатам. К сожалению они могут только частично заменить идеальные трансплантаты. Среди них материалы полимерного происхождения Medpore и Gore-Tex известны самым низким риском оотрожения и как самые стабильные. Эти материалы способны легко принимать нужную форму, биосовместимы по сравнению с другими аллотрансплантатами. Недостатками их считаются риск отторжения и инфекций, они чувствуются под кожей, что тоже отрицательно сказывается на употребление их в септоринопластиках. Силиконовые трансплантаты схожие с Gore-Tex и Medpore, но отличается более высокой отторгаемостью, в связи с чем менее предпочитаема.

При установке трансплантатов основные манипуляции лучше производить через открытый доступ (рис.2), позволяющий точно устанавливать подпорки и трансплантаты, особенно это касается начинающих коллег. Те процедуры, которые молодой хирург делает через открытый доступ, опытный хирург может сделать и закрытым способом. Открытый доступ дает преимущество точного размещения и фиксации трансплантата, минимизирует контакт трансплантатов с разрезами слизистой оболочки носа, а также инфекционные последствия. Однако при открытом доступе труднее оценить профиль спинки. Трансплантаты обычно фиксируются, рассасывающимися, нитями разных размеров в зависимости от толщины и места прикрепления, хотя альтернативой может быть тканевой клей.

Мы в своей практике пользуемся исключительно аутотрансплантатами. Выборами последовательно являются перегородка носа, хрящ ушной раковины и затем реберный хрящ. Чтобы достичь идеальных пропорций, окончательное формирование трансплантата откладывается до тех пор, пока он не зафиксируется. Главное - точное образование формы, выступания и ротации кончика носа, при сохранении опорных

структур, что придает длительную стабильность конструкции и регулирует процесс заживления.

Рис.2. Линия разреза для открытой ринопластики, что отличает ее от закрытой септоринопластики.

В заключение, обзор применения трансплантатов в септоринопластике играет немаловажную роль для анализа предстоящих операций, исправления дефектов и желанных результатов септоринопластики. Септоринопластика необходима для устранения дефектов наружного носа, не причиняя вред функциям носа. Для достижения эффективных результатов в септоринопластике без трансплантатов обойтись практически невозможно. Прежде чем использовать тот или иной трансплантат ринохирург должен знать особенности каждого вида из них, а затем применять зная все преимущества и недостатки трансплантатов.

Литература:

1. Toriumi DM. Management of the middle nasal vault in rhinoplasty. Oper Tech Plast Reconstr Surg 1995;2:16-30
2. Sheen JH, Sheen AP. Aesthetic rhinoplasty. St. Louis: CV Mosby, 1987.
3. Park SS. The flaring suture to augment the repair of the dysfunctional nasal valve. Plast Reconstr Surg 1998;101:1120-2
4. Romo T, Kwak ES. Nasal grafts and implants in revision rhinoplasty. Facial Plast Surg Clin N Am 2006;14:373-87
5. Lin G, Lawson W. Complications using grafts and implants in rhinoplasty. Operative Techniques in Otolaryngology 2007;18:315-23
6. Erol O. The Turkish Delight: a pliable graft for rhinoplasty. Plast Reconstr Surg 2000;105:1838-50

УДК: 616.9 – 084

Мамытова Г.А, Абдурахманова Ч.А,
Арзиева А.И. ОшГУ, медицинский колледж

Особенности течения острой респираторной вирусной инфекции у больных с хроническими заболеваниями бронхо-легочной системы

Представлен материал об особенностях течения ОРВИ с хроническими заболеваниями дыхательных путей. Изложены профилактические мероприятия среди студентов медицинского колледжа.

There is an information about a development of complication from broncho-pulmory system when acute respiratory virus infection. A profilactic evens were done among the students of the medical college.

Респираторные инфекции - это универсальный патологический синдром, возникающий у здоровых лиц и осложняющий течение практически всех тяжелых заболеваний. По данным ВОЗ ежегодно значительная часть населения планеты переносит ОРЗ, среди которых значительная место принадлежит инфекциям, вызванными вирусами[1].Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) являются наиболее частой патологией. ОРВИ составляют до 90% всех случаев инфекционной заболеваемости [2]. Основными возбудителями ОРВИ являются различные респираторные вирусы передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся острым началом, лихорадкой, общей интоксикацией, поражением верхних и нижних дыхательных путей на долю которых приходится до 65-95% всех острых инфекций дыхательных путей. Симптомы развиваются в течение суток, преобладают симптомы поражения дыхательных путей-ринита, фарингита, трахеита, бронхита, интоксикационный синдром (повышение температуры тела 37,5 С° и выше, снижение аппетита, вялость, слабость, головная боль) [3]. Вирусное воспаление слизистой оболочки респираторного тракта может способствовать активации эндогенной бактериальной флоры. Активный рост и размножение бактерий, обусловленные снижением иммунной защиты, на фоне ОРВИ, нередко становятся причиной таких осложнений, как пневмония, трахеобронхит, синусит, отит. [4]. Респираторные вирусные инфекции, рассматриваются как ведущий фактор риска воспаление легких. Нарушения иммунной защиты, обусловленные легочной патологий, приводят к осложненному течению ОРВИ. Возникновение сопутствующей инфекции у больных легочной патологией может приводить к иммунодефицитам, сочетающимся с резким снижением антибактериальной резистентности организма.[5].

Целью данного исследования была разработка профилактических мероприятий, направленных на снижение частоты ОРВИ и их осложнений.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 100 студентов медицинского колледжа заболевших ОРВИ. Больные студенты разделены на 2 группы. В 1 группе находились больные не имеющие в анамнезе хронических заболеваний дыхательных путей, во 2 группе находились студенты имеющие в анамнезе хронических заболеваний дыхательных путей (трахеобронхит, тонзиллит, хронический бронхит, отит)

Результаты исследования. В результате проведенного исследования было установлено, что частота ОРВИ в первой группе составляла 10%, во второй группе-30%.В первой группе течение ОРВИ сопровождалось острым ринитом и синуситом, осложнений со стороны бронхолегочной системы не было. Во второй группе у 22 студентов очаговая бронхопневмония, у 10 студентов-сегментарная пневмония с признаками дыхательной недостаточности и симптомами интоксикации, у одного-интерстициальная пневмония, у 17 студентов-острый ларингит.

Медикаментозное лечение. ОРВИ является самоизлечимым заболеваниям. Приведенные ниже симптоматическое медикаментозное лечение можно использовать « по необходимости» у пациентов с ОРВИ.

1.Антибиотики при лечение ОРВИ не показаны;

2.Противовирусные препараты эффективны при их назначении в первые 48 часов;

- ремантадин по 1000 мг 3 раза в день в первый день, второй и третий день по 100 мг 2 раза в день, по 100 мг 1 раз в день в четвертый день[3].

2.Местные сосудосуживающие средства:

- Оксиметозолин- по 0,05% раствор, 2 или 3 впрыскивания в каждый носовой ход два раза в день;

3. Оральные сосудосуживающие средства:

- Псевдоэфедрин- 60мг каждые 4-6 часов или 120мг каждые 12 часов.

4. Антигистаминные препараты;

-Хлорфенирамин 4 мг каждые 4-6 часов или 8 мг 3 раза в день, по 12 мг 2 раза в день.
5.Противокашлевые средства;
- Кодеин по 10-20 мг каждые 4-6 часов;
- Декстрометорфан по 10-30 мг каждые 4-8 часов
6. Отхаркивающие и мукалитические средства;
-Джосет – 10 мл по 3 раза в сутки [9].
-Гуаифенезин по 100-400 мг каждые 4 часа.
7. Местные анестетики назначаются для снятия боли в горле [8].

Вторым этапом исследования являлось изучение влияния профилактических мероприятий на риск возникновения ОРВИ и вероятность ее осложненного течения с легочной патологией.

Согласно инструкции проводились следующие профилактические мероприятия:

1. Изоляция больных гриппом.
2. Вакцинация поливалентной гриппозной вакциной [8].
3. Постоянное ношение масок из 4-слойной марли со сменой их через каждые 3-4 ч.
4. При первых признаках ОРВИ-интерферон по 1-2 капли 3 дня каждый час капать в нос [6].
5. Гриппоферон по 2 капли 1 раз в день, Ингарон по 2-капли через день в течение 10 дней [7].
6. Оксалиновая мазь 0,25% (тонким слоем смазывались носовые ходы).
7. При температуре 38,0 С° и выше более 2-3 дней-ампициллин по 1гр 3 раза в день в/м в течение 7 дней.

В процессе внедрения профилактических мероприятий было также обследовано 100 больных. Анализ эффективности внедрения строгого санитарно-эпидемического режима показал, что частота ОРВИ в первой группе составила 3%, во второй 10%.

Выводы. Тщательное выполнение санитарно-эпидемических мероприятий способствует снижению частоты ОРВИ среди студентов и их осложненного течения.

Литература:

1. Антивирусная терапия- ключевой элемент терапии респираторных инфекций //Центрально- Азиатский медицинский журнал имени М. Миррахимова, материалы 6-конгресса пульмонологов// Ташметова Г.Т с-24.
2. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика // Научно-практическая программа Союза педиатров России// Под ред. А.А. Баранова.-М.,2002
3. Внутренние болезни // Учебник для студентов медицинских ВУЗов// А.Т. Мамасаидов, Бишкек-2011 с-
4. Материалы практических рекомендаций Российского респираторного общества и Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии // Чучалин А.Г, Синопальников А.И, Страчунский Л.С. и др -2006-Т., №1.-С54-86.
5. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 01.11.2000, № 48, ИНСТУКЦИЯ по экстренной и неспецифической профилактике гриппа и острых респираторных вирусных инфекций.
6. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии. М., Медицина 1996-240ст.
7. Гаращенко Т.И и соавт. Иммунотерапия при заболеваниях ЛОР-органов у детей // Иммунокорекция в педиатрии.- Под ред. Костинова М.П.-М., 1997.-с.40-48.
8. Краткий справочник для специалистов первичного звена здравоохранения с133-137.
9. Вести фармации и медицины. Ежемесячные издания газеты № 8 август. 2011г.

УДК 616-001.8; 616.124.3; 616.12-008.331.1.

Марипов А.М., Мамажакыпов А.Т.,
Сарыбаев А.Ш., Юсупов Ф.А., Сабиров И.С.
НЦКТ имени акад.М. Миррахимова, ОшГУ

Роль острой гипоксической пробы в оценке динамики индекса эксцентричности левого желудочка у больных с хроническим обструктивным заболеванием легких

Бул макала өнөкөт обструктив өпкө оорусу менен ооруп, андан улам гипоксиялык өпкө гипертониясы жана өпкө жүрөгүнө кабылган оорулууларда жүрөк булчунунун оң карынчасынын геометриялык өзгөрүүлөрүнө баа берүү үчүн, сол карынчанын экесцентривдик индексин изилдөө жөнүндө.

Показано, что у больных с хронической обструктивной болезнью легких, осложненных гипоксической легочной гипертонией и легочным сердцем, для количественной оценки изменения геометрии полости правого желудочка миокарда необходимо исследовать индекс эксцентричности левого желудочка сердца.

According to the report, patients with chronic obstructive pulmonary disease, complicated by development of hypoxic pulmonary hypertension and "corpulmonale" must be examined for eccentricity index of left heart ventricle on purpose of quantitative estimation geometry of right heart ventricle cavity.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является серьезной проблемой для практического здравоохранения из-за широкой их распространенности, прогрессирующего течения, сокращения продолжительности жизни больных. Смертность от этой болезни среди лиц старше 45 лет занимает 4-е место среди причин смерти в общей популяции, что составляет около 4% в структуре общей летальности. Показатели смертности от ХОБЛ в Кыргызстане в 2-3 раза превышают среднеевропейские [1]. ХОБЛ часто осложняется легочной гипертонией (ЛГ). Исследования показали, что выживаемость больных зависит от показателей легочной сосудистой сопротивляемости (ЛСС)[2], уровня легочного артериального давления (ЛАД)[3] и наличия или отсутствия легочного сердца[4].

Длительное время хроническое легочное сердце протекает скрыто и обращает на себя внимание врачей только на этапе декомпенсации кровообращения. Поэтому важным представляется разработка методов и технологий максимально раннего выявления дисфункции правого желудочка (ПЖ) и её коррекции.

Таким образом, изучение вопросов и поиск новых способов и подходов к прогнозированию и лечению болезней, обусловленных хронической гипоксией, в частности ЛГ гипоксического генеза, является весьма актуальной проблемой для Кыргызстана.

Целью настоящей работы является изучение особенности функционирования ПЖ при ЛГ гипоксического генеза (вследствие ХОБЛ) для разработки подходов к прогнозированию её развития и оптимизации лечения.

Для достижения цели решались следующие задачи:

– изучить особенности функционирования ПЖ сердца при ЛГ гипоксического генеза (вследствие ХОБЛ).

Материал и методы

Для решения поставленных задач нами обследовано 55 мужчин в возрасте от 38 до 66 лет (средний возраст 56,4±1,1 года), страдающих ХОБЛ. Все больные находились на обследовании и лечении в отделении горной медицины Национального Центра кардиологии и терапии. Контрольную группу составили 16 практически здоровых лиц в возрасте от 41 до 62 лет (средний возраст 53,9±1,5 года), обследованных по тем же

правилам в амбулаторных условиях. Диагноз ХОБЛ устанавливался на основании рекомендаций Национального института сердца, легких и крови (США) и ВОЗ по программе GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2010)[5]. Верификация диагноза проводилась с помощью спирографии, рентгенографии органов грудной клетки в трех проекциях. Гипертрофия правого желудочка (ГПЖ) оценивалась по результатам двухмерной эхокардиографии [6]. Диагноз ЛГ устанавливался на основании уровня ЛАД измеренного эхокардиографически (среднее ЛАД>20 ммHg). Ультразвуковое исследование сердца проводили на приборе SSH-60A с допплерэхокардиографической приставкой SDS-21B фирмы Toshiba (Япония) с использованием датчика с частотой 3,5 МГц.

Среднее ЛАД рассчитывали по формуле, предложенной Kitabatakeetal. [8]: $\log10^{(ЛАДср)}$ = -0,0068x(AcT)+2,1, где AcT - время ускорения систолического легочного потока.

Больные с ЛАГ вследствие ХОБЛ, были разделены на 3 группы: 1-я группа – пациенты с ХОБЛ и ЛАГ без признаков вовлечения органа-мишени (признаки гипертрофии и дилатации ПЖ по данным ЭКГ и ЭХОКГ), 2-я группа – больные с ЛАГ и признаками гипертрофии ПЖ которым проведена острая гипоксическая проба (ОГП). В 3-ю группу были включены больные ХОБЛ с ЛГ и признаками гипертрофии и дилатации ПЖ, имеющие исходно низкую фракцию выброса, которым не проводилась ОГП (табл.1).

Больные в зависимости от реакции изменения геометрии полости правого желудочка в ответ на ОГП, были разделены на 2 группы: 1-я группа – больные с ХОБЛ, осложненной ЛГ (средний возраст 57,1±1,5 лет), которые реагировали на ОГП полулунообразным изменением полости ПЖ, 2-я группа – больные ХОБЛ с ЛГ и ГПЖ, реагировавшие на ОГП шарообразным изменением полости ПЖ (средний возраст 57±1,8 лет). Фракция выброса ПЖ определялась по Gibson [9]. Лунообразное и шарообразное изменения геометрической формы полости ПЖ при гипоксической пробе оценивалась визуально из парастернального доступа по короткой оси сердца.

У обследованных больных размеры и показатели сократительной функции левого желудочка (ЛЖ) не выходили за пределы нормальных значений. Они не имели сопутствующих заболеваний. Исследования проводились в период относительной ремиссии легочного заболевания.

При обработке материала применялись методы вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

Методы исследования включали опрос жалоб и анамнеза с заполнением специальной карты, рутинные анализы крови и мочи, клинический осмотр, ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, двумерную допплерэхокардиографию с оценкой сократительной функции ПЖ сердца, спирометрию, острую гипоксическую пробу (ОГП), определение насыщения артериальной крови кислородом (SaO2). Для количественной оценки изменения геометрии ПЖ во время ОГП применяли *Индекс эксцентричности левого желудочка* (EccInd) и оценивали по методу RyanT, etal., [10] исходно и во время острой гипоксической нагрузки.

Результаты и обсуждения

Показатели функции внешнего дыхания во всех группах обследованных нами больных представлены в таблице 1. В сравнении со здоровыми лицами в обеих группах больных отмечены значительные и резкие нарушения вентиляции по смешанному типу с преобладанием обструкции. У больных второй группы нарушения функции внешнего дыхания имели большую выраженность в сравнении с больными 1-й группы, однако, различия между ними оказались статистически недостоверными. При изучении насыщения артериальной крови кислородом в 1-й группе больных была обнаружена умеренная (SaO_2= 92,1±0,8), а во 2-й группе - выраженная (SaO_2=89,1±1,0) гипоксемия.

Таблица 1

Показатели функции внешнего дыхания и газов крови при ХОБЛ

Показатели	КГ (n=16)	1 группа (n=32)	2 группа (n=15)	P_{K-1}<	P_{K-2}<	P_{1-2}<
ЖЕЛ, л	4,3±0,1 (101,4±2,7)	2,3±0,2 (55,9±4,0)	2,2±0,2 (54,2±3,4)	0,001	0,001	НД
ФЖЕЛ, л	4,8±0,5 (100,7±2,7)	2,3±0,2 (57,2±5,1)	2,2±0,2 (51,2±4,1)	0,001	0,001	НД
$ОФВ_1$, л/сек	7,9±4,3 (105,6±3,1)	1,1±0,1 (33,2±3,5)	0,9±0,1 (30,7±3,1)	0,001	0,001	НД
$ОФВ_1$/ФЖЕЛ, %	80,5±2,1	44,9±2,2	39,8±2,0	0,001	0,001	НД
SaO_2, %	99,4±0,7	92,1±0,8	89,1±1,0	0.05	0.01	НД

Примечание: КГ - контрольная группа здоровых лиц; 1 группа - больные ХОЗЛ с легочной гипертонией, но без признаков ГПЖ; 2 группа - больные ХОЗЛ с признаками ГПЖ; n - количество обследованных; ЖЕЛ – жизненная емкость легких; ФЖЕЛ - форсированная жизненная емкость легких; $ОФВ_1$ – объем форсированного выдоха за 1 секунду; SaO_2 - насыщение крови кислородом в артериализованной капиллярной крови; НД - отсутствие достоверных различий между показателями.

В физиологических условиях ПЖ лучше адаптируется к изменениям преднагрузки, нежели к острому повышению постнагрузки [11]. Это значит, что острое возрастание сопротивления, против которого должен работать ПЖ, может сопровождаться снижением ФВ ПЖ. Между тем, изучение динамики ФВ ПЖ в ответ на острую гипоксию (ингаляция гипоксической газовой смеси - ГГС) может помочь в диагностике нарушений функции ПЖ еще до развития легочного сердца (ЛС) [12]. Термин межжелудочковые взаимодействия (МЖВ) используется для описания дисфункции одного желудочка, вследствие воздействия на движение МЖП вторично к структурному и/или функциональному отклонению противоположного желудочка [13;14;15]. МЖВ могут встречаться в систоле или диастоле и обуславливаться градиентом давления между желудочками [16], что приводит к дисфункции ПЖ при перегрузках ЛЖ (дисфункция ЛЖ), так наоборот перегрузки ПЖ ведут к нарушению систолической и диастолической функции ЛЖ [18)]. Это имеет место при ХОБЛ [17], идиопатической легочной гипертензии [19,20], дефекте межпредсердной перегородки (18), аритмогенной дисплазии правого желудочка [21]. Исследования показали, что функция ПЖ (систолическая и/или диастолическая) нарушается при многих заболеваниях (наравне с ЛЖ), и его оценка должна стать облигатным «методом» исследования кардиологических больных [22]. Сравнение между контрольной и группами больных показало, что выраженность снижения величины ФВ ПЖ у больных ХОБЛ закономерно возрастала по мере прогрессирования тяжести заболевания. Различия в величине ФВ ПЖ между 1-ой группой больных и здоровыми лицами оказались недостоверными. Наиболее существенное снижение ФВ ПЖ наблюдалось у больных с гипертрофией и дилатацией ПЖ, т.е. в 3-ей группе, и составила 36,7 ± 1,5%. Во 2-ой группе пациентов ФВ ПЖ значимо не отличалась от 1-ой и контрольной групп, и составляла 50,9±0,9%, находясь в пределах нормальных величин (табл.2).

Далее, при оценке сократительной функции ПЖ с проведением гипоксической нагрузки у здоровых лиц и больных ХОБЛ с изолированной ЛГ, со стороны ФВ ПЖ не отмечалось ее снижения, а анализ геометрии полости ПЖ при визуализации в В-режиме ЭХОКГ показал отсутствие изменения исходной лунообразной формы (в виде полумесяца) в короткой оси из парастернального доступа. Во 2-ой группе больных в ответ на острую гипоксию ФВ ПЖ достоверно снижалась с одновременным повышением конечно-диастолического обьема (КДО) ПЖ, сдвигом межжелудочковой перегородки в сторону полости ЛЖ с последующим переходом полулунообразной формы полости ПЖ в шарообразную.

Таблица 2

Влияние острой гипоксии на показатели легочного кровообращения и сократимость ПЖ и эксцентричности ЛЖ у больных ХОЗЛ

Показатели		КГ (n=16)	1-я группа (n=32)	2-я группа (n=15)	3-я группа (n=8)
ЛАДср., мм рт. ст.	Ф	14,0±2,0	29,7±4,2#	37,4±0,9##	40,1±1,9##
	Г	22,7±2,4***	38,5±4,1*	44,9±1,9*	
ФВ ПЖ	Ф	57±0,8	56,8±1,9	50,9±0,9#	36,7±1,5##
	Г	69±1,2	56,9±0,9	36,5±1,2**##	
КДО ПЖ, см3	Ф	24,0±1,4	26,5±2,5	29,1±2,2#	31,3 ±1,4##
	Г	23,6±1,6	27,5±2,3	31,5±2,1**##	
SaO2, %	Ф	99,4±0,7	92,1±0,8	89,1±1,0##	87,2±1,1##
	Г	80,0±0,8**	75,1±2,3**	70,1±2,0**##	
$EccInd_s$	Ф	1.01± 0.01	1.03±0.01	1.2±0.4	1.9±0.4***
	Г	1.02± 0.01	1.05±0.02	1.9±0.3**	
$EccInd_d$	Ф	1.02±0.01	1.04±0.01	1.2±0.5	2.0±0.5***
	Г	1.03±0.01	1.06±0.01	2.0±0.4**##	

Примечание: n – количество обследованных, Ф - фон, Г - гипоксия, $EccInd_s$ - систолический индекс эксцентричности ЛЖ, $Ecc.Ind_d$ - диастолический индекс эксцентричности ЛЖ - различия достоверны при сравнении фоновых значений с данными при острой гипоксии (соответственно P<0,05; <0,01; <0,001), (соответственно P<0,05; <0,01; <0,001) – различия достоверны при сравнении с контрольной группой.

Индекс эксцентричности ЛЖ (EccInd) был описан RyanT, etal., (10) и позволяет оценить влияние повышенного объема/давления ПЖ за счет смещения МЖП в сторону ЛЖ.

В нашем исследовании в фоновых условиях по эксцентричности ЛЖ контрольная и 1-я, 2-я группы не различались. А больные 3-й группы уже исходно имели достоверно увеличенные индексы эксцентричности ЛЖ, которым гипоксическая проба не проведена. Во время острой экзогенной гипоксической нагрузки у здоровых лиц и 1-й группы больных со стороны индекса эксцентричности ЛЖ каких-либо особых изменений не происходило. Тогда, как у больных 2-й группы происходили довольно интересные изменения: наблюдалось достоверное увеличение как систолического, так и диастолического индекса эксцентричности ЛЖ (1.9±0.3, 2.0±0.4 против 1.02± 0.01, 1.05±0.01 и 1.03±0.01 1.06±0.01 соответственно контрольной и 1-й группы во время систолы и диастолы (p<0,001). Указанные изменения показывают количественную характеристику шарообразного или полулунообразного реагирования полости ПЖ на острую экзогенную гипоксическую нагрузку. Как и следовало ожидать, выявленный нами в ответ на острую экзогенную гипоксию в контрольной и 1-й группе ФВ ПЖ увеличивается или, по - крайней мере, не изменяется, что свидетельствует о достаточных его компенсаторных резервах.

Выводы

1. У больных с гипоксической ЛГ в ответ на острый гипоксический тест наблюдаются 2 типа изменения геометрии полости ПЖ сердца: шарообразное и полулунообразное.
2. Шарооборазное изменение геометрии полости ПЖ сердца в ответ на острый гипоксический тест (в отличие от полулунообразного типа, сохраняющегося в ответ на ОГП) наблюдается у лиц с более выраженной ЛГ в сочетании с более высокой реактивностью легочного сосудистого ложа на гипоксию. Такое изменение геометрии полости ПЖ сердца в сочетании со снижением ФВ в ответ на острый

гипоксический тест можно рассматривать как признак скрытой правожелудочковой сердечной недостаточности.

3. Для количественной оценки изменения геометрии ПЖ необходимо исследовать индекс эксцентричности ЛЖ.

Литература:

1. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2003 году. Бишкек, МЗ КР, Республиканский медико-информационной центр. 2004.
2. Burrows B, Kettel LJ, Niden AH, Rabinowitz M, Diener CF. Patterns of cardiovascular dysfunction in chronic obstructive lung disease. N Engl J Med 1972; 286: 912–918.
3. Weitzenblum E, Hirth C, Ducolone A, Mirhom R, Rasaholinjanahary J, Ehrhart M. Prognostic value of pulmonary artery pressure in chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 1981; 36: 752–758.
4. Traver GA, Cline MG, Burrows B. Predictors of mortality in chronic obstructive pulmonary disease. A 15-year follow-up study. Am Rev Respir Dis 1979; 119: 895–902.
5. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease NHLBI/WHO Workshop Report, 2010 available from pttp://wwwgoldcopdorg.2010
6. Шиллер Н., Осипов М.А. Клиническая эхокардиография. М.: 1993.
7. Weyman A.E. Principles and practice of echocardiography. 2nd edition. - Philadelphia, 1994.
8. Kitabatake A., Inoue M., Asao M., Masuyama T., Tanouchi J., Morita T., Mishima M., Uematsu M., Shimazu T., Hori M., and Abe H. (1983). Noninvasive evaluation of pulmonary hypertension by a pulsed Doppler technique. Circulation. 68:302-9.
9. Gibson T., Miller S., Aretz T. et al. Method for estimation right ventricular volume by planes applicable to cross-sectional echocardiography. Correlation with angiographic formulas. Amer. J. Cardiology 1985;№ 55:1584.
10. Ryan T., Petrovic O., Dillon J.C. et al. An echocardiographic index for separation of right ventricular volume and pressure overload. J Am CollCardiol 1985; 5: 918–927.
11. MacNee W. Right ventricular function in corpulmonale. Cardiology 1988; 75 (Suppl. 1), 30-40.
12. Новиков В.И., Новикова Т.Н., Кузьмина-Крутецкая С.Р., Ироносов В.Е. Оценка диастолической функции сердца и ее роль в развитии сердечной недостаточности. Кардиология 2001; 2: 78-85.
13. Clyne C.A., Alpert J.S., Benotti J.R. Interdependence of the left and right ventricles in health and disease. Am Heart J 1989; 117: 1366–1373.
14. Остроумов Е.Н., Шумаков Д.В., Мочкин И.А. Применение основных принципов межжелудочкового взаимодействия при прогнозе интраоперационной необходимости в механической поддержке кровообращения у больных ишемической болезнью сердца. Кардиология 2001;10:28-33.
15. Коломоец Н.М., Бакшеев В.И., Турсунова Г.Ф. Роль дисфункции правого и левого желудочков сердца в развитии легочной патологии. В кн.: Научные труды ГИУВ МО РФ 2004; 3: 66-68.
16. Santamore WP, Dell'Italia LJ. Ventricular interdependence: significant left ventricular contributions to right ventricular systolic function.ProgCardiovasc Dis. 1998 Jan-Feb; 40(4):289-308.
17. Mizushige K., Morita H., Senda S., Matsuo H. Influence of right ventricular pressure overload on left and right ventricular filling in corpulmonale assessed with Doppler echocardiography. JpnCirc J 1989; 53: 1287–1296.
18. Tanaka H., Tei C., Nakao S. et al. Diastolic bulging of the interventricular septum toward the left ventricle. An echocardiographic manifestation of negative interventricular

pressure gradient between left and right ventricles during diastole. Circulation 1980; 62: 558–563.Louie E. K., Lin S. S., Reynertson S. I. et al. Pressure and Volume Loading of the Right Ventricle Have Opposite Effects on Left Ventricular Ejection Fraction. Circulation. 1995; 92:819-824.

19. Louie E. K., Lin S. S., Reynertson S. I. et al. Pressure and Volume Loading of the Right Ventricle Have Opposite Effects on Left Ventricular Ejection Fraction. *Circulation.* 1995; 92:819-824.
20. Galie N., Torbicki A., Barst R., et al. Guidelines on diagnosis and treatment of pulmonary arterial hypertension. The Task Force on Diagnosis and Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2004;25:2243—2278.
21. Lindstrom L., Nylander E., Larsson H., Wranne B. Left ventricular involvement in arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy - a scintigraphic and echocardiographic study. ClinPhysiolFunct Imaging. 2005; 25(3):171-7.

УДК: 548.71.665

Махмудова Ж.А.
КГМА им. И.К.Ахунбаева, МОУНЦБИ, г. Бишкек

Влияние комбинированного применения атенолола и коэнзима Q_{10} на течение катехоламинового некроза миокарда при длительном пребывании животных в условиях высокогорья

Установлено, что у адаптированных к условиям высокогорья кроликов с моделированным некрозом миокарда комбинированное применение атенолола с коэнзимом Q_{10} приводит к снижение уровней внутриклеточных ферментов в сыворотке крови. Морфологические исследования миокарда показали увеличение количества кардиомиоцитов с восстановленными структурами.

Ключевые слова: высокогорье, акклиматизация, некроз миокарда, маркерные ферменты, адреналин.

Негизги сөздөр: бийик тоо, акклимтизация, жүрөк булчуңунун некрозу, маркердик ферменттер, адреналин.

It was established that in animals adapted to high altitude conditions with modeled catecholamine myocardial necrosis the combined use of atenolol and coenzyme Q_{10} leads to the decreased level of intracellular enzymes in serum. Morphological changes showed the increased number of cardiomyocytes with recovered structure.

Key words: high altitude, acclimatization, myocardial necrosis, marker enzymes, adrenaline.

В последние годы возобновлялось активное перемещение промышленного потенциала (горно - геологическая промышленность, строительство гидроэлектростанций, дорог и т. д.) в ранее неосвоенные высокогорные регионы Кыргызстана. Связанная с этим процессом миграция во вновь осваиваемые горные территории, характеризуемые влиянием экстремальных климатических факторов на организм человека, делает проблему охраны здоровья прибывающего контингента одной из основных задач научной и практической медицины республики.

Как известно, в мировом масштабе заболеваемость и смертность от сердечно - сосудистых заболеваний продолжает занимать ведущее место среди наиболее распространенных неинфекционных заболеваний, что характерно и для Кыргызстана. В структуре заболеваемости большая доля принадлежит коронарной болезни сердца (КБС). Многие авторы отмечают, что инфаркт миокарда (ИМ) – одна из самых частых и грозных форм КБС [1,2]. Нередко инфаркт миокарда развивается в условиях высокогорья.

Сам факт перемещения здоровых людей и животных на разные высоты является сильнейшим стрессом. При чрезмерной силе и длительности действия экстремальных факторов высокогорья неадекватная адаптивная реакция организма превращается в одну из причин повреждений миокарда [3 ,4, 5, 6].

Из вышеизложенного следует, что изучение особенностей течения сердечно - сосудистых заболеваний, их фармакотерапии и фармакопрофилактики в условиях разных высот представляет значительный теоретический и практический интерес для здравоохранения Кыргызской Республики.

Надо отметить, что механизмы действия и применения лекарственных препаратов, влияющих на функцию сердечно - сосудистой системы, достаточно хорошо изучены в условиях равнины, но исследования по изучению их действия в условиях высокогорья встречаются гораздо реже [7].

Как следует из литературных источников с позиций лечения и профилактики ишемических повреждений сердечной мышцы продолжают оставаться приоритетными лекарственные препараты из группы β-адреноблокаторов. К настоящему времени накоплена достаточная доказательная база по эффективности применения β-адреноблокаторов при инфаркте миокарда. Так, по данным клинических наблюдений у 20000 больных, применение β - адреноблокаторов при ИМ способствовало снижению смертности на 20%, частоты внезапной смерти – на 35%, повторного ИМ – на 25% [8]. Одним из широко используемых в медицинской практике β -адреноблокаторов является атенолол.

Атенолол – кардиоселективный β_1-адреноблокатор, ослабляет основные эффекты симпатико-адреналовой системы или полностью устраняет их. Этот препарат способен блокировать β_1-адренорецепторы сердца, при этом снижается уровень катехоламинов, которые в свою очередь стимулируют образование метаболитов АТФ (в частности цАМФ). Он оказывает антиангинальное, антиишемическое, антиаритмическое действие. Это действие осуществляется за счет уменьшения несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой. Снижение частоты сердечных сокращений, сократимости миокарда, систолического артериального давления приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде.

Поскольку энергетический обмен миокарда в первую очередь реагирует на воздействие гипоксии, важно найти средства для активного воздействия на энергетику сердца, способные оказывать корригирующее действие на систему биохимической адаптации к гипоксии [7,8]. Одним из средств, который играет ключевую роль в биоэнергетических процессах, является коэнзим Q_{10}. KoQ_{10}, убихинон - липидорастворимое соединение из класса бензохинонов. Он является обязательным компонентом дыхательной цепи как переносчик электронов в митохондриях, принимает участие в процессах окислительного фосфорилирования и синтеза АТФ. Кроме этого, KoQ_{10} выполняет в клетках еще одну важную функцию – его восстановленная форма является единственным липофильным антиоксидантом, который синтезируется в клетках животных и человека, а также постоянно регенерируется из окисленной формы с помощью ферментных систем организма [5,9].

В связи с вышеизложенным, **целью** настоящего исследования явилось изучение течения экспериментального катехоламинового некроза миокарда на фоне комбинированного применения атенолола и коэнзима Q_{10} при длительном пребывании животных в условиях высокогорья.

Методы исследования

Эксперименты проводились на 45 кроликах породы «шиншилла» массой 2,5 - 3,0 кг на 30-е сутки пребывания в условиях высокогорья (п. Туя - Ашу, 3200 м над ур. м.). Катехоламиновый некроз провоцировался однократным внутривенным введением адреналина 0,015 мг/кг массы тела на 30-е сутки пребывания в условиях высокогорья.

Животные были разделены на 5 групп: 1 группа - интактные животные в условиях низкогорья, 2 группа - интактные животные в условиях высокогорья (30-е сутки), 3 группа – кролики с моделированным некрозом миокарда в условиях высокогорья (30-е сутки), 4 группа – животные с моделированным катехоламиновым некрозом сердечной мышцы, получавшие перорально атенолол в дозе 20 мг/кг и коэнзим Q_{10} в дозе 2 мг/кг массы тела 1 раз в сутки в течение 14 дней в условиях высокогорья (44-сутки), 5 группа – животные с моделированным катехоламиновым некрозом миокарда, получавшие плацебо в условиях высокогорья в течение 14 дней (44 сутки).

Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) у животных осуществлялась на электрокардиографе - ЭК1Т во II отведении при скорости протяжки ленты 50 мм/сек. ЭКГ регистрировалась у здоровых животных на 30-е сутки пребывания в горах и на 30-и сутки пребывания в горах через 6 часов после моделирования повреждения сердечной мышцы. Также электрокардиограмма регистрировалась у животных с экспериментальным некрозом миокарда, получавших атенолол в сочетании с коэнзимом Q_{10} и у животных, получавших плацебо в течение 14 дней, т.е. на 44-е сутки пребывания в условиях высокогорья.

У всех перечисленных групп экспериментальных животных до и после эксперимента определялся ряд кардиоспецифических маркеров: количественное определение креатинфосфокиназы – МВ фракции в сыворотке крови «Диагностическими наборами для определения КФК-МВ» на автоанализаторе «SYNCHRON –CX 4» фирмы «BECKMAH COULTER» через 6 часов после введения адреналина. Количественное определение концентрации аспартатаминотрансферазы (АсАТ) в сыворотке крови наборами реагентов «Аминотрансфераза AST 360» фирмы PLIVA–Lachema Diagnostika» на фотоэлектроколориметре. Количественное определение концентрации тропонина I наборами реагентов «Тропонин I –ИФА» ООО «ХЕМА» г. Москвы в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа.

После перорального введения атенолола в сочетании с $КоQ_{10}$ животным в сыворотке крови нами определялись только аспартатаминотрансфераза и тропонин. Поскольку КФК-МВ относится к «ранним» маркерам, и при повреждении миокарда диагностически значимо повышается в первые часы заболевания, определять ее после 2-х недельного лечения было бы нецелесообразно.

Статистическая обработка материала проводилась методом вариационной статистики с помощью компьютерных программных пакетов Statist и Microsoft Excel. Разницу средних величин оценивали по t-критерию Стьюдента и вероятности Р.

Результаты и их обсуждение

Креатинфосфокиназа. У животных, которые получили внутривенно адреналин, по сравнению с интактной группой отмечалось повышение с 134,6 ± 17,3 до 475,8 ± 37,0 МЕ ($p< 0,001$) [10].

Аспартатаминотрансфераза (АсАТ).

Как видно из таблицы 1, на 30-е сутки пребывания животных в условиях высокогорья уровень АсАТ повысился с 0,07 ± 1,25 до 0,11 ± 0,01 мкмоль/л ($p<0,01$). После введения адреналина наблюдалось увеличение уровня АсАТ в сыворотке крови кроликов с 0,11 ± 0,01 до 0,17 ± 0,01 мкмоль/л ($p<0,001$) [10].

Течение катехоламинового некроза миокарда при длительном пребывании в условиях высокогорья после комбинированного лечения атенололом и $КоQ_{10}$.

Таблица 1.

Количество АсАТ в сыворотке крови у акклиматизированных кроликов при моделировании катехоламинового некроза миокарда в условиях высокогорья после лечения атенололом и $КоQ_{10}$

Интактные, низкогорье	Интактные, высокогорье	После введения адреналина	Получавшие атенолол и $КоQ_{10}$	Получавшие плацебо

0,07 ± 0,01	0,11 ± 0,01***	0,17 ± 0,01*	0,10 ± 0,003*	0,13 ± 0,004**

Примечание: при сравнении 2 гр. с 1 гр; 3 гр. с 2 гр; 4 гр. с 3 гр; 5 гр. с 3 гр.
* p <0,001; ** p <0,05; *** p <0,01.

У животных с моделированным некрозом миокарда, получавших атенолол совместно с коэнзимом Q_{10} в течение 14 дней отмечалось снижение уровня АсАТ с 0,17 ± 0,01 до 0,10 ± 0,003 мкмоль/л (p<0,001). В то же время, исследование подопытных животных, получавших плацебо, также показало снижение уровня аспарататаминотрансферазы до верхнего предела физиологической нормы (с 0,17 ± 0,01 до 0,13 ± 0,004 мкмоль/л (p < 0,05).

Тропонин I. Определение нами тропонина I в сыворотке крови на 30-е сутки пребывания кроликов в условиях высокогорья показало, что количество тропонина I в сыворотке крови увеличилось с 0,47 ± 0,13 нг/мл до 0,83 ± 0,09 нг/мл. Тогда после введения адреналина на высокогорье у животных наблюдалось увеличение тропонина I с 0,83 ± 0,09 до 2,31 ± 0,15 нг/мл (p < 0,01) [10].

Таблица 2.

Количество тропонина I в сыворотке крови у акклиматизированных кроликов при моделировании катехоламинового некроза миокарда в условиях высокогорья на 30-сутки после лечения атенололом и $КоQ_{10}$

Интактные, низкогорье	Интактные, высокогорье	После введения адреналина	Получавшие атенолол и $КоQ_{10}$	Получавшие плацебо
0,47 ± 0,01	0,83 ± 0,09**	2,31 ± 0,15***	0,62 ± 0,002*	0,91 ± 0,01*

Примечание: при сравнении 2 гр. с 1 гр; 3 гр. с 2 гр; 4 гр. с 3 гр; 5 гр. с 3 гр.
*p<0.001; **p<0.05; ***p<0.01.

Исследование тропонина I в сыворотке крови кроликов после комбинированного введения атенолола и коэнзима Q_{10} в условиях высокогорья показало, что его количество уменьшилось с 2,31 ± 0,15 нг/мл до 0,62 ± 0,002 нг/мл (p < 0,001). У кроликов получавших плацебо количество тропонина I в сыворотке крови также снизилось до 0,91 ± 0,01 нг/мл (p < 0,001).

Итак, на 30-й день пребывания животных в условиях высокогорья, вследствие возможного образования некротических участков в миокарде, как результат воздействия гипоксии и других факторов высокогорья, у животных содержания КФК-МВ фракции и тропонина I в сыворотке крови превышало физиологическую норму по сравнению с контрольной группой. После моделирования катехоламинового некроза миокарда уровни кардиоспецифических маркеров КФК - МВ фракции, АсАТ и тропонина I достоверно повышались в связи с более массивным повреждением кардиомиоцитов под действием экзогенно вводимого адреналина и гипоксии.

После комбинированного лечения атенололом и коэнзимом Q_{10} у животных с модельной патологией миокарда отмечалось достоверное снижение уровней внутриклеточных ферментов в сыворотке крови.

Обращает на себя внимание тот факт, что у экспериментальных животных получавших плацебо в течение 14 дней, в условиях высокогорья наблюдалось снижение уровня АсАТ до верхнего предела физиологической нормы. Такое снижение аспартатаминотрансферазы у кроликов, не получавших медикаментозной терапии, возможно, связано с низкой специфичностью АсАТ как для ранней, так и для и поздней диагностики повреждения миокарда и недолгим сохранением этого фермента в сыворотке крови от (36-48 часов) [7,8].

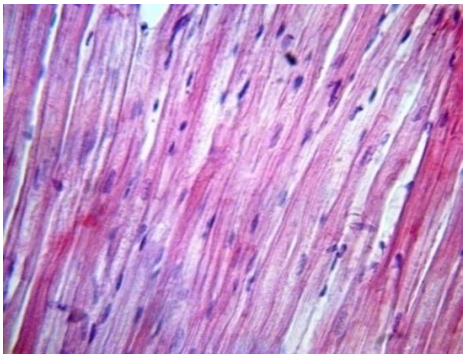
Определение тропонина I в сыворотке крови у кроликов с моделированным некрозом миокарда, получавших плацебо, показало, что количество тропонина I оставалось на высоком уровне. Это свидетельствует о дальнейшем развитии некроза миокарда, что также подтверждается результатами функциональных исследований.

Морфологическое исследование миокарда у интактных кроликов на 30-е сутки пребывания в условиях высокогорья показало, что очаги некроза в миокарде отсутствуют. Ядра кардиомиоцитов отчетливо выражены, миофибриллы имеют поперечную исчерченность. Отсутствие очагов некроза свидетельствуют о повышении устойчивости миокарда к токсическим дозам адреналина, обусловленных усилением гиперпластической реакции в миокардиальных клетках при длительном воздействии высокогорной гипоксии и нормодипина (рис 3-А).

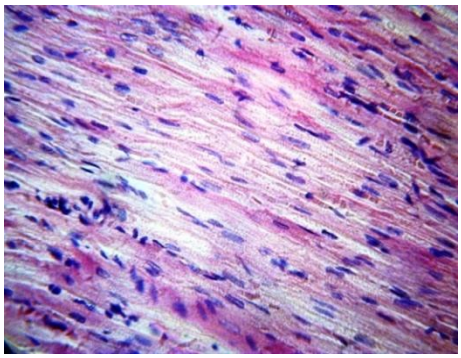
Исследование миокарда у акклиматизированных кроликов после введения адреналина показало, что в сердечной мышце выраженные очаги некроза отсутствуют. В отдельных кардиомиоцитах имеются такие явления микронекроза, как сморщивания ядер и лизис миофибрилл (рис 3-Б).

У подопытных животных на фоне применения атенолола в сочетании с коэнзимом Q_{10} показало, что кардиомиоциты увеличены в размере, ядра с хорошо выраженными ядрышками. В миофибриллах хорошо выражена поперечная исчерченность. Признаки дистрофии некробиоза отсутствуют (рис. 3-В).

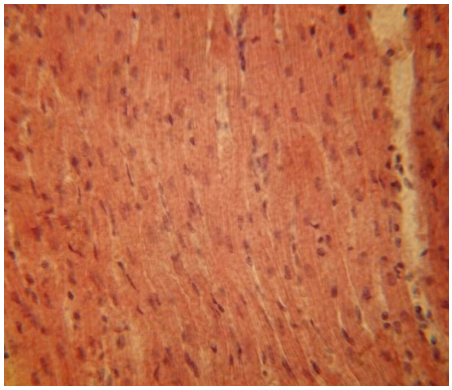
У кроликов, получавших плацебо видны небольшие участки разрастания соединительной ткани. Большинство кардиомицитов имеют формированную структуру среди разрастаний соединительной ткани, видны очаги лимфогистиоцитарной инфильтрации (рис. 3-Г) .



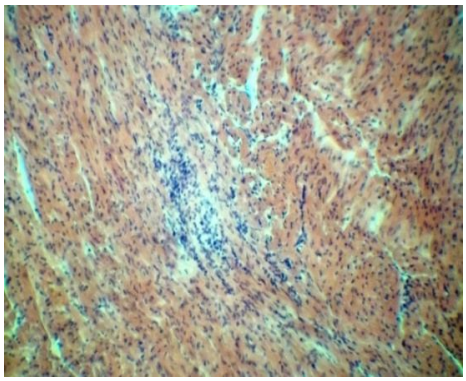
А



Б



В



Г

Рис. 3. Миокард интактных и подопытных кроликов при длительной акклиматизации к условиям высокогорья. Окраска гематоксилин-эозином. Х 480

А - миокард интактных кроликов на 30-е сутки пребывания в горах

Б - миокард акклиматизированных кроликов после введения адреналина

В - миокард акклиматизированных кроликов, получавших атенолол и коэнзим Q_{10}

Г - миокард акклиматизированных кроликов, получавших плацебо

Таким образом, после введения адреналина на 30-е сутки пребывания животных в условиях высокогорья наблюдалось повышение уровней кардиоспецифических

маркеров в сыворотке крови, которое свидетельствовало о повреждении миокарда с дальнейшим развитием некроза сердечной мышцы. Эти изменения в миокарде подтверждались морфологическими исследованиями: выявлены отек миокарда и многочисленные микронекрозы.

После комбинированного применения атенолола и KoQ_{10} у животных с моделированным некрозом миокарда отмечалось достоверное снижение уровней внутриклеточных ферментов в сыворотке крови. Морфологические исследования миокарда показали увеличение количества кардиомиоцитов с восстановленными структурами.

Литература

1. Волкова Э. Г., Малыхина О. П., Левашов С. Ю. Повторные инфаркты миокарда: особенности изменения содержания биомаркеров и ремоделирования миокарда. Кардиология.- 2007.- №7. - С. 26-27.
1. Гулиева Н. К. Сравнительная оценка комплексной антитромботической и тромболитической терапии в остром периоде крупноочагового инфаркта миокарда. Центрально-Азиатский Медицинский журнал. – 2010. -Том XVI.- №2.- С. 96-97.
2. Меерсон Ф.З., Шнейдер А.Б., Устинова Е.Е. Сравнительная оценка защитного эффекта адаптации к периодической гипоксии и стрессорным воздействиям при инфаркте миокарда. Кардиология. -1990. -№9. -С.67-69
3. Зурдинов А.З. Фармакологическая коррекция функционального состояния военннослужащих в условиях высокогорья.- Бишкек. -2001.-С.3-4.
4. Миррахимов М.М., Мейманалиев Т.С. Высокогорная кардиология. -1980.- С. 63-65
5. Горохова Г.И., Захаров Г.А. Мищенко Г.О. и др. Влияние высокогорья на течение катехоламинового кардионекроза. Материалы II съезда физиологов Сибири и Дальнего Востока.- Новосибирск.-1995. -С. 105.
6. Муратов Д.К., Дергунов А.В., Лавинская Н.Н. Изменение сократительной активности желудочков и давления магистральных сосудов у животных под действием верапамила в условиях высокогорья. //Фундаментальные исследования, 2013. -№ 2. -С.126-128
7. Гиляревский С.Р. // Кардиология.- 2006. - № 11. -С.79-81
8. Чарная М.А., Дементьева И.И., Морозов Ю.А., Гладышева В.Г. Кардиоспецифичные биомаркеры в кардиологии и кардиохирургии. Часть 1. Общая характеристика биомаркеров. // Kardiol serdečno-sosud hir. – 2010. - № 3. – С. 26.
9. Махмудова Ж.А. Алдашев А.А.,Зурдинов А.А. Особенности изменения уровней кардиоспецифических маркеров в сыворотке крови кроликов // Известия НАН КР.- Бишкек. -2010. -№ 4.-С.84-88.

УДК 340.6

Мукашев М.Ш., Омошев А.А., Салихов Р.Р.
КГМА им. И.К. Ахунбаева

Анализ законодательства Кыргызской Республики, регламентирующего организацию, назначение и производство судебно-медицинских экспертиз

В статье проведен анализ законов и других регламентирующих судебно-медицинскую деятельность нормативных документов.
Ключевые слова: УПК, УК, Закон, судебно-медицинская деятельность.

In the analysis of the rate laws and other regulations, forensics efforts regulations
Keywords: Criminal procedure code, the Criminal code act, forensic activities.

Проведение судебно медицинских экспертиз в КР процессуально предусмотрены в следующих документах:

1. **<u>Уголовно–процессуальном кодексе КР (2011)</u>**

- Ст. 62 – Эксперт.

Экспертом является незаинтересованное в уголовном деле лицо, назначенное следователем, судом или руководителем экспертной организации, обладающее специальными знаниями в области науки, техники, искусства, ремесел, достаточными для дачи заключения по поставленным вопросам.

- Ст. 63 – Права и обязанности эксперта.
- Ст. 64 – Специалист.
- Ст. 65 – права и обязанности специалиста.
- Ст. 78 – Отвод эксперта и ст. 79 – отвод специалиста. В этих статьях четко указано, что предыдущее участие эксперта или предыдущее участие в качестве специалиста не являются поводами для их отвода
- Ст. 84 – Заключение эксперта – это выводы в письменном виде по вопросам, требующих экспертных отчетов, основанных на специальных знаниях в области науки, техники, искусства, ремесел, и исследовании материалов уголовного дела, вещественных доказательств и т.д.

Заключение эксперта не является обязательным для следователя, прокурора и суда и оценка доказательств (ст. 93) осуществляется следователем, прокурором, судом, при этом руководствуясь законом.

- Ст. 84 – (Доказательства) – заключение эксперта является доказательством, а проверка обоснованности и объективности доказательств (ст. 92) в виде «заключений эксперта» проводится назначением комиссионной (ст. 205), комплексной (ст. 206), дополнительной и повторной экспертиз (ст. 212).
- Допрос эксперта до представления экспертом заключения не допускается (п. 2 ст. 210 УПК КР и ст. 14 п. 4 Законе о судебно – экспертной деятельности в КР).
- Ст. 178 – предусмотрены «Осмотр трупа и эксгумация». Для осмотра трупа на месте его обнаружения следователь привлекает специалистов – судебно – медицинских экспертов, при их отсутствии – иных врачей.

Что касается порядка назначения экспертизы, то этот порядок предусмотрен ст. 199 УПК КР, в п.2 которой четко указывается, что «Судебная экспертиза производится государственными экспертами и иными экспертами из числа лиц, обладающих специальными знаниями».

В ст. 200 перечисляются случаи, при которых обязательно назначается экспертиза, в том числе и для установления «причины смерти, характера и степени тяжести причиненного вреда здоровью».

Ст. 202 п. 2 предусмотрены права подозреваемых, обвиняемых, потерпевшего, свидетеля о заявлении отвода или отстранении экспертной организации от производства экспертизы…

Ст. 203 – производство экспертизы в экспертной организации.

Ст. 204 - производство экспертизы вне экспертной организации.

По этим статьям, выбор организации при производстве экспертизы остаюётся за правоохранительными органами, прежде удостоверившись в личности эксперта, его компетентности и т.д.

В п. 3 ст. 295 (производство экспертизы в суде) допускается право сторон на проведение экспертизы представителями другой экспертной организации.

2. Гражданский процессуальный кодекс КР (2011)

Ст. 49 – эксперт (специалист) - экспертом (специалистом) в гражданском судопроизводстве может выступать лицо, обладающее специальными познаниями необходимыми для дачи заключения, и назначенное судом в случаях, предусмотренных настоящим кодексом.

По ст. 59 доказательствами являются полученные в предусмотренном законом порядке любые фактические данные, в том числе и заключения экспертов (специалистов) (п. 2).

При оценке судом доказательств (ст. 71) никакие доказательства не имеют для суда заранее установленной силы.

При назначении экспертизы (ст.88) в качестве эксперта может быть привлечено любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения, не заинтересованное в исходе дела. Лица, участвующие в деле, вправе просить суд назначить конкретное компетентное лицо в качестве эксперта, а п. 1 ст. 90 (порядок проведения экспертизы) четко указано, что «экспертиза проводится работниками специализированных экспертных учреждений либо иными специалистами, назначенными судом в качестве экспертов.

П.3 ст.92 (заключение эксперта) и п. 4 ст. 188 оценка судом заключения эксперта проводится наряду с другими доказательствами и не имеет для суда заранее установленной силы, а несогласие суда с заключением эксперта разрешается назначением дополнительной и повторной экспертизы (ст. 93, 189), комиссионной (94), комплексной (94) экспертиз.

3. Уголовный кодекс КР. (2011)

Уголовная ответственность экспертов наступает:

1. При даче заведомо ложного показания, заключения (ст. 330)
2. При отказе или уклонении эксперта от дачи заключения (ст. 331)
3. Закон об охране здоровья граждан КР.

Ст. 49 (судебно-медицинская экспертиза) – «Судебно-медицинская экспертиза граждан, трупов и вещественных доказательств проводится в государственных и (или) иных муниципальных организациях здравоохранения экспертами бюро судебно-медицинской экспертизы, а при отсутствии таких экспертов – врачами – специалистами, привлеченными для проведения указанной экспертизы, на основании постановлений лиц, производящих дознание, следователя, прокурора, судьи или определения суда, а в абзаце 3 данной статьи ремарка « Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы устанавливается законодательством КР».

Конкретное указание о производстве судебно-медицинской экспертизы только в государственных и (или) муниципальных организациях здравоохранения (н-р в РЦСМЭ или городском отделении СМЭ) не соответствует ст. 204 УПК, далее 1 абзац ст. 49 входит в противоречие с абзацем 3 этой же статьи.

Ст. 50 (альтернативная медицинская экспертиза) – « В случае обжалования в суд гражданином заключений экспертиз, предусмотренных ст. 46 и 47 настоящего закона,

по постановлению судьи может быть назначена альтернативная медицинская экспертиза…». В моем понимании этой статьи, альтернативная медицинская экспертиза может проводиться только в случаях медико-социальной (ст.46) и военно-врачебной экспертизы (ст. 47), а в случаях судебно – медицинской экспертизы не проводиться. Если это так, то как быть со статьями 205,206,212 УПК, статьями 93,94,94^1 и 189 ГПК КР?

5. **<u>Закон Кыргызской Республики «О судебно – экспертной деятельности от 24 июня 2013 года»</u>**

В 6 абзаце ст. 2 данного закона указано, что заключение судебного эксперта – процессуальный документ и вид доказательства, в котором излагаются научно – обоснованные выводы по поставленным вопросам и который оформлен в порядке, предусмотренном законодательством К.Р., а в 3 абзаце указано, что вероятный вывод – это обоснованное предположение (гипотеза), не имеющего самостоятельного значения.

Ст. 13 Закона определено, что судебно-экспертные организации могут быть государственными и негосударственными.

Государственными судебно-экспертными организациями являются специализированные учреждения уполномоченных государственных органов, созданные для обеспечения исполнения полномочий судов, органов дознания, следователей и прокуроров посредством организации и производства судебной экспертизы.

Негосударственными судебно-экспертными организациями признаются организации, судебно-экспертная деятельность которых является основной. В штате судебно-экспертной организации, должны состоять эксперты, для которых данное место работы является основным и уровень квалификации которых подтвержден сертификатом компетентности, выданным в установленном порядке а уровень профессиональной подготовки экспертов подлежит пересмотру каждые 5 лет (п. 2 ст. 15, п. 1 ст. 16).

Негосударственные судебно-медицинские организации не имеют права проводить экспертизу следов человека, экспертизу трупов и экспертизу по правонарушениям профессиональной деятельности врачей (п.п. 2,9,10. п. 3 ст. 13).

Согласно ст. 14 Закона, не могут привлекаться в качестве судебного эксперта лица, имеющие непогашенную или неснятую судимость (п. 3) и в течении 3х лет со дня соответствующего юридического факта судебным экспертом не может быть лицо:

1. Судимость которого погашена или снята в установленном законом порядке;
2. Уволенное с государственной службы, из органов прокуратуры, судов, судебно-экспертных организаций в связи с совершением дисциплинарного проступка;
3. Лишенное сертификата компетентности на занятие судебно-экспертной деятельностью.
4. Действие сертификата компетентности на занятие судебно-экспертной деятельностью которого запрещено.

Анализ судебно-медицинской документации, регламентирующей деятельность судебно-медицинской службы страны.

На основании Постановления правительства КР. от 12 января 2012 года №33 « Об организации и проведении судебно-медицинских экспертиз в КР» и приказа №59 от 09 февраля 2012 года Министерством Здравоохранения КР утверждены:

Постановлением Правительства КР:

- Правила производства судебно-медицинских экспертиз в Кыргызской Республике;
- Правила судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью;
- Инструкцию по применению Правил судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью;

- Правила работы врача-специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия);
- Правила производства судебно-медицинской экспертизы трупа;
- Правила производства судебно-медицинской экспертизы по материалам уголовных и гражданских дел;
- Правила производства судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств и установления родства судебно-биологических отделениях лабораторий центра судебно-медицинской экспертизы;
- Правила производства экспертизы вещественных доказательств в судебно-химических отделениях лабораторий центра судебно-медицинской экспертизы;
- Правила производства судебно-медицинской экспертизы в гистологических отделениях центра судебно-медицинской экспертизы;
- Правила производства судебно-медицинской экспертиз в медико-криминалистических отделениях лабораторий центра судебно-медицинской экспертизы;
- Правила производства судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы;
- Правила производства судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин;
- Правила организации комплексных медико-криминалистических экспертиз в судебно-экспертных учреждениях Министерства юстиции Кыргызской Республики и Министерства здравоохранения Кыргызской Республике.

Приказом Министерства Здравоохранения КР:

«Положение о Республиканском центре судебно-медицинских экспертиз Кыргызской Республики»

«Положение о главном судебно-медицинском эксперте Министерства здравоохранения Кыргызской Республики»

«Положение о директоре Республиканского центра судебно-медицинских экспертиз Министерства здравоохранения Кыргызской Республики»

«Положение о заместителе директора Республиканского центра судебно-медицинских экспертиз по экспертной работе»

«Положение о директоре областного центра судебно-медицинских экспертиз»

«Положение о заведующем отделом центра судебно-медицинских экспертиз Кыргызской Республики»

«Положение о заведующем отделением центра судебно-медицинских экспертиз»

«Положение о враче судебно-медицинском эксперте»

«Положение о методическом совете при центрах судебно-медицинских экспертиз»

«Положение об отделе организационно – методической работы и контроля качества экспертиз центра судебно-медицинских экспертиз»

В приложении О Республиканском центре судебно-медицинских экспертиз определяется, что центр является организацией здравоохранения, основная деятельность которой направлена на производство экспертиз, служащих целям и задачам правосудия Кыргызской Республики.

правила регламентируют производство судебно-медицинской экспертизы трупа судебно-медицинских организациях МЗ КР – Республиканском, областных центрах судебно-медицинской экспертизы и районных отделениях.

По п. 1.6 «Правил судебно-медицинской экспертизы трупа» экспертиза трупа проводится штатными судебно-медицинскими экспертами государственного учреждения. К производству экспертизы трупа может привлекаться профессорско-преподавательский состав кафедр (курсов) судебной медицины медицинских вузов, а также врачи иной специальности, обладающие специальными познаниями для дачи

заключения. Требование органов следствия и суда о привлечении такого лица в качестве эксперта обязательно для руководителей и организаций, в котором это лицо работает.

Согласно п. 1.16 Правил согласия родственников или наследников покойного на производство судебно-медицинской экспертизы (исследования) не требуется.

В « Правилах производства судебно-медицинской экспертизы по материалам уголовных и гражданских дел» п.п. 1.2; 1.3;1.4 предусмотрены следующие моменты.

- Первичные, повторные и дополнительные комиссионные и комплексные экспертизы по материалам дел производят в соответствии с Уголовно-процессуальным и Гражданско-процессуальным законодательством Кыргызской Республики, другими нормативными, регламентирующими производство экспертиз в Кыргызской Республики и настоящими Правилами.
- Производство комиссионных и комплексных СМЭ по материалам дел выполняются судебно-медицинскими экспертами отдела комиссионных и комплексных экспертиз центра СМЭ с привлечением других квалифицированных судебно-медицинских экспертов, ассистентов кафедры судебной медицины медицинских вузов и высококвалифицированных консультантов по профилю дела.

Если состав экспертной комиссии по конкретному делу персонально не оговорен лицом, назначившим экспертизу, он (составляется) назначается руководителем организации, заместителем директора по экспертной работе или заведующим отделом комиссионных и комплексных экспертиз.

При необходимости в проведении лабораторных исследований в процессе судебно-медицинской экспертизы по материалам дела, выполнившие их судебно-медицинские эксперты также должны включаться в состав экспертной комиссии.

- Основание для производства судебно-медицинской экспертизы по материалам дела является постановление следователя, прокурора, судьи или определения суда. Вместе с постановлением в адрес экспертной организации направляется уголовное или гражданское дело и, при необходимости, подлежащие изучению документы, вещественные доказательства и объекты.

В «правилах судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью».

Судебно-медицинская экспертиза тяжести вреда здоровью проводится только на основании постановления следователя, прокурора или по определению суда, а при наличии письменного поручения органов прокуратуры, дознания и суда проводится судебно-медицинское освидетельствование (п. 1.3.) и при производстве экспертиз эксперт должен использовать подлинные медицинские документы (п. 1.6).

К большому сожалению, в инструкции по применению данных правил допущены ряд грубейших ошибок, которые допускают разные толкования по одним и тем же фактам. Так, при определении степени шока по индексу Алговер (Алговер-Бурри) допускается ошибочное толкование на стр. 464 в противоположность толкованию на странице 465 Правил проведения судебно-медицинских экспертиз в КР. Такая же ситуация и по характеру переломов. На стр. 410 п. 39.1 и 39.2 однозначно сказано об открытых переломах плечевой кости и открытых переломах костей, составляющих локтевой сустав как опасные для жизни повреждения, а на стр. 481 в п. 14.1 и 14.2 они отнесены к тяжким по признакам значительной стойкой утраты трудоспособности.

В «Правилах производства судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств и установлению родства в судебно-биологических отделениях лабораторий центра судебно-медицинской экспертизы» в п. 1.4 указано, что экспертизы вещественных доказательств производят только штатные судебно-медицинские эксперты, получившую первичную подготовку в области исследования вещественных доказательств и систематически совершенствующие свои знания». Пункты 2.3 и 2.5

«Правил производства экспертизы вещественных доказательств судебно-химических отделениях лабораторий центра судебно-медицинской экспертизы» прописаны, что судебно-химическую экспертизу вещественных доказательств производят на основании постановления органов следствия, прокуратуры или определения суда. По направлениям врачей наркотических диспансеров и других медицинских организаций проводят судебно-химические исследования биологических жидкостей, выделений человека, смывов с поверхности кожи при подозрении на отравления, связанные с потреблением наркотических или других средств.

Что же касается судебно-акушерско-гинекологических экспертиз, то п. 1.4 «Правил производства судебно- медицинской акушерско-гинекологической экспертизы» гласит, что производство судебно-медицинских акушерско-гинекологических экспертиз выполняется судебно-медицинским экспертом, имеющим необходимую подготовку. Это же требование касается и судебно- медицинской экспертизы половых состояний мужчин (п. 1.3 « Правил производства судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин»).

Таким образом, анализ нормативных актов, касающихся экспертной деятельности в КР, показал, что как в статьях УПК, так и ГПК, не говорится о «независимой» экспертизе, хотя ст.204 УПК предполагает производство экспертиз во вне экспертной организации, в то время как в ст. 90 ГПК четко прописано, что экспертиза производится работниками специализированных экспертных учреждений, в ст. 49 Закона « Об охране здоровья граждан в КР» - … проводится в государственных и (или) муниципальных организациях здравоохранения экспертами бюро судебно-медицинской экспертизы….»

В «Законе о судебно-экспертной деятельности» допускается производство экспертиз в негосударственных судебно-экспертных учреждениях при определенных условиях – наличии учредительных и иных регистрационных документов, для сотрудников данное место работы является основным, уровень квалификации которых подтвержден сертификатом компетентности, имеющие аккредитацию на соответствие национальным стандартам качества в порядке, установленном органом исполнительной власти, и при не производстве экспертиз указанных в п.п. 3.2; 3.9; 3.10 ст.13 данного закона.

УДК 616

Муратова Ж.К., Сагынбаева Г.А.,
Козуев К.Б., Ташматова Н.М. ОшГУ, ОМОКБ, г.Ош

Клинико-аллергологическая характеристика и морфологические взаимосвязи бронхиальной астмы и аллергического ринита у детей

Стандартташтырылган сурамжылоо барагы менен 6-7 жана 13-14 жаштагы 4928 балада бронх астмасынын жана аллергиялык ринитинин белгилерин изилдөөнүн жыйынтыктары көрсөтүлөт.

Представлены результаты исследования распространенности симптомов бронхиальной астмы и аллергического ринита среди 4928 детей в возрасте 6-7 и 13-14 лет со стандартизованным опросником.

Несмотря на многочисленные эпидемиологические исследования по изучению распространенности аллергических заболеваний у детей в Кыргызской Республике [1], многие аспекты данной проблемы остаются недостаточно изученным. Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности дальнейшего изучения

эпидемиологии, факторов риска, клинико-аллергологических параллелей, механизмов взаимосвязи бронхиальной астмы и аллергического ринита в детском возрасте.

Цель: изучить распространенность и клинико-аллергологические проявления респираторной аллергии у детей южных регионов Кыргызстана для оптимизации организационных и лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы

Представленная научная работа основана на результатах наблюдений за больными детьми в возрасте от 3 до 14 лет, которые лечились в детском стационаре Жалал-Абадской областной объединенной больницы, отделении аллергологии и поликлиники Ошской межобластной детской клинической больницы, наблюдались в поликлиниках Центра семейной медицины г. Жалалабат и учебно-научно-медицинском центре медицинского факультета Жалал-Абадского государственного университета.

С целью изучения региональных факторов риска развития бронхиальной астмы клинико-лабораторному обследованию подвергались 152 детей, больных бронхиальной астмой, получавших лечебно-диагностическую помощь в Ошской областной детской клинической больнице и детском стационаре Жалалабатской областной объединенной больницы, в период с 2000 по 2009 годы.

Среди них жители Жалалабатской области составили явное большинство (n=92) – 70,8%. Процент детей из других областей соответственно был: из Ошской области (n=32) - 24,6%, из остальных регионов страны (n=6) - 4,6%. В группе наблюдаемых детей преобладали больные мужского пола (>1,5 раза). Средний возраст детей был 11,5±3,2 лет. Продолжительность течения БА у обследованных детей колебалась от 1 года до 10 лет.

Результаты и их обсуждение

Для оценки распространенности (prevalence) симптомов респираторной аллергии обследовано 4928 школьников г. Жалалабат в возрасте 6-7 и 13-14 лет (2271 и 2657 соответственно). Для выявления распространенности и тяжести симптомов бронхиальный астмы и аллергического ринита был использован стандартизированный опросник программы "Международное исследование астмы и аллергии у детей» [3, 4, 5]. Для получения объективных данных рамки программы ISSAC были расширены введением дополнительного этапа обследования лиц, имевших респираторные симптомы. Клиническая верификация диагноза проводилась по критериям GINA – 1995-2006 [5].

По результатам наших исследований выявляется значительная частота симптомов аллергического ринита у детей в возрастной группе как 13-14 (38,7±0,5%), так и 6-7 (25,0±0,4%) лет, что в среднем в 39 раз превышает показатели распространенности болезни по обращаемости (1,5%, p<0,001). Такие же признаки ринита в течение года, предшествовавшего обследованию были отмечены, соответственно, у 24,9±0,6% и 13,2±0,7% опрошенных.

Согласно международным документам «Аллергический ринит и его влияние на астму – ARIA (2001)» и «Глобальная инициатива по астме – GINA (2006)» аллергический ринит и повторяющиеся эпизоды свистящего дыхания - Wheezing, следует считать факторами риска по развитию бронхиальной астмы, наряду с другими известными факторами риска [3, 4, 5].

Как представлено ниже в таблице, сочетание текущих симптомов бронхиальной астмы и аллергического ринита по данным опросника ISAAC и последующего углубленного клинического осмотра, соответственно, установлено у 41,0±0,92% и у 74,6±1,6% обследованных школьников (p<0,05). При этом следует отметить, что распространенность аллергического ринита у обследованных детей было значительно меньше (31,8%, p<0,05). Более того, в исследовании проведенном [Kapsali T., Horowitz E., Diemer F., et al., 1997], было показано, что распространенность симптомов ринита

при бронхиальной астме составляет 95%. С другой стороны, известно, что около 38% больных аллергическим ринитом страдают астмой, что также значительно больше распространенности этого заболевания в популяции в целом (3-5%) [Sly R.M., 1999].

Следовательно, у подавляющего большинства больных бронхиальной астмой детей имеют место проявления аллергической патологии со стороны слизистой верхних дыхательных путей. Согласно нашим данным, симптомы бронхиальной астмы и аллергического ринита среди обследованных детей - жителей юга Кыргызстана достаточно распространены, уровень их приближается к данным, полученным по этой методике в странах Западной Европы, Северной Америки, Австралии, Казахстане и России [5].

Таблица

Сочетание симптомов бронхиальной астмы, аллергического ринита и атопического дерматита по данным ISAAC

№	Сочетание симптомов аллергии	Возраст			
		6-7 лет		13 – 14 лет	
		абс.	%	абс.	%
1.	Симптомы бронхиальной астмы + аллергического ринита	23	36,0	56	46,0
2.	Симптомы бронхиальной астмы + аллергического дерматита	4	6,2	13	10,6
3.	Симптомы бронхиальной астмы + аллергического ринита + аллергического дерматита	2	3,1	16	13,1
4.	Изолированные симптомы бронхиальной астмы	35	54,7	37	30,3
	Всего:	64	100,0	122	100,0

Существующие научные материалы и данные собственных исследований, объясняющие негативное влияние аллергического ринита на течение астмы, дают повод утверждать, что терапия аллергической патологии верхних дыхательных путей должна быть направлена не только на контроль симптомов заболевания, но также на угнетение активности воспаления и его системных появлений.

Согласно нашим данным, наибольшим клиническим и противовоспалительным эффектом при аллергическом рините обладают антигистаминные препараты (местнодействующие и системные) и интраназальные кортикостероиды, которые также имеют выраженные протективные свойства в отношении сопутствующей бронхиальной астмы.

По нашим данным, сочетанное использование антигистаминных препаратов (лоратал, аналергин) и интраназального кортикостероида (насобек) в период обострения аллергического ринита у детей позволяет добиться клинической ремиссии у 84% больных.

Для исключения бронхиальной астмы у больных с персистирующим аллергическим ринитом и проявлениями бронхиальной обструкции следует проводить сбор данных аллергоанамнеза и исследования функции внешнего дыхания (пикфлоуметрия), а также оценку аллергологического статуса.

Как известно, «Wheezing» – затрудненное, шумное и свистящее дыхание с удлиненным выдохом, наиболее характерный симптом бронхиальной астмы. «Wheezing» в течение жизни отмечался у 11,6±0,9% детей 6-7 лет и у 17,2±0,8% детей 13-14 лет ($p<0,02$).

Согласно результатам измерения пиковой скорости выдоха, вентиляционные изменения в бронхо-легочной системе были зарегистрированы у детей с «Wheezing»,

связанным с бронхиальной астмой (p<0,02). У школьников с «Wheezing», не связанным с астмой, выявлена тенденция к снижению показателей пиковой скорости выдоха.

Таким образом, симптомы аллергического ринита часто сопутствует бронхиальной астме и оказывает значительное негативное влияние на ее течение, что может свидетельствовать об общности патогенетических механизмов возникновения и развития заболеваний, а также возможной взаимосвязи клинических проявлений и патофизиологии аллергического воспаления слизистой верхних и нижних дыхательных путей.

У больных с персистирующим аллергическим ринитом и проявлениями бронхиальной обструкции следует проводить сбор данных аллергоанамнеза и исследования функции внешнего дыхания (пикфлоуметрия), а также оценку аллергологического статуса.

Назначение антигистаминных препаратов и интраназальных кортикостероидов в период обострения аллергического ринита у детей позволяет добиться клинической ремиссии болезни.

Литература

1. Боронбаева, Э.К. Стандартизованные эпидемиологические исследования аллергических заболеваний у детей [Текст] / Э. К. Боронбаева, А. Б. Фуртикова // Здоровье матери и ребенка. – 2010. – Том 2. - №1-2. – 75-78.
2. Кузьмин, А.З. Морфункциональные особенности бронхиальной астмы у больных различного возраста [Текст] / А.З. Кузьмин, В.И. Трофимов // Пульмонология. - 2002. - №5. - 52-58 с.
3. Национальная программа: Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика. М.: Всесоюзное общество пульмонологов. Союз педиатров России, 1997.
4. Отчет о международном консенсусе по диагностике и лечению ринита [Текст]. - Российская ринология. - 1996. - № 4.
5. The Global Asthma Report 2011. International Union Against tuberculosis and Lung Disease.

УДК 616

Муратова Ж.К., Сакибаев К.Ш.,
Джолдубаев С.Ж., ОшГУ

Клинико-морфологические особенности атопического дерматита у детей, проживающих на юге Кыргызстана

Кыргыз Республикасынын түштүгүндө жашаган атопиялык дерматит менен жабыркаган 103 балдарды клиникалык-дартаныктама изилдөөсүнүн жана дарылоосунун жыйынтыктары көрсөтүлгөн.

Представлены результаты клинико-диагностического обследования и лечения 103 детей с атопическим дерматитом (АтД), проживающих на юге Кыргызской Республики.

The results of clinical and diagnostic examination and treatment of 103 children with atopic dermatitis (AD), living in the south of the Kyrgyz Republic.

Атопический дерматит (АтД) признают значительной проблемой здравоохранения в связи с тем, что это заболевание является одним из наиболее частых хронических патологий детского возраста, причем его распространенность неуклонно растет в последние 30 лет. Распространенность АтД среди детей всех возрастов наивысшая в странах Западной Европы, где заболевание поражает до 22% детской

популяции. Увеличивается распространенность АтД в Восточной Европе, Азии и многих других регионах мира [1, 2, 3, 4, 5].

В развитии АтД важная роль принадлежит взаимодействию генетических и средовых факторов с последующим развитием сенсибилизации организма, но в целом непосредственные причины роста распространенности данной патологии остаются недостаточно ясными [2, 4].

Сведения об особенностях клинического течения АтД у постоянных жителей юга Кыргызской Республики отсутствуют, что стало обоснованием к проведению данного исследования.

Целью данной работы явилось изучение клинико-морфологических особенностей атопического дерматита у детей, проживающих на юге Кыргызской Республики.

Материалы и методы исследования

В отделении пульмонологии Ошской межобластной детской клинической больницы под наблюдением находилось 103 ребенка, больных АтД, в возрасте от 3 мес до 14 лет, из них 54 (52,4%) мальчиков и 49 (47,5%) девочки. Длительность болезни колебалась от 2 нед до 9 лет. У 67 (72%) детей манифестация АтД приходилась на ранний детский возраст.

Диагноз АтД устанавливали на основании данных аллергологического анамнеза, результатов клинико-лабораторных и аллергологических методов диагностики (иммуноферментный анализ). Для оценки степени тяжести АтД у части детей использовали полуколичественную шкалу SCORAD [1, 2]. Диагноз устанавливали на основании классификации атопического дерматита, предложенной Научно-практической программой Союза педиатров России [2].

Результаты и их обсуждение

В результате анализа полученных данных установлено, что родители 48 (51,6%) детей, больных АтД, отмечали отягощенный семейный анамнез по аллергии, чаще - по материнской линии (56,2%).

В анамнезе у 61 (65,6%) ребенка были установлены проявления гиперчувствительности к аллергенам пищевых продуктов. В 24 (25,8%) случаях ухудшение течения кожного процесса было связано с психо-эмоциональными факторами. У 7 (7,5%) больных отмечалась склонность к частым инфекциям. В ходе обследования у 21 (22,6%) ребенка были диагностированы дискинетические нарушения в желчных путях, у 9 (9,7%) - проявления обструкции бронхов, у 12 (12,9%) - лямблиоз и у 5 (5,4%) детей - аскаридоз. У 1 (1%) ребенка была диагностирована бронхиальная астма, у 5 (5,4%) детей зарегистрирован аллергический ринит. 23 (24,7%) ребенка страдали железодефицитной анемией среднетяжелой или тяжелой степени.

Каждому возрастному периоду свойственны свои клинико-морфологические особенности, что проявляется в возрастной эволюции элементов сыпи. В связи с этим, выделяли пять клинико-морфологических форм (экссудативная, эритематозно-сквамозная, эритематозно-сквамозная с лихенификацией, лихеноидная, пруригинозная) и три стадии развития заболевания - младенческую, детскую и подростково-взрослую. У 52 (55,9%) детей была установлена экссудативная, у 23 (24,7%) больных – эритематозно-сквамозная с лихенификацией, и у 18 (19,3%) детей – эритематозно-сквамозная формы АтД. У 68% детей кожный процесс носил генерализованный и у остальных 32% - ограниченный характер. Все дети находились в периоде обострения кожного процесса.

АтД свойственен клинический полиморфизм высыпаний. Истинный полиморфизм высыпаний является общим признаком всех клинических форм АтД, они создают сложный клинический синдром с сочетающимися чертами экзематозного и лихеноидного поражения, сопровождающегося зудом. Кожный процесс у

наблюдавшихся детей сопровождался во всех случаях (100%) зудом кожи, в 85 (91,3%) случаях - мокнутием, в 54 (58%) – лихенификацией и в 45 (48,4%) случаях - эритемой кожного покрова.

При экссудативной («мокнущей») форме АтД на эритематозном отечном фоне наблюдались папуло-везикулезные элементы, которые располагались главным образом на волосистой части головы, лице (щеки, лоб, подбородок) (53,4%), разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, ягодицах (25%), имели симметричный характер и сопровождались интенсивным зудом.

Для «сухой» формы АтД было характерно наличие эритематозно-сквамозных, слегка инфильтрированных очагов, эпидермо-дермальных сильно зудящих папул. Выявлялось множество вторичных элементов: эрозии, корки, чешуйки, экскориации.

По данным аллергологического обследования у 30 (32,2%) детей с АтД наблюдалось повышенное содержание общего IgE в сыворотке крови. Уровень общего IgE в сыворотке крови колебался от 215 до 3084 МЕ/мл.

Следовательно, значимым иммунопатологическим механизмом в патогенезе АтД является реакция гиперчувствительности немедленного типа. Факторами, подтверждающими роль IgE в патогенезе АтД, являются семейный анамнез по атопии, повышение уровня общего IgE в сыворотке крови, снижение уровня IgE во время ремиссии и повышение во время обострения АтД, а также наличие у таких детей сопутствующих аллергических заболеваний.

Приступая к лечению АтД, следует учитывать возрастную стадию, клинические проявления и сопутствующую патологию. Необходимо предусмотреть этапы курсового лечения, смену лекарственных препаратов, закрепляющее лечение и профилактику рецидивов. В тех случаях, когда АтД является проявлением атопического синдрома (сопутствуют поллиноз, бронхиальная астма и т.д.) или сопровождается нарушением функции других органов и систем, необходимо привлечь к лечению соответствующих смежных специалистов для обеспечения коррекции выявленных сопутствующих заболеваний.

При развитии АтД у ребенка, находящегося на грудном вскармливании, корригировался рацион кормящей матери. Исключались продукты с высокой сенсибилизирующей активностью, а также лук, чеснок, редька, мясные, рыбные и куриные бульоны, острые приправы. Молочные продукты давали только в виде кисломолочных напитков.

Контроль окружающей среды больного АтД ребенка сводился к ряду важных мероприятий, позволяющих уменьшить контакт с бытовыми, клещевыми, плесневыми грибками и пыльцевыми аллергенами.

Фармакотерапия АтД включала в себя как системную (общую), так и местную (наружную) терапию.

При выборе медикаментозного средства системного действия учитывали возраст больного, период болезни, наличие сопутствующих заболеваний и медикаментозной сенсибилизации.

Антигистаминные препараты назначались преимущественно при островоспалительных проявлениях АтД (реакциях гиперчувствительности немедленного типа). Из числа антигистаминных препаратов первого поколения чаще всего применялись димедрол (61,3%, дифенгидрамин - 18,3%), диазолин (26,9%), хлоропирамин (супрастин) (21,5%).

Антигистаминные препараты первого поколения назначались короткими курсами (7-10 дней) в период выраженного обострения, когда необходим не только противозудный, но и седативный эффект. Для длительного применения выбирались препараты II поколения (кетотифен, 52,7% и лоратал, 2,1%).

При сохраняющемся сильном зуде назначалась комбинация антигистаминных препаратов I поколения, которые лучше назначать на ночь, и II поколения, назначаемых в дневное время.

Восстановление функционального состояния центральной и вегетативной нервной системы – необходимый элемент в комплексном лечении больных АтД. С этой целью назначались седативные и психотропные препараты (люминал (1%), карбамазепин (2,1%)).

При распространенных поражениях кожи, сильном зуде применяли глюконат кальция. При этом следует помнить, что препарат назначается преимущественно парентерально (65,6%), таблетированная форма не оказывает нужного терапевтического действия.

В период обострения АтД назначалась терапия 5 – 10 дневным курсом энтеросорбентами (уголь активированный), затем подключались эубиотики (бифидумбактерин и др.), ферментные препараты (панкреатин, 44%).

С целью коррекции нарушений отдельных показателей обмена веществ в организме больных АтД использовался ряд витаминных препаратов. Среди детей с атопическим дерматитом 1 (1%) получил рибоксин, 2 (2,1%) аскорбиновую кислоту и 14 (15%) аевит.

Рецидивирующая пиодермия, вирусная инфекция, микоз являются показаниями к иммуномодулирующей/иммуностимулирующей терапии (тималин, 2,1%). Иммунокорригирующая терапия должна проводиться при строгом контроле иммунологических показателей и под руководством аллерголога-иммунолога.

В особо тяжелых, упорных случаях, при наличии обширных поражений кожи, а также при нестерпимом, мучительном зуде, не купирующемся другими средствами, применяли системные гормоны (гидрокортизон, преднизолон). Кортикостероиды (преднизолон – 31,2%, гидрокортизон – 16,1%, дексаметазон – 7,5%) назначались короткими курсами длительностью 3-5 дней в возрастных дозировках, с последующей отменой без постепенного снижения дозы и переходом на дачу препаратов, действующих на функцию коры надпочечников по пути физиологического регулирования ее деятельности (глицирам, этимизол).

При присоединении вторичной инфекции применялись антибиотики широкого спектра. При эмпирической терапии предпочтение отдавалось амоксациллину (17,2%), ампиоксу (10,7%), азитромицину (9,7%), ципрофлоксацину (4,3%).

Наиболее эффективными являются антибиотики из группы макролидов (сумамед, клацид, вильпрафен и др.) ввиду высокой чувствительности к ним возбудителей и наименьшего риска побочных аллергических реакций [1, 2].

У детей с тяжелым АтД и его торпидным течением можно использовать цефтриаксон, цефуроксим, оксациллин. Препаратом первого выбора при тяжелых инфекциях кожи, вызванной S. aureus, может являться цефтриаксон; препаратами «второго выбора» или активного резерва — цефуроксим и оксациллин [2, 4].

При наличии островоспалительных поражений, сопровождающихся мокнутием, экссудацией, назначались на 1-2 дня дерматологические компрессы с раствором фурациллина (16,1%), после чего накладывались мази/пасты — фурациллиновая (80,6%), салициловая (4,3%), цинковая (3,2%), индометациновая (2,1%), левомицетиновая (при присоединении вторичной инфекции) (1%).

В последнее время препаратами первого выбора для лечения АтД как у взрослых, так и у детей, являются топические глюкокортикоиды (ТГК) [2].

Обследованным нами детям с атопическим дерматитом, адвантан назначался в 25,8% случаях, гиоксизон в 7,5% и синафлан в 2,1% случаях. Оценка эффективности и пересмотр тактики лечения проводились каждые 3-6 мес.

В острый период заболевания с целью уменьшения зуда назначался интраназальный электрофорез с растворами димедрола, хлористого кальция (4,3%). В лечении торпидного течения АтД в качестве вспомогательного метода использовалась световая терапия (УФО, 44,1%).

При явлениях лихенизации назначались парафинолечение в виде аппликации по 40-50 минут на очаги поражения.

При этапной противорецидивной терапии АтД рекомендовали санаторно-курортное лечение и высокогорную климатотерапию в условиях озера Иссык-Куль.

Оценка клинико-лабораторной эффективности проведенной комплексной терапии детей с АтД, проводилась через 3-6 месяцев. У 77,2% детей с АтД, получивших такую терапию достигнута клиническая эффективность, что проявилось сокращением периода обострения АД, продлением ремиссии и снижением содержания общего IgE в сыворотке крови.

Таким образом, комплексное лечение атопического дерматита с использованием широкого спектра современных фармацевтических и немедикаментозных средств, позволяет значительно повысить эффект проводимого лечения, добиваться пролонгирования клинической ремиссии и осуществлять контроль за течением заболевания.

Литература:

1. Узаков, О.Ж. Атопический дерматит: новые аспекты этиопатогенеза, клиники, диагностики, терапии и профилактики [Текст]: учеб.пособие / О. Ж. Узаков, Ж. К. Муратова, Б. Д. Кудаяров. - Ош, 2012. – 52 с.
2. Атопический дерматит у детей, диагностика, лечение и профилактика: научно-практическая программа Союза педиатров России. — М., 2000. — 76 с.
3. Балаболкин И.И. Актуальные проблемы аллергологии детского возраста на современном этапе [Текст] / И. И. Балаболкин // Педиатрия. - 2012. - Том 91. - № 3.
4. Ardis C., Ardis M., Bieber T., et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology / American Academy of Allergy, Asthma and Immunology / PRACTALL Consensus Report. Allergy Clin. Immunol. 2006; 118: 152-169.
5. Management of atopic eczema in primary care. A national clinical guideline. March 2011.

УДК:616.716.4-089(575.2)(04)

Мырзашева Н.М., Ешиев А.М., ОшМУ

Астынкы жаактын сынынын сезгенуусунун катаалдашуусун гидрооксиаппатит коллапан гели жана электровиброукалоо жолу менен дарылоо жана алдын алуу

Бул макалада ООАБКОда астынкы жаактын сынынктары менен жаткан 180 бейтапка оперативдик дарылоо -гидрооксиаппатит коллапан гелин жана электровиброукалоону колдонууда жакшы жыйынтыкты көрсөткөндүгү туралуу жазылган.

This is article about operative treatment with the use of hydroxyappatite collapan gel and electrovibromassage.This method was using of the 180 patients with fractures of the lower jaw in OIACH.

В статье отражены результаты исследование с применением гидрооксиаппатит коллапановый гель и электровибромассажа при оперативном лечении у 180 больных с переломами нижней челюсти находившихся в ОМОКБ полученные хорошие результаты.

Астынкы жаактын сынынгы бет сөөгүнүн сынынктарынын ичинен кеңири тараган сынык болуп эсептелет жана көптөгөн авторлордун маалыматтарында стоматологиялык бейтаптардын 28-36 пайызын, жалпы көрсөткүчтөрү 75 % дан баштап

96.5 %ды түзөт. Астынкы жаактын сынығы 67-82% тиштин катарынын чегинде жайгашат, демек, ал ачык сынык болуп эсептелет. Мунун негизинде кээ бир чет элдик авторлор мындай сыныктарды сөөк жараатынын патогендүү микрофлоранын жукканынан биринчи катаалдашкан деп аташат. Себеби, астынкы жаактын сынығынын катаалдашуусунун пайда болуусу, жабыркагандардын адистештирилген жардамга кеч кайрылуусу, госпиталга чейинки диагностикалык каталар, сыныктын бөлүктөрүн так эмес түздөө жана туура эмес бышытуу, сыныктын жылчыгындагы тишти туура эмес тактикалоо болуп эсептелет [5]. Ошол эле мезгилде астынкы жаактын сынығынын инфекциялык сезгенүүлөрүнүн катаалдашуусунун өрчүшүнө астынкы жаактын анатомия-физиологиялык жана жаакты курчап турган жумшак ткандардын өзгөчөлүктөрү менен аныкталат. Сезгенүүлөрдүн катаалдашусунун олуттуу өбөлгөсү болуп, травматикалык шишиктин чоңоюшуна жараат алган ткандардын кан менен камсыз болуусунун бузулушу, ошондой эле стресске кабылуу жана антибиотиктерди ичүүдө иммунитеттин төмөндөшүнөн пайда болот [4]. Астынкы жаактын сынығы ооздун ичиндеги бышытуучу конструкциянын болуусу пародонт ткандарынын микроциркуляциясынын бат бузулушу жана ооз көндөйүнүн өздүк тазалоо процессинин бузулушу менен байланышат. Ошону менен бирге тиштин жана ооз көндөйүнүн чел кабыгынын үстүнкү катмарында патогендүү микроорганизмдердин көбөйүүсүнөн жарааттын ириңдеп кетүүсүү ыктымал [5, 6] . Астынкы жаактын сыныктарын комплекстүү дарылоодо үзгүлтүксүз изденүүлөргө карабастан, астынкы жаактын сынығынын сезгенүүсүнүн катаалдашуусунун тездиги жогору бойдон калууда жана 41%ды түзөт [1,3,4]

Астынкы жаактын сыныктарын дарылоодо көпчүлүк белгилүү усулдардын кемчилдиги жагымсыз факторлордун таасири: бактериалдык таасирлер микроциркуляциянын системасы, репаративдүү остеогенез, иммундук статус ж.б. Мында дарылоо үчүн колдонулган көпчүлүк препараттар химиялык жол менен жасалган, ошондуктан терс таасиринен патогендүү эле эмес, нормалдуу микрофлораны да жок кылып, аллергиялык реакцияны пайда кылат. Патогенездин ар кандай түрүнө таасир берүү үчүн бир нече препараттарды бирдиктүү колдонуу алардын кошулуусу жагымсыз натыйжага алып келет. Мындан жаны препараттарды издөө абдан актуалдуу болуп, жогорудагыдай кемчилдиги жок ошол эле мезгилде ар тармактуу: бактерияга каршы, сезгенүүгө каршы, сөөктүн пайда болуусун жөнгө салуучу таасирлерге ээ болуусу керек.

Бул макаланын максаты:

Астынкы жаактын ачык сынығы менен кайрылган бейтаптардын хирургиялык дарылоосунун эффективдүүлүгүн жогорулатуу жана остеорепаративдүү каражат-коллапан гели-ириндеп сезгенүүнүн каталдашуусун алдын алуу.

Материалдар жана изилдөөнүн усулдары

Клиникалык - лабораториялык текшерүүлөр жана классикалык остеосинтез менен бириктирүүнүн дарылоо усулдары жана гидрооксиаппатит коллапан гелин колдонуу менен остеосинтездоо 2007-жылдан 2012-жылга чейинки мезгилде 180 бейтапты кароонун негизинде жүргүзүлдү. Бейтаптар 2 топко бөлүндү. 1-негизги (90 бейтап) комплекстүү дарылоодо бул топко сыныктын сызыгына коллапан гели колдонулду жана кошумча сыныктын сызыгына электровиброукалоо жасалды. 2-топ текшерүүчү (90 бейтап) дарылоодо коллапан гели жана электровиброукалоо колдонулган жок. Негизги топтогу 90 бейтапты дагы 3 топчого бөлөбүз. 1-топчодогу 30 бейтапка кичи пластинка менен остеосинтезделди. Остеосинтез төмөнкүдөй болот: астынкы жаактын бурчунан айлантып кесилет, кийин сөөктүн жараат алган бөлүгүн ачып, андан кийин сыныктын сызыгынан 1,5-2см аралыкта сыныктын бөлүктөрүнүн эки тарабынан сөөктүн чел кабыгын ажыратат. Жумшак ткандардын интерпозициясын ажыратып, сыныктын сызыктарын туура ордуна коюп, сыныктын сызыгына коллапан

гелин сүйкөйт, андан кийин титандан жасалган узундугу 25-30мм, кендиги 5мм, калындыгы 2мм болгон кичи пластина менен бышытылат. Пластиндер жонокой же ийри формада болушат. Ар бир пластинада перфоративдик тешикчелер бар, аларга бышытуучу шуруптарды киргизет. Айтылган тешикчелер шуруптардын тереңдетилген шляпкасын батыруу үчүн. Ортодо жайгашкан эки тешикче кысуучу жана пластиндин борборунун узунунан томон жайгашкан, латериалдык тешикчелер шуруптар үчүн аталып, алар бышытуучу кызматты аткарат. Бул тешикчелер пластиндин узунунан төмөн жайгашкан. Андан кийин бүрөөнүн 1,8мм болгон жана бормашинанын жардамы менен бирөөну анын дисталдык четине жайгаштырып, болжолдуу белгиленген медиалдык тешикчелердин жайгашуусунун денгээлинде астынкы жаактын сөөгүн көзөйт. Сөөктү бурап тешүү (көзөө) бормашинанын айлануу ылдамдыгы минутасына 300-500 айлануу болуп, дайым муздатуу менен жасалат. Сөөктү көзөгөндөн кийин тешикчелерге шуруптарды кадайт. Пластинди бышытуу үчүн 4 өлчөмдөн турган шуруптар колдонулат. Шуруптар шнектүү (шнековой) өзү кесүүчү кескич менен жабдылган. Жараат кабаты менен тигилип, дренаж калтырылат.

2-топчодогу 30 бейтапка кайра калыбына келүүчү имплантат менен остеосинтездоо усулу колдонулган. Мында териден астынкы жаактын бурчунан айлантып кесилип, сөөктүн жараат алган бөлүгүн ачып , сыныктын сызыгынан 1,5-2см аралыкта сыныктын бөлүктөрүн эки тарабынан сөөктүн чел кабыгынан ажыратат. Ажыраткандан кийин сыныктын бөлүктөрүн ордуна туура коет. Ар бир бөлүккө бормашинанын жардамы менен сыныктын четинен 10-15мм аралыкта бирден өткөрүүчү тешикче көзөлүп, сыныктын сызыгына коллапан гели сүйкөлөт. Кийин фиксатор 10-15 секунддун аралыгында атайын муздатуучу «фрескенин» жардамы менен муздатылат. Крампондун щипцинын жардамы менен кадактын шакекчеси ийилет, бышытуучу жагы менен сөөккө киргизүү үчүн ынгайлуу форма жасалат. Кадакты операциондук жараатка коюп, анын буттарын (ножки) сөөктүн бөлүгүндө мурда жасалган каналга жайгаштырат. Ушундай абалда кадакты бармактын же инструменттин жардамы менен 20-40 сек аралыгында бышытат. Форманы калыбына келтирүүнүн натыйжасы менен эритиндини байланыштырып жылытканда мурда берилген касиет менен дене температурасында кадак кайра мурунку калыбына келет. Жыйынтыгында фиксатордун буттары сөөктүн каналында бекитилет. Бекитилген (бышытылган) шакекче же трапециянын натыйжасында сыныкта узунунан кеткен компрессия түзүлөт.

3-топчодогу 30 бейтапка сөөктү тигүү усулу колдонулду. Сөөктү тигүүнүн техникасы бул үчүн дат баспай турган болоттон жасалган зым керектелет. Астынкы жаактын бурчунан айлантып кесилет, сөөктүн жараат алган бөлүгүн ачып жана сыныктын сызыгынан 1,5-2см аралыкта сыныктын бөлүктөрүнүн эки тарабынан сөөктүн чел кабыгын ажыратат. Бириктирүүнү сыныктагы жылчыктын эки тарабынан өткөрөт. Жумшак ткандардын интерпозициясын түздөп, сыныктын бөлүктөрүн туура коет жана бул абалга туура келүүчү сөөктүн тигишин аныктайт. Сыныктын сызыгына коллапан гелин сүйкөйт. Перфорациондук тешикчелерди кортикалдык пластиндердин ички жана тышкы бөлүгүнө өткөрөт. Мындан кийин зымдан жасалган лигатураны өткөрүп, аны астынкы жаактын сырткы жагына буроо жолу менен бышытат. Бышытуу сегиз санына окшош, эки же крестке окшош тигүү жасалат.

Комплекстүү дарылоонун медикаментоздук жана терапиялык таасири антибиотиктерди, кальций Дз никомедди, физикалык дарылоону жана электровиброукалоону колдонуу менен жыйынтыкталды. Дарылоонун схемасына дагы толук кандуу тамактануу жана антисептикалык эритинди фурациллин менен гигиеналык чайкоо кирген.

Экинчи контролдук топ 90 бейтап - биринчиге окшоп, 3 топчого бөлүндү - негизги топ, коллапан гели жана электроукалоосу жок дарылоо. Сыныктын туурасынан

кеткен сызыгы 98 бейтапта кездешти (54,4%). Майдаланган сыныктар 34 бейтапта (18,9%), ийри сыныктар 48 адамды (26,7%) тузду.

Контролдук топтогу көпчүлүк бейтаптар, негизги топко окшоп, бейтапканага жаз-күз мезгилинде кайрылышкан. Кайрылуу мезгили травма алгандан 1-суткадан 14 күнгө чейин болгон. Пациенттердин көпчүлүк бөлүгү медициналык жардамга 1-7-суткада ООАБКОнын бет–жаак бөлүмүнө кайрылышкан. Сыныктын жайгашуусу боюнча кеңири тараганы астынкы жаактын бурчунан кеткен сыныктар 89 бейтапта (49,4%), жаактын негизинен 50 бейтап (27,8%) жана фронталдык бөлүгүнөн 41 бейтап (22,8%) кездешет.

Изилдөөнүн жыйынтыгы жана аны талкулоо

Операциядан кийинки мезгилде бейтаптарды байкоодо көрсөткөндөй , 3-топчого караганда, негизги топтун 1-2 топчодогу бейтаптардын абалын жакшырышы эрте болгон, бул сөөктүн бөлүктөрүнүн биригүүсү менен байланышат. Негизги топтогу бейтаптардын операциядан кийинки 2- 3-суткада бейтаптын уйкусу жана тамакка болгон табити жакшырган. Бул топтогу бейтаптардын дене табы нормалдуу бойдон калып, же 6 (6,6%) пациентердин дене табы субфибрилдуу болуп которулгон.2-суткада дене табы нормалдаштырылган.

Контролдук топтогу 21% бейтаптын субфибрилдуу температурасы операциядан кийин 4-5-суткага чейин кармалган. 6% бейтаптардын операциядан кийинки 4-5-суткада дене табы көтөрүлүп, посттравматикалык остеомиелиттин пайда болуу белгиси аныкталды.

Негизги топтогу 88 бейтаптын жарааты 7-8- суткада таза, ириңи жок бүткөн. Негизги топтун 3-топчосундагы 2 бейтаптын жараатынан суюктук бөлүнүп чыгып, жарааты 9-10- суткада айыккан. Текшерүүчү топтогу 70 бейтаптын (77,7%) операциядан кийинки жарааты 7-8-суткада таза, ириңи жок айыккан.

1 -2- топчодогу 2 бейтаптын, 3-топчодон 4 бейтаптын жарааты ириңдеп анан айыкканы байкалган. Бардыгы 6 бейтап (6,6%) ($p<0,05$).

Кайра калыбына келүүчү кадак менен, мини – пластинканы экстраоралдык жана зым менен тигүү жолу менен остесинтездөөнүн жасоо техникаларын салыштырууда белгилей кетүүчү нерсе, бул кадакты жана мини – пластинканы бышытууда терини кесүү 4-5 см ден ашпайт, сөөк сыныктарын бириктирүү сынык сызыгынын эки тарабынан 2-2,5см калтырылып, кортикалдык пластинканын сыртынан гана жасалат. Жаактын кортикалык пластинкасынын ички тарабындагы сөөктүн чел кабыгы жана жумшак ткандар ажыратылбайт, алар сыныктын айыгуусун тездетет. Мунун негизинде топтун 1-2 топчосундагы бейтаптарга коллапан гелин жана электровиброукалоону колдонууда татаалдашуу байкалган жок. Операцияны жасоо убактысы 30-40 минутадан ашпайт, кээде андан да тез болот. Мунун шексиз артыкчылыгы мындай сырткы кортикалдык пластинкага инструменталдык аракет кылуу техникалык жактан абдан ынгайлуу болот. Мында оперативдик кийлигүүлөрдүн убактысы азаят анын травма алуусу төмөндөйт. Экстрооралдык кан алмашуусунун бузулуусу болбойт. Операциядан кийин сыныктар кошумча иммобилизация болбосо, анда тез (ранний) фукционалдык реабилитацияны жасоо керек. Сыныктарды катуу фиксациялоо, операциондук травманын минималдуулугу, эрте функционалдык күчтөр астынкы жаакты көтөрүп жана тушуруучу булчундардын кыска убакыттын ичинде калыбына келүүсүнө мүмкүнчүлүк берет.

Клиникалык мисал келтиребиз: Бейтап С , 32 жашта. Бейтап баянынын № 3337, 15.06.2007-ж. ООАБКОнын бет-жаак хирургия бөлүмүнө астынкы жаактын бир тарабынын оң бурчунан сынган сыныктын жылып кетиши деген диагноз менен кайрылган. Анамнезде белгилегендей: 14.06.2007-ж. тиричилик травмасын алган, бейтапканага кийинки күнү жаткырылды. Кайрылганда: астынкы жаактын оң тарабындагы жумшак ткандар шишиген, пальпацияда сыныктын жаны ооруйт,

сыныктар оордунан жылып кеткен. Оордук симптому (симптом нагрузки) (+) . Оозу 2см ге чейин гана ачылат. Ооз көндөйүнүн былжыр челдери 8 тиштин жанынан айрылган. Каптал жагынан тартылган R-граммада астынкы жаактын бир тарабынын оң бурчунан ийри сынган сыныктын жылып кетиши деп көрсөтүлгөн.

8.06.2007-ж. жергиликтүү (местная) жансыздандырылып экстрооралдык жол менен астынкы жаактын сыныктарына кайра калыбына келүүчү имплант омега тамгасына окшош кадак менен остеосинтез жасалды. Антибактериалдык, жалпы чындоочу физиодарылоолордун курстары жасалды. Операциядан кийин мезгил өзгөрүүсүз өтүп, операция жасалгандан 7 суткадан кийин жараат ирини жок таза айыкты. Функционалдык күчтөр операциядан кийин 7 күн дозиметриялык изилдөөлөрдө төмөндөгүдөй жыйынтыктарды көрсөттү. Жергиликтүү оорунун басымдуу күчтөрдүн чондуктары орто эсеп менен 6,3 кг/с , оозу 2,55 см ачылды, астынкы жаактын каптал кыймылдары 0,49см түздү. Дарылоонун жүрүшүндө кошумча иммобилизациялоо жасалган эмес. Бейтапканада он күн жаткан. Бир жылдан кийин сыныктардын абалы канатттандырарлык, сынык сызыгы байкалбайт. Даттануусу жок. Оозу толук ачылат, оорусу жок. Кийинки клиникалык мисал: Бейтап Х. 34 жашта. Бейтап баянынын №10387, клиникага 13.05.2009-ж. «астынкы жаактын бир тарабынын он бурчунан ачык майдаланып сынган сызыктын жылып кетиши деген диагноз менен кайрылган», анамнезде 11.05.2009-ж. тиричилик травмасын алган. Медициналык жардамга 13.05.2009-ж. кайрылып, ООАБКОнын бет-жаак хирургия бөлүмүнө жаткырылган. Кайрылган убакта астынкы жаактын оң бурч тарабындагы жумшак ткандардын шишигенинен бети өзгөргөн, оозун ачуу чектелген, оордук симптому (+) . Ооз көндөйүнүн былжыр челинин корунуктуу патологиялык өзгөрүүсү жок. Тиштери жылган эмес, кыймылдабайт. Перкуссияда оорубайт. Электроодонтодиагностикада 120 мка көрсөтөт. Тиштенүүсү бузулган. Жаактын каптал жагынан тартылган R-мада астынкы жаактын бир тарабынын оң бурчунан майдаланып, сынган сыныктын жылып кетиши көрсөтүлгөн. Кайрылган учурда ээкти тартып танылган. 14.05.2009-ж. жергиликтүү жансыздандыруу менен астынкы жаактын сол жаак бурчуна кичи пластинка менен экстрооралдык остеосинтез жасалды. Сыныктын сызыгына коллапан гели коюлган. Операциядан кийинки мезгил татаалдашуусуз өтүп, жараат таза, (первичное натяжение) ириңи жок айыккан.

Медикаментоздук жана физиодарылоонун курстары жүргүзүлгөн. Бейтап операциядан кийин 11-суткада канааттандырарлык абалда үйүнө жөнөтүлдү. Даттануусу жок. Астынкы жакты пальпациялоодо оорубайт, сыныктардын кыймылы байкалбайт, операциядан кийинки жараат айыкты. Бейтап амбулатордук байкоого жөнөтүлдү. Операция жасалгандан бир жылдан кийин сыныктын абалы канаттандырарлык, сыныктардын сызыгы байкалбайт. Даттануусу жок. Оозду ачуу толук жана ооруусу жок.

Клиникалык мисал келтиребиз: Бейтап баянынын № 23901 , бейтап Х. 24 жашта, 03.12.2007-ж. кайрылган. Даттануусу: астынкы жаактын эки тарабындагы менталдык бөлүктөгү оорунун пайда болуусун, тиштенуунун (прикус) бузулушун айтат. Анамнезде 02.12.2007-ж. бейтап жылкыдан жыгылып, астынкы жаакка травма алган. Ушул эле күнү бейтап Кара-Кулжа территориялык бейтапканага кайрылган, ал жактан атайын дарылоого ООАБКОнун бет-жаак хирургия бөлүмүнө жөнөтүлүп, ушул бөлүмгө жаткырылды. Кайрылгандагы жалпы абалы канааттандырарлык, артериалдык кан басымы 120|80 мм-рт.ст. пульсу 1мин 89 уд. Жергиликтүү өзгөрүүлөр төмөндөгүдөй: астынкы жаактын эки тарабындагы менталдык бөлүгүндөгү жумшак ткандардын шишип кетишинен бети өзгүргөн. Шишиктин үстүндөгү теринин түсү өзгөргөн эмес. Астынкы жаактын менталдык бөлүгүн пальпациялоодо ооруйт. Ээкти басканда сыныктын сызыгындагы оорунун пайда болуу симптому (+) , оозду ачуу чектелген 1,5см ге чейин гана ачылат, сыныктардын патологиялык кыймылы байкалат.

Тиштенүүсү ачык. Астынкы жаактын эки тарабындагы менталдык бөлүгүнүн былжыр челдери жыртылган. 03.12.2007-ж тартылган R- мада астынкы жаактын эки тарабындагы менталдык бөлүгүндө ийри сыныктын жылып кетиши менен деп көрсөтүлгөн. Клиникалык жана рентгенологиялык маалыматтардын негизинде төмөндөгүдөй диагноз коюлду: Астынкы жаактын эки тарабынын менталдык бөлүгүндөгү сыныктын жылып кетиши. Клиникада операцияга чейинки текшерүүлөр жүргүзүлүп, оперативдик дарылоого каршылыгы жок экендиги аныкталган. 2007 жылдын 3.12 күнкү кандын анализи Hb-133 г/л , эритроциттер $4.12*10^{12}$ тромбоциттер –

$210x10^{9}$ г/л, $6x10^{10}$/л, э-3, П-1, С-57, Л-28, М-11, СОЭ- 7мм/ч. Зааранын анализи

4.12.07-ж. числодо нейтралдуу реакция болуп, уделдик салмагы – 1020, белок-О, глюкоза-О, лейк-1-2 .

04.12.2007-ж. жергиликтүү жансыздандыруу менен астынкы жаактын эки тарабындагы менталдык бөлүгүнө экстраоралдык сөөктү тигүү остеосинтези жасалды. Операциядан кийин жаактардын арасына шина коюлду. Операциядан кийинки мезгил татаалдашуусуз өтүп, жараат таза айыкты. Медикаментоздук жана физиодарылоонун курстары жасалды. үйүнө жөнөтүү мезгилинде (11-суткада) даттануусу жок, астынкы жаакты пальпациялоодо ооорубайт, сыныктардын кыймылдоосу байкалбайт. Жаактын астына коюлган шина канааттандырарлык абалда. Бейтап амбулатордук байкоого жонотулду. Сыныктарды бышытуунун бул ыкмасы астынкы жаактын ээк бөлүгүндөгү, андан башка жаактын негизги жана бурчунан түз сынган сыныктарды хирургиялык дарылоодо колдонулат. Сөөктү тигүүнү колдонуунун салыштырмалуу каршы көрсөткүчү болуп, ийри жылмакай сыныктар эсептелет. Майдаланган сыныктарды зым менен тигүү аз колдонулат. 68% бейтапка сөөктү тигүүнү колдонгондо кошумча дагы жаактар аралык Тигерштетдин шинасы менен бышытуу жүргүзүлгөн.

Астынкы жаактын сыныктарын остеосинтездин жаны жана кадимки усулдарын колдонуу менен жасалган бейтаптарды байкоо операциядан кийин 1 жылга чейинки убакытта жүргүзүлгөн.

Сөөктү тигүү остеосинтезинен кийин сөөктүн фрагменттерин кошумча бышытуу 34 (68%) бейтапка жасалган, бул категориядагы бейтаптарга бышытуу абдан узак убакытка – 21 күнгө коюлган (P<0,001) .

Негизги топто кошумча бышытуу 15 (6,6%) бейтапка, калыбына кайра келүүчү кадак менен остеосинтез жасалган жана 3 (1,3%) бейтапка кичи пластина коюлуп, астынкы жаактын эки тарабынын бурчунан сынган сынык менен, травма алгандан 7 күндөн кийин кайрылган. Астынкы жаактын калыбына келүүсү жөнүндө анын горизонталдык жана сагитталдык тегиздиктеги чондуктары менен түшүндүрүлгөн. Стабилдүү остеосинтезден кийин астынкы жаактын кыймылынын амплитутадысынын жогорулашы оперциядан кийин 7 күндөн 12 күнгө чейинки убакытта байкалат. Астынкы жаактын вертикалдык кыймылынын амплитудасынын күнүмдүк жогорулашы (прирост). Бул мезгилде 0,13±0,7см түзүп астынкы жаактын кыймылынын жогорулашы 0.08±0.09см болгон. Бул бейтаптардын оозунун ачуусу 21 суткада 3,68±0,12см түзгөн. Сөөктү тигүүнү жасагандан кийин 3 жуманын аралыгында кошумча жаактар аралык Тигерштетдин шинасын коюу кыймылдын аз интенсивдүү калыбына келүүсү менен байланышкан. Операциядан кийин 21 суткада оозду ачуу динамикасы 2,18±0,13см тузуп, каптал жакка кыймылдоосу 0,26±0,13см болгон. 30 суткада оозду ачуу 3,4±0,01см болуп астынкы жаактын каптал жакка болгон кыймылы 0,7±0,1см (P<0,05см) түзгөн.

Экстраоралдык жол менен оперативдик дарылоого кабылган бейтаптардын реограммалык анализинде төмөнкү реографиялык ийринин өзгөрүүсү көрсөтүлдү. Бардык бейтаптарда астынкы жаактын бир тараптуу сыныгында операцияга чейин сынык тарапта амплитудалык өзгөрүүлөр белгиленди, реограмма амплитуданын төмөндөшү менен мүнөздөлдү, көпчүлүгүндө тез төмөндөгү (бийиктиги колибралык үндүн жарымынан кичине) жараат алган тараптагы кан тамырлардын кан менен толуусу бир кыйла кичирейгени менен чагылдырылат.

Ошентип, жүргүзгөн кан алмашуунун изилдөөлөрү көрсөткөндөй, терини кесип, операция жасоодо бет-жаактагы кан-тамырлардын кесилүүсү, сөөктүн чел кабыгынын ажыратууда да кошумча травма алып, кан менен камсыз кылуунун начарланышына алып келет, муну реографиялык маалыматтар тастыктайт.

Корутунду:

Жогоруда жазылгандарды жыйынтыктоо менен, белгилеп кетүүчү нерсе астынкы жаактын сынынын дарылоодо сезгенүүнүн катаалдашканынан көптөгөн суроолор чечилбей келет. Коллапан гели сөөктүн регенерация процессинде перспективдуу он таасирин көрсөтөт. Алар (гель) кыска убакыттын ичинде астынкы жаактын сынынындагы сөөк ткандарынын регенерация процессин жөнгө салып, сезгенүүнүүн катаалдашуусун болтурбайт жана колдонууда жөнөкөй.

Адабияттар:

1. Абдо М.А. Астынкы жаактын сынынгы менен кайрылган бейтаптардын сынынктарын ар түрдүү усулдар менен бышытуудагы жыйынтыктардын анализи. //Негизги стоматологиялык оорулардын дарылоо жана алдын алуу – Л., 1984. – С.116 -119.
2. Артюшкевич А.С. Астынкы жаактын сынынктарын оперативдик дарылоодо астынкы жаактын кан айлануусуна, функциясына жана биомеханикасына салыштырма баа берүү. //Автореферат. Дис. … м.и.д. (14.00.21) – Смоленск, 1995.-28 с.
3. Малевич О.Е., Шмат С.М., Г ордиюк Н.М. Астынкы жаактын сынынктарынын сезгенүүдөн катаалдашуусун алдын алуу. // Бет жаак хирургиясындагы жана стоматологиядагы актуалдүү суроолор. – Л., 1989. – С. 49 – 50.
4. Соловьев М.М. Астынкы жаактын сынынгы менен кайрылган бейтаптардын инфекциялык-сезгенүүдөн катаалдашуусунун жана биомеханикалык аспекттерди эске алуу менен сынынктын бөлүктөрүн иммобилизациялоонун оптималдуу жолдорун тандоо. //Автореферат дис. …м. и. канд. (14.00.21.) Санкт-Петербург ., 2000. -18 с.
5. Уразалин Ж.Б., Жатырбаев Р.Н., Бутбаев Б.Д., Касенов М.Х. Астынкы жаак сынынгынын сызыгында жайгашкан тишти сактоонун жолдору. //Стоматологиядагы суроолор АГМИ. – Алма-Ата, 1984. – Чыг. 4.-С. 129-131.
6. Шаргородский А.Г., Рудский Н.Ф., Стефанцев И.М. Астынкы жаактын жана астынкы альвеолярдык нервдин бирдиктүү жабыркоосун хирургиялык жол менен дарылоо. //Бет жаак бөлүгүн калыбына келтирүү хирургиясындагы жана травматологиядагы суроолор. /Сб. НИР ММСИ. – М., 1990. –С.32-34.

УДК: 616.517; 616.151.14

Нуруева З.А., Жумашева Э.М.
ОМДКБ, ОшГУ

Влияние плазмафереза и его модификаций на клиническое течение распространенного псориаза

Дана оценка эффективности плазмафереза и его модификаций в комплексном лечении эфферентологии у 138 пациентов с прогрессивной стадией распространенного псориаза в возрасте от 14 до 56 лет. Показано, что включение методов эфферентной медицины в комплекс лечения псориаза способствовала более быстрой и полной положительной динамике кожного процесса, снижению уровня белков острой фазы, коррекции нарушенных процессов липопероксидации, нормализации показателей липидного обмена в плазме крови.

Pretend was the efficacy of plasmapheresis and its modification sin the complex treatment of 138 patients with progressive stage of generalized psoriasis at the age of 14 to 56 years. It was shown that the inclusion of the methods of efferent medicine in the complex treatment of psoriasis contributed to a more rapid and fully positive dynamics of the skin process, to reduction of the level if acute phase proteins, correction of lipid per oxidation, in combination with (auto transfusion) to normalization of lipid metabolism in blood plasma.
Цель: *изучение положительных результатов при применении плазмафереза у больных с псориазом.*

Псориаз – аутоиммунный генетический детерминированный хронический дерматоз, характеризующийся избыточной пролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации, воспалением в дерме, патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата, внутренних органов и нервной системы. В настоящее время ведущее значение в развитии псориаза придается нарушению иммунных процессов, микроциркуляции, изменению состояния клеточных мембран, процессам перекисного окисление липидов, явлениям эндотоксикоза. В МКБ-10 генерализованный псориаз номинирован L 40.1. Имеющиеся в арсенале современной дерматологии методы терапии заболевания не всегда эффективны, а использование малых средств, как цитостатики, кортикостероиды, высокие дозы витамина А, приводят к нарушению функции печени, костного мозга, кишечника и иммунной системы. Актуальным представляется поиск новых эффективных методов, обеспечивающих коррекцию важнейших звеньев патогенеза псориаза, имеющих минимум побочных эффектов и экологически доступных[1].

Эфферентология – наука об очищении организма, путем удаление вредных для него токсинов. Эфферентология включает широкий спектр методов очищения организма, одним из которых является мембранный плазмаферез, использующийся в нашей больнице. Мембранный плазмаферез (от греч. «apheresis» - удаление) – современный, безболезненный и безопасный метод очищения крови, основанный на ее фильтрации через одноразовый мембранный фильтр с отделением плазмы, содержащей токсины, вредные биологические активные вещества, обломки клеточных стенок, атерогенные липиды и липопротедиды. Бытовая химия, табачный дым, выхлопные газы транспортных средств, алкоголь, отходы промышленных предприятий, наркотики, лекарства – эти ядовитые продукты попадают в организм, и поражает внутренние органы: сердце, почки, печень. Органы, отвечающие за очищения организма, перестают справляться со своей задачей. Страдает также нервная система, половые железы. Одним из наиболее эффективных и уникальных методов очищения крови является плазмаферез, который применяется для лечения и профилактики более чем 200 заболеваний, оздоровления и омоложения организма, стимуляции иммунитета, что значительно снижает частоту возникновения аллергических, инфекционных и вирусных заболеваний. И среди многочисленных показаний к мембранного плазмафереза занимает дерматология занимая профилирующее место, особенно экзема, псориаз, атопический дерматит, крапивница, фурункулез [2].

Таким образом, клиническую эффективность включения плазмафереза и его модификаций в комплекс лечения распространенного псориаза можно сопоставить с эффектом от введения в комплекс терапии цитостатиков, системных кортикостероидов и ароматических ретиноидов, обладающих, к сожалению, существенными побочными эффектами. Нормализующее действие плазмафереза с аутотрансфузией

модифицированной озоном эритроцитарной взвеси на показатели липидного обмена, по нашему мнению, обусловлено прямым взаимодействием производных озона с липидами в кровеносном русле, улучшением функции печени за счет выведения токсинов и коррекцией уровня процессов ПОЛ в плазме крови. При фотомодификации возвращаемой эритроцитарной взвеси происходит активация исходно угнетенных антиокислительных механизмов.

Нами был проверен плазмаферез у 138 пациентов (мужчин – 106, женщин – 32 в возрасте от 14 до 56 лет) с прогрессивной стадией распространенного псориаза. Критериями включения больных в лечение методом плазмафереза были прогрессирующая стадия распространенного псориаза, возраст от 14 до 56 лет, добровольное письменное согласие на процедуру в исследовании. Критериями исключения из лечения служили одновременная терапия кортикостероидами, цитостатиками и ароматическими ретиноидами, наличие декомпенсированной соматической патологии, опухолевые заболевания, болезни и состояния с повышенной фоточувствительностью, летняя форма псориаза, затрудненный доступ к периферическим венам, нарушение режима лечения.

Сопутствующее поражение суставов отмечалось у 45 (32,6%) больных. Наследственность было отягощена у 44 (31,9%) пациентов.

Из 38 сеансов плазмаферез всем пациентам проведен трех кратно, через день. Положительные результаты отмечались у 72% пациентов. Клинически на коже менее ярко проявлялась сыпь уменьшался зуд, отсутствовали новые кожные элементы. У 15% больных сыпь исчезали после второго сеанса плазмафереза.

Выводы

1. Целесообразно использование эфферентных методов в комплексной патогенетической терапии распространенного псориаза, лишенных ряда недостатков медикаментозной терапии, хорошо переносимых больными и экономически доступных.
2. Наибольшая клиническая эффективность была отмечена при использовании плазмафереза с аутотрансфузией эритроцитарной взвеси.

Литература

1. Пакирдинов А.Б. Применение плазмафереза и гипербарической оксигенации в дерматологической практике // Вестн. Дерматол. – 1998. № 6. – с.35-36.
2. Потекаев Н.С., Кудрина М.И., Горшкова Н.Н. и др. Плазмаферез в терапии рефрактерных форм псориаза // Вестн. Дерматол. – 1990. - № 10. С. 35-37.

УДК: 46.36 – 002.2 : 616-053.2

Оморбекова Ч. Т., Шайназаров Т.Ш.,
Абдиллаева М. Б., ОМДКБ, ОшГУ

Течение хронического гепатита В у детей с соматической патологией

Под нашим наблюдением находились 24 детей с хроническим гепатитом В, протекающим на фоне соматических заболеваний, в возрасте от 6 мес до 15 лет, в том числе 11 детей с гемобластозами У, 7 сахарным диабетом и 6 ребенка бронхиальной астмой. Проведенный анализ результатов наблюдения показал, что хронический гепатит В обычно проявляется минимальной и низкой активностью процесса в печени, если больные не получают полихимиотерапию цитостатиками по поводу основного соматического заболевания; при проведении пациентам полихимиотерапии ХГВ большинство случаев протекает умеренной и выраженной активностью.

24 children in the age 6 months – 15 years old with chronic hepatitis B on the background of somatic diseases were under follow: among them 11 patients with hemoblastoses, 7 patients with pancreatic (insular)

diabetes, and 6 patients with bronchial asthma. Analysis of observation data showed that chronic hepatitis B (CHB) presents as a rule by mild and moderate activity of hepatic inflammatory process if patients do not receive polychemotherapy because of the main disease. But than patients receive polychemotherapy, CHB presents by moderate or high activity almost in half of cases.

Вирусные гепатиты занимают значительное место в структуре инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей. По данным В.Ф. Учайкина и соавт (1) доля гепатита В в структуре хронических гепатитов занимает 56%. Хронический гепатит В формируется в исходе стертых и субклинических форм и протекает как первично-хронический процесс с относительно благополучным исходом.

Несмотря на проводимые профилактические мероприятия (одноразовый инструментарий, исключение серопозитивных доноров, проведение вакцинаций) хронический гепатит В продолжает регистрироваться у пациентов детских соматических стационаров, поучающих многократные трансфузии и другие парентеральные манипуляции (2, 3). К группе высокого риска инфицирования относятся дети с гематологическими заболеваниями, такие как острая и хроническая лейкемия, лимфома, множественная миелома, иммунная тромбоцитопеническая пурпура, аутоиммунная гемолитическая анемия, миелодиспластический синдром, апластическая анемия, пациенты отделений гемодиализа, дети с сахарным диабетом, бронхиальной астмой и др. (1, 5, 6).

При присоединении гепатита В у больного соматической патологией возникает новая клиническая ситуация, требующая коррекции в лечении основного заболевания, оценка тяжести поражения печени, назначения терапии, направленной на восстановление ее функции, определения ближайшего и отдаленного прогноза (1). Эта проблема требует постоянного выполнения фактическим материалом и периодического осмысления.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 24 детей с хроническим вирусным гепатитом, протекающим на фоне соматических заболеваний, в возрасте от 6 мес до 15 лет, в том числе 11 детей гемобластозамии, 7 сахарным диабетом и 6 детей с бронхиальной астмой. Из 24 детей ХГВ, у 3 больных формирования хронического гепатита произошло в исходе острой HBV – инфекции.

ХГВ диагностировали по совокупности данных анамнеза (предшествующее наблюдение по поводу патологии печени, длительный гепатолиенальный синдром, сохраняющийся более 6 мес.), клинических проявлений хронического поражения печени, результатов лабораторных и функциональных методов исследований.

Диагноз HBV – инфекции у всех детей был впервые верифицирован в нашей клинике при обнаружении в сыворотке крови методом иммунферментного анализа маркеров хронического гепатита В: HbsAg, HbeAg, antiHbe, а также DNA HBV методом полимеразной цепной реакции.

Результаты и обсуждение

Под нашим наблюдением с ХГВ находились 24 детей с соматической патологией. У всех больных ХГВ в сыворотке крови отсутствовали маркеры HBC – инфекции: antiHCV, RNA HCV. Кроме того у всех больных в крови отсутствовали маркеры гепатита дельта (суммарные antiHDV), гепатита А (antiHAVJgM) и текущей цитомегаловирусной инфекции (antiCMVJgM). Среди находившихся под наблюдением больных было 14 мальчика (58,4%) и 10 девочек (41,6%). 3 детей (12,5%) были в возрасте до 3 лет, 8 (33,4%) -от 3 до 7 лет, и 13 ребенка (54,2%) – старше 7 лет.

В группе детей ХГВ были 11 больных с гемобластозами, 7 сахарным дабетом и 6 детей бронхиальной астмой.

Как уже было сказано у 3 (12,5) из 24 детей ХГВ развился в исходе острой манифестной HBV – инфекции. У остальных 19 больных (79,2%) имел место первично-хронический гепатит В без начальной манифестации.

Длительность наблюдения по поводу основного соматического заболевания составила менее года у 2 детей (8,4%), от 1 до 3 лет у 8 ребенка (33,4%), более 3 лет у 14 детей (58,4%). У 15 пациентов заболевание было выявлено случайно (после обнаружение увеличения размеров печени, изменений при ее ультразвуковом исследовании и повышения уровня трансаминаз во время обследования по поводу соматического заболевания). У остальных 9 пациентов заболевания выявлено в связи появлением манифестной клиники гепатита, классифицированного у 3 больных как острый гепатит, а у 6 – как обострение ХГВ.

Изучение эпидемиологических данных показало, что в период, предшествующий заболеванию, всем 24 детям проводились многочисленные внутримышечные и внутривенные инъекции, а также переливания крови и ее компонентов по поводу основной соматической патологии.

Согласно критериям, принятым международным конгрессом гастроэнтерологов в Лос-Анджелесе в 1994г (4), у 5 больных (20,8%) была диагностирована минимальная активность, у 9 (.37,5%) низкая, у 7 (29,2%) - умеренная и у 3 (12,5%) детей выраженная активность процесса печени.

Активность ХГВ у детей в зависимости от характера соматической патологии представлена в таблице №1.

Таблица 1

Активность процесса хронического гепатита В у детей с соматическими заболеваниями

Активность процесса	**Дети**		
	Гемабластозами n (%)	Сахарным диабетом n (%)	**Бронхиальной астмой n (%)**
Минимальная	1 (9,0)	3 (42,8)	**1 (16,7)**
Низкая	4 (36,4)	3 (42,8)	**2 (33,3)**
Умеренная	4 (36,4)	1 (14,4)	**2 (33,3)**
Выраженная	2 (18,2)	-	**1 (16,7)**
Всего	**11 (45,8)**	**7 (29,2)**	**6 (25)**

Как видно из представленных данных, почти у большинства больных с гемобластозами получавших полихимиотерапии цитостатиками диагностировалась умеренная и выраженная активность ХГВ, тогда как среди больных бронхиальной астмой подавляющее большинство составляли дети минимальной и низкой активности процесса печени.

При оценке фиброзирования мы пользовались результатами ультразвукового сканирования. По степени фиброзирования печени почти у половины больных гемобластозами и сахарным диабетом диагностировалась умеренный фиброз (таб №2).

Таблица 2

Степень фиброза в печени при хроническом гепатите В у детей с соматическими заболеваниями

Степень фиброза печени	**Дети**		
	Гемабластозами n (%)	Сахарным диабетом n (%)	**Бронхиальной астмой n (%)**
Слабовыраженный	1 (9,0)	1 (14,4)	**3 (50)**
Умеренная	5 (45,5)	3 (42,8)	**1 (16,7)**
Выраженная	3 (27,3)	2 (28,4)	**2 (33,3)**
Цирроз	2 (18,2)	1 (14,4)	**-**

Всего	**11 (45,8)**	**7 (29,2)**	**6 (25)**

Клинические проявления и биохимические показатели при ХГВ у больных с соматической патологией были типичными, почти у всех больных гемобластозами и сахарным диабетом наблюдались увеличение печени более чем на 2-3см, у половины больных гемабластозами имели место наличие внепеченочных знаков. В ходе длительного катамнестического наблюдения за больными с соматической патологией, страдающими ХГВ, не обнаружено принципиальных изменений в распределении этих больных по активности процесса в печени.

Заключение

Представленные данные показывают, что ХГВ у детей соматической патологией склонны более тяжелому течению процесса с последующим развитием фиброзирования. Клинико-лабораторные проявления ХГВ у детей соматической патологией характеризуется с увеличением печени и селезенки более чем на 2-3см, наличием внепеченочных знаков. У детей не получавших полихимиотерапию цитостатиками ХГВ обычно проявлялся минимальной и низкой активностью процесса в печени, тогда как у леченных цитостатиками, глюкокортикостероидами отмечалась умеренная и выраженная активность.

У большинства больных с ХГВ, протекающим на фоне соматической патологии, имеет место умеренный и выраженный фиброз печени, что связано гепатотоксического действия других лекарственных препаратов применяемые по поводу основного заболевания (полихимиотерапия, глюкокортикостероиды и др.).

Литература

1. Учайкин В.Ф., Чередниченко Т.В., //Оценка течения хронического гепатита у детей. /Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2000 - №2. с. 48-53.
2. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты в клинической практике. – С.Петербург, 1996. – 306с.
3. Апросина З.Г., Серов В.В. Внепеченочные проявления хронического гепатита В и С //Материалы фальк-симпозиума №92 «Новые направления в гепатологии». – СПб, 1996. – с.28.
4. Малаховский Ю.В., Смирнова Н.П., Бекузаров С.С., Городилов Ю.А. Первый опыт работы с новой классификацией хронического гепатита у детей //Педиатрия – 2000. №3. – с.54-58.
5. Rapati L.N., Hadryannis S.J., Treatment of special populations with chronic hepatitis B inection. Expert Rev Gastroenterol. Hepatol. 2011; 5 (3): 323-339.
6. Hoofnagle J.H., Doo E., Liang T.S et al Management of hepatitis B: Summary of clinical research workshop. Hepatology 2007; 45: 1056-1075.

УДК: 61:616.9-036.2

Рысматова Ф.Т.,
Джолдубаев Ы. Дж., ОшГУ

Внедрение доказательной медицины в медицинскую практику

В конце 70-х годов XX века группа эпидемиологов из университета МакМастер в составе Брайана Хенкса, Питера Тагвела и Виктора Нойфельда под руководством Дэвида Сакетта решили написать серию статей, призванных помочь врачам в изучении отчетов об исследованиях, которые публикуются в медицинских журналах. Первые

статьи появились в Канаде в медико-ассоционнном журнале в 1981 г. При описании основных принципов разработанного ими подхода к практическому применению полученных в ходе исследований данных авторы использовали термин «*критическая оценка».* Спустя несколько лет члены группы убедились в необходимости крупномасштабной программы, реализация которой позволила бы научить врачей не просто «листать» журналы, но использовать их для решения проблем, возникающих при лечении конкретных больных. Процесс практического применения опубликованных в литературе данных Д. Сакетт назвал «*переносом критической оценки к постели больного».*

Для обозначения нового подхода он предложил термин «научная медицина», покоробивший оппонентов неприкрытым намеком на то, что вся прочая медицина была «ненаучной». Он изменил название на «доказательную медицину», что не встретило возражений. [1]

На сегодняшний день, во всем мире медицина находится под постоянным профессиональным и рыночным давлением, что побуждает двигаться от местных стандартов к более универсальным принципам доказательной медицины. Разработка научно обоснованных стандартов диагностики и лечения, их адекватное использование способствует улучшению здоровья населения, в первую очередь больных. Накопление и анализ данных, полученных при обследовании пациентов с применением современных диагностических и лечебных подходов, базирующихся на принципах доказательной медицины, становятся обязательными. [2]

Существуют различные определения медицины, основанной на доказательствах. В соответствии с одним из них доказательная медицина (ДМ) (или медицина, основанная на доказательствах, -evidence-basedmedicine)- это «сознательное, четкое и беспристрастное использование лучших из имеющихся доказанных сведений для принятия решений о помощи конкретным больным». [3]

Доказательная медицина представляет собой новый подход к оказанию медицинской помощи с использованием двух фундаментальных принципов. Во-первых, для принятия решения недостаточно только доказательной информации. Делая выбор между существующими вмешательствами, врач всегда должен учитывать целый ряд факторов: соотношение пользы и риска, удобство того или иного метода для больного, затраты на обследование и лечение, а также предпочтения и жизненные ценности больного. Во-вторых, при принятии клинического решения следует помнить о том, что достоверность данных, полученных в исследованиях с разной структурой, может существенно отличаться.[4]

В научно обоснованной медицине принятие решения опирается только на самые современные и достоверные с научной точки зрения факты. Что такое достоверный факт? Достоверный факт – это надежное и объективное подтверждение принципа или процедуры, полученное научными методами. При рассмотрении результатов исследования как достоверного факта важно особое внимание обращать на качество исследования, которое во многом зависит от заранее определенного плана, схемы исследования.[5]

Какими данными оперирует ДМ? Можно предположить довольно широкое определение: любое эмпирическое наблюдение о наличии связи, между какими-либо явлениями следует рассматривать в качестве потенциального доказательства. Таким образом, источниками данных могут служить и несистематические наблюдения отдельных врачей, и результаты исследований, в которых регистрировались только физиологические параметры. Некоторые клинические наблюдения заставляют по новому, более пристально взглянуть на проблему; опытные врачи с должным вниманием относятся к мнению специалистов относительно разных аспектов диагностики и течения заболеваний, взаимоотношений с больными и коллегами.

При этом ценность несистематических наблюдений отдельных врачей ограничена небольшим числом больных и, что еще более важно, индивидуальными особенностями, присущими мыслительной деятельности каждого человека.[6] Учитывая ограничения, присущие несистематическим клиническим наблюдениям и результатам вышеуказанных исследований, эксперты в области ДМ предлагают подразделять все имеющие данные в зависимости от уровня доказательности.

Таблица №1.

Шкала уровней доказательности.

A	• По крайней мере, один мета-анализ, систематический обзор РКИ или РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию
B	• Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль, или • Высококачественное (++) когортное, или исследование случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки, или • РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	• Когортное, или исследование случай-контроль, или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию, или • РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	• Описание сери случаев, или • Неконтролируемое исследование, или • Мнение экспертов. • Рекомендации, основанные на клиническом опыте членов группы составителей руководства.

Принципы ДМ применимы к любой области медицинской науки, включая и общие проблемы организации оптимальной системы здравоохранения. Известно, что ежегодно в клиническую практику внедряются все новые и новые лекарственные препараты. Они активно изучаются в многочисленных клинических исследованиях, а достигнутые результаты нередко оказываются неоднозначными, а иногда и прямо противоположными. Важно, что в таких условиях у врачей в арсенале окажутся данные, соответствующие высокому уровню доказательности. Отрадно, что в Кыргызстане в последние годы отмечается явная тенденция к более широкому использованию проверенных методов лечения, эффективность которых доказана в адекватно выполненных клинических исследованиях, и отражение они находят в клинических руководствах (например: клиническое руководство по гипертонической болезни), что позволяет реализовать индивидуальный подход к терапии. И, во-вторых, это, пожалуй, самое главное, подобные рекомендации основываются на реальных фактах и в достаточной степени обоснованно позволяют исключить широкое использование неадекватных методов лечения.

Литература

1. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. М.: Медиа Сфера, 2001. – С. 392.
2. Миррахимов Э.М. ЦАМЖ №10, 2004. – С. 28.
3. Марцевич С.Ю. Кардиология сегодня №5, 2013. – С.14.
4. Зурдинов А.З. Доказательная медицинская практика. 2009г

5. Котельников Г.П., Шпигель А.С. Доказательная медицина., Уч. пособие. Самара – 2009.
6. Принципы клинической практики, основанной на доказанном. Под ред. Гайятта, Д. Ренни. М: Медиа Сфера, 2004 - С. 382.

УДК 615.03; 615.1/.3; 616-001.8; 616.124.3; 615 12-008.331.1.

Сабиров И.С., Юсупов Ф.А., Ахмаджанов С.А., Субанова Г.Ж.
НЦКТ им. акад.М. Миррахимова, ОшГУ

Влияние амлодипина на диастолическую дисфункцию правого желудочка при хронических обструктивных заболеваниях легких, осложненных легочной гипертонией и гипоксической энцефалопатией

Бул макала өнөкөт обструктив өпкө оорусу жана гипоксиялык энцефалопатия менен ооруп, ошол себеб өпкө гипертониясыга кабылган оорулууларга амлодипинди колодонуу үзүрдүүлүгү жөнүндө.Клиникалык күзөтүүлөр негизинде амлодипин бул оорулууларга пайдалуу экендиги тастыкталды. Анын үзүрү, жүрөктүн оң карынчасынын функциясынын жакшыруусу жана өпкө кан тамырларынын реакциясын басаңдатуу аркылуу, өпкөнүн артериялык басымын төмөндөшү менен далилденди.

Статья посвящается изучению эффективности применения амлодипина при диастолической дисфункции правого желудочка у больных с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), гипоксической энцефалопатией (ГЭ), осложнённых лёгочной гипертонией. На основе клинических наблюдений была показана обоснованность назначения амлодипина, что доказывается существенным улучшением диастолической функции правого желудочка, снижением лёгочного артериального давления путём подавления реакций сосудистого русла.

This article is devoted to research of amlodipine's effectiveness among patients with diastolic dysfunction of right ventricle, chronic obstructive pulmonary disease , hypoxic encephalopathy and pulmonary hypertension.
Clinical observations of these patients had showed validity of amlodipine's prescription which was proved by essential enhancement of diastolic function of right ventricle, reduction of pulmonary arterial pressure through depression of vessels reaction of lungs.

У больных с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) с гипоксической энцефалопатией (ГЭ), на фоне легочной гипертонией (ЛГ) возникает диастолическая дисфункция [1]. Она может быть доминирующей причиной симптомов у больных с заболеванием сердца. Поэтому важность адекватной терапии этого нарушения не вызывает сомнений [2]. До любого терапевтического вмешательства для коррекции диастолической дисфункции правого желудочка, необходимо доказать то, что выбранный вазодилататор благоприятно влияет на легочное кровообращение и на функцию правого желудочка. Медикаментозная терапия, неблагоприятно влияющая на диастолические взаимосвязи давление-объем, может вызвать ухудшение клинического состояния- нарушение диастолической и систолической функций, что служит действительной причиной прогрессирующей нетрудоспособности больных с хронической сердечной недостаточностью [3]. Необходимо подчеркнуть, что первичная диастолическая дисфункция является самостоятельным нарушением, вызванным увеличением сопротивления наполнению желудочков [4]. Любая попытка лечения диастолической недостаточности, требует полного понимания патофизиологии лежащего в основе сердечного заболевания.

Современные терапевтические подходы коррекции нарушенных диастолических свойств желудочка включают применение препаратов, увеличивающих релаксацию желудочков и способствующих снижению нагрузки на желудочки [1, 5]. Но, эти

подходы применялись для коррекции диастолической дисфункции левого желудочка при системной артериальной гипертонии и гипертрофии миокарда левого желудочка [6].

Целью исследования явилось изучение возможности коррекции амлодипином ьесилатом (норваск, Pfizer, США) диастолической дисфункции правого желудочка у больных с вторичной легочной гипертонией и гипоксической энцефалопатией на почве ХОЗЛ.

Материал и методы

Объект исследования - 15 мужчин с хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ), осложненным ЛГ и ГЭ, в возрасте от 40 до 64 лет (средний возраст 53,0±2,1 года). За неделю до включения в исследование отменялись все вазодилататоры. Помимо общеклинических исследований (врачебный осмотр, рутинные анализы крови, мочи и мокроты) у всех пациентов исследованы функция внешнего дыхания, насыщение крови кислородом, выполнены электрокардиография в 12 общепринятых отведениях, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, двухмерная и допплерэхокардиография.

Обследованные не имели сопутствующих заболеваний. Исследования проводились в период относительной ремиссии легочного заболевания (отсутствие признаков обострения в течение последнего месяца). Через 12 недель лечения препаратом все исследования повторялись.

Гемодинамику малого круга кровообращения изучали с помощью двухмерной и допплерэхокардиографии. Ультразвуковое исследование сердца проводили на приборе SSH-60A с допплерэхокардиографической приставкой SDS-21B фирмы Toshiba (Япония) с использованием датчика с частотой 3,5 МГц.

Среднее ЛАД рассчитывали по формуле, предложенной Kitabatake et al., определяя время ускорения систолического легочного потока [7].

Для оценки диастолической функции правого желудочка из апикального доступа получали четырехкамерное изображение сердца. Рассчитывали следующие показатели: максимальную скорость кровотока в фазу раннего диастолического наполнения (Е), максимальную скорость кровотока в фазу позднего диастолического наполнения (А), отношение максимальных скоростей (Е/А), вклад правого предсердия в наполнение желудочка. Все вычисления проводили минимум по трем комплексам за дыхательный цикл.

Регистрацию параметров легочной и центральной гемодинамики проводили исходно и через 12 недель лечения в суточной дозе 5 мг.

Результаты

Исходно у всех больных отмечались выраженные вентиляционные нарушения по обструктивному типу (табл. 1) и умеренная степень легочной гипертонии (табл. 2). На фоне 12-недельного применения амлодипина наблюдалось достоверное снижение среднего ЛАД и общего легочного сосудистого сопротивления (на 23% и 27% соответственно).

Таблица 1

Показатели функции внешнего дыхания у больных ХОЗЛ в процессе лечения амлодипином (n = 15) (длительность лечения - 12 недель, доза 5 мг.сутки).

Показатели	До лечения	После лечения
ЖЕЛ, л	56,2±5,17.	61,7±4,82
$ОФВ_1$, л/мин	35,5±6,32	40,7±9,84
ЖЕЛ/$ОФВ_1$	47,6±5,74	49,6±4,77

Примечание: n - количество обследованных, ЛАДср. – среднее легочное артериальное давление, ЖЕЛ – жизненная емкость легких, $ОФВ_1$ – объем форсированного выдоха за 1сек.

На фоне лечения амлодипином не наблюдалось отрицательного влияния на вентиляционные показатели и на газовый состав крови.

Таблица 2

Показатели гемодинамики в процессе лечения амлодипином у больных ХОЗЛ (n = 15).

Показатели		Фон	Через 12 недель лечения
ЛАДср., мм рт. ст.	**Ф**	36,13±2,22	27,8±1,85*
	Гп	42,1±2,34	35,13±1,92*
ОЛС, дин·сек·см$^{-5}$	Ф	604,1±66,2	439,7±54,2*
	Гп	613,7±69,9	466,9±51,5
МОС, л/мин	Ф	4,35±0,19	4,42±0,26
	Гп	5,16+0,24	5,34±0,26
SaO2, %	Ф	90,73±1,86	91,87±1,51
	Гп	71,27±4,26	68,11±3,87
ТПСПЖ, см		0,57±0,04	0,52±0,03
ПЗРПЖ, см		2,81±0,1	2,5±0,11†

Примечание: * - достоверность различий в сравнении с фоновыми показателями ($p < 0,01$), † - достоверность различий в сравнении с фоновыми показателями ($p < 0,05$), Ф – фоновые исследования, Гп – эффекты на 30 минуте вдыхания 10% O_2 в азоте (гипоксическая проба), n - количество обследованных, ЛАДср. – среднее легочное артериальное давление, ОЛС – общее легочное сопротивление, SaO_2 - насыщение крови кислородом, ТПСПЖ – толщина передней стенки правого желудочка, ПЗРПЖ – передне-задний размер правого желудочка.

Исходно наблюдалось нарушение диастолической функции правого желудочка, которое выражалось в изменении структуры наполнения правого желудочка за счет увеличение вклада предсердной систолы в его наполнение (табл.3).

Таблица 3

Динамика показателей диастолической функции правого желудочка в процессе лечения амлодипином (n = 15).

Параметры	Фон	Через 12 недель лечения
Етк	38,1±1,6	44,4±2,1*
Атк	43,5±1,8	35,4±1,5*
Е/Атк	0,8±0,06	1,3±0,07*

Примечание: * - достоверность различий по сравнению с фоновыми показателями ($p < 0,05$). n - количество обследованных, Етк - максимальная скорость кровотока в фазу раннего диастолического наполнения правого желудочка, Атк - максимальная скорость кровотока в фазу позднего диастолического наполнения правого желудочка, Е/Атк - отношение максимальных скоростей.

При этом наблюдалось снижение максимальной скорости раннего наполнения и увеличение максимальной скорости позднего наполнения и соответственно снижение их соотношения. В процессе лечения амлодипином происходило увеличение максимальной скорости раннего наполнения и уменьшение скорости позднего наполнения, что приводило к увеличению их отношения.

Обсуждение

Внимания заслуживают вопросы стратегии и тактики медикаментозного лечения больных с диастолической дисфункцией. О возможности медикаментозной коррекции диастолической дисфункции свидетельствуют сообщения об инверсии рестриктивного типа допплеровского спектра диастолического наполнения левого желудочка в гипертрофический или псевдонормальный под влиянием успешной терапии хронической сердечной недостаточности [8].

Проблема раннего выявления дисфункции ПЖ у больных с ХОЗЛ и ее коррекции представляется более трудной, так как согласно Арутюнову и соавт. [9]:

- все профессиональное внимание интерниста сконцентрировано на коррекции бронхиальной проходимости, а проблема дисфункции ПЖ не рассматривается как ведущая до этапа декомпенсации легочного сердца;
- медико-экономические стандарты обследования пациентов, страдающих ХОЗЛ, не предусматривают оценку функции ПЖ;
- не существует стандартов лечения дисфункции ПЖ.

Основными средствами патогенетической терапии больных диастолической формой хронической сердечной недостаточности в настоящее время являются антагонисты кальция, ингибиторы АПФ и бета-адреноблокаторы.

Антагонисты кальция являются средством первой линии при лечении гипертрофической кардиомиопатии и других заболеваний, сопровождающихся гипертрофией миокарда и серьезными расстройствами активного расслабления желудочка.

В нашем исследовании применение амлодипина у больных ХОЗЛ и ЛГ приводило не только к снижению легочного артериального давления и сопротивления, но также сопровождалось реверсией "гипертрофического" характера наполнения правого желудочка в нормальный, что может быть связано как с уменьшением постнагрузки на правый желудочек, так и улучшением диастолических свойств правого желудочка

Выводы

1. Амлодипин эффективно снижает ЛАД у больных ХОЗЛ;
2. Амлодипин существенно подавляет реакцию легочного сосудистого русла на вдыхание 10% гипоксической газовой смеси;
3. Прием амлодипина не вызывает заметного изменения сердечного выброса, ухудшения оксигенации крови, показателей вентиляционной функции легких.
4. Амлодипин существенно улучшает нарушенную диастолическую функцию правого желудочка.

Литература

1. Tardif J-C., Rouleau J-L. Diastolic dysfunction. Can. J. Cardiol. 1996; 12: 389-398.
2. Litwin S.E., Grossman W. Diastolic function as a cause of heart failure. J. Am. Coll. Cardiol. 1993 (Suppl. A); 22: 49A-55A.
3. Packer M. Abnormalities of diastolic function as a potential cause of exercise intolerance in chronic heart failure. Circulation 1990 (Suppl. III); 81: III-78-III-86.
4. Brutsaert D.L., Sys S.S., Gillebert T.C. Diastolic failure: Pathophysiology and therapeutic implications. J. Am. Coll. Cardiol. 1993; 22: 318-325.
5. Modersohn D., Walde T., Bruch L. Diastolic heart function: pathophysiology, characterization, and therapeutic approaches. Clin. Cardiol. 1993; 16: 850-858.
6. Chen E.P., Craig D.M., Bittner H.B., Davis R.D., Trigt P.V. Pharmacological strategies for improving diastolic dysfunction in the setting of chronic pulmonary hypertension. Circulation 1998; 97: 1606-1612.
7. Kitabatake A., Inoue M., Asao M., et al. Noninvasive evaluation of pulmonary hypertension by a pulsed-Doppler technique. Circulation 1983; 68: 302-309.
8. Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю., Лопатин Ю.М., Беленков Ю.Н. Роль различных клинических, гемодинамических и нейрогуморальных факторов в определении тяжести хронической сердечной недостаточности. Кардиология 1995; 11: 4-12.
9. Арутюнов Г.П., Корсунская М.И., Вершинин А.А., Чернявская Т.К., Розанов А.В., Рылова А.К. Некоторые проблемы комплексной терапии дисфункции правого желудочка у больных хронической обструктивной болезнью легких. Сердечная недостаточность 2000; 1 (2): 24-26.

УДК: 616-085:616.36

Тажибаева Ф.Р., Мамасаидов А.Т.
ОшГУ

Эффективность применение Контролока (пантопразола) у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и НПВП-индуцированной гастропатией

В данной работе показана эффективность и безопасность препарата контролок (пантопразол) у больных с различными формами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни - эрозивным и неэрозивным ее вариантами, а также у пациентов с НПВП-индуцированной гастропатией с эрозивно-язвенными поражениями слизистой желудка и ДПК, страдающих ревматоидным артритом и постоянно принимающих НПВП.

Изилдоо ишинде ашказанкызылонгоч-рефлюкс оорусунун ар турдуу формасында болгон жара жана сыйрылган вариантарында контролок (пантопразол) дарысынын таасирдуулук жана коопсуздулугу корсотулгон. Ревматоид артрит менен ооруган бейтаптардын ар дайым стероид эмес суукка каршы препараттардын таасиринде болгон ашказан жана 12 ээли ичегинде сыйрылган жана жара жаабыркоолугуна каршы контороктун (пантопразол) таасири жана коопсуздулугу корсотулгон.

In this work we show the effectiveness and safety of the drug kontrolok (pantoprazole) in patients with various forms of gastroesophageal reflux disease - erosive and non-erosive its variants, as well as in patients with NSAID-induced gastropathy with erosive and ulcerative lesions of the mucous membrane of the stomach and duodenum, rheumatoid arthritis and constantly taking NSAIDs.

Патология желудочно-кишечного тракта в клинической практике врача-гастроэнтеролога, терапевта, семейного врача занимает одну из лидирующих позиций. При этом наиболее распространенную группу пациентов гастроэнтерологического профиля составляют больные с так называемыми кислотоассоциированными заболеваниями органов пищеварения, в развитии и поддержании которых существенную роль играет кислотно-пептический фактор. Среди них важное место занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), которая является классическим примером кислотозависимого заболевания (КЗЗ). Проблема диагностики и лечения КЗЗ во всем мире является чрезвычайно актуальной задачей в связи с существенным влиянием на качество жизни пациентов из-за наличия изжоги и возможности развития таких грозных осложнений, как кишечная метаплазия слизистой оболочки пищевода (пищевод Барретта) и аденокарцинома пищевода [1, 2].

Истинная распространенность ГЭРБ мало изучена. Это связано с большой вариабельностью клинических проявлений – от эпизодически возникающих изжог, при которых больные редко обращаются за медицинской помощью к врачу, до выраженных признаков осложненного течения ГЭРБ, требующего порой стационарного лечения.

Лечение ГЭРБ включает рекомендации по модификации образа жизни и режима питания пациента. Основой медикаментозной терапии ГЭРБ является проведение кислотосупрессивной терапии, в которой несомненными лидерами являются препараты из группы ингибиторов протонной помпы (ИПП). Благодаря использованию ИПП значительно повысилась эффективность кислотосупрессивной терапии. Именно с помощью ИПП удается создать в желудке pH >4 в течение не менее 22 ч/сут, что способствует заживлению эрозий в пищеводе в 80–90% случаев [15].

Известно, что секреция соляной кислоты париетальными клетками обусловлена трансмембранным переносом протонов, который опосредуется протонным насосом – H^+K^+-АТФазой. ИПП вызывают необратимое ингибирование H^+K^+-АТФазы, поэтому эффективность препаратов этого класса зависит от количества активированных протонных помп и скорости их обновления. Кроме того, она определяется площадью

под кривой зависимости концентрации ИПП в крови от времени, зависящей от дозы и биодоступности используемого препарата. Так как синтез H^+K^+-АТФазы представляет собой длительный процесс (обновление половины молекул происходит за 30–50 ч), продукция соляной кислоты при применении ИПП подавляется достаточно долго.

Все ИПП являются замещенными производными бензимидазолами, которые отличаются радикалами в пиримидиновом и бензимидазоловом кольцах. Препараты ИПП защищены кислотоустойчивой оболочкой, они всасываются в щелочной среде тонкой кишки, с кровотоком проходят через печень и избирательно накапливаются в зонах с низким значением pH в секреторных канальцах париетальных клеток. Здесь происходит превращение молекулы ИПП в химически активную форму (сульфенамид), которая образует ковалентную связь с SH-группами цистеинов H^+K^+-АТФазы и необратимо блокирует ее работу. Восстановление кислотопродукции происходит после встраивания в мембрану секреторных канальцев новых протонных помп, свободных от связи с активным ИПП, поэтому продолжительность антисекреторного эффекта определяется скоростью обновления протонных помп. Таким образом, все ИПП имеют одинаковый механизм действия, обеспечивающий сходство их клинических эффектов, при этом каждый ИПП имеет особенности фармакокинетики, определяющей их индивидуальные свойства [7].

Ведущим показателем, определяющим скорость развития эффекта ИПП, является биодоступность препарата. Пантопразол отличается быстрым всасыванием, и его максимальная концентрация достигается примерно через 2,5 ч после однократного или повторного приема *peros*. Биодоступность пантопразола составляет около 77%. Таким образом, биодоступность препарата обеспечивает преимущество сопоставимой дозы пантопразола перед омепразолом в купировании симптомов на ранних сроках терапии.

У всех ИПП продолжительность антисекреторного эффекта коррелирует не с концентрацией препарата в плазме крови, она определяется площадью под кривой зависимости концентрации ИПП в крови от времени (AUC), которая отражает количество препарата, достигшего протонной помпы. После первого приема ИПП наибольший показатель AUC зарегистрирован у пантопразола. Площадь под фармакологической кривой концентрация–время AUC у омепразола ниже, чем у других ИПП. Клиническое значение данного факта сводится, главным образом, к кратности приема препаратов. Омепразол следует назначать два раза в день, в то время как препарат с наибольшим показателем AUC пантопразол большинству пациентов достаточно принимать однократно. Данный факт обуславливает приверженность больного к лечению (комплаентность) и является основой для повышения эффективности лечения.

С учетом всего вышеизложенного **цель настоящей работы** - изучение эффективности (по динамике симптоматики) и безопасности препарата КОНТРОЛОК у больных с различными формами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) - эрозивным (ЭРБ) и неэрозивным (НЭРБ) ее вариантами, а также у пациентов с НПВП-индуцированной гастропатией с эрозивно-язвенными поражениями слизистой желудка и ДПК, страдающих ревматоидным артритом и постоянно принимающих НПВП.

Задачи исследования:

1 Оценить результаты консервативного лечения препаратом Контролок (пантопразол) больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и НПВП-индуцированной гастропатии.

Материал и методы исследования.

На базе кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом семейной медицины были проведены клинические испытания препарата Контролок. В исследование были включены 45 человек, из них 17 пациентов с ГЭРБ (8 человек с

ЭРБ) и 9 с НЭРБ с признаками поверхностного воспаления (отек, гиперемия) слизистой оболочки нижних отделов пищевода) и 28 с НПВП-индуцированной гастропатией с эрозивно-язвенными поражениями слизистой желудка (17 человек) и ДПК (11 человек). В обеих подгруппах пациенты были пропорционально представлены в возрастном диапазоне от 18 до 70 лет (средний возраст составил 49±1,5 лет), наблюдались преимущественно женщины (60%).

Способ применение:

Контролок применяют внутрь, до еды, не разжевывая и не измельчая, запивая достаточным количеством жидкости. Для эрадикации helicobacter pylori рекомендованы следующие комбинации:

Контролок по 20-40 мг 2 раза в сутки+Амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки+Кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки.

Контролок по 20-40 мг 2 раза в сутки+Метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки+Кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки

Контролок по 20-40 мг 2 раза в сутки+Амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки+Метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки.

Курс лечения 7-14 дней.

Всем пациентам проводили осмотр и стандартизированный расспрос для оценки динамики клинических проявлений заболевания на фоне лечения. Степень выраженности клинических проявлений определяли методом субъективной самооценки больными собственных ощущений с использованием градации в баллах: 0 - отсутствие признака, 1 - признак выражен слабо, 2 - признак выражен умеренно, 3 - признак резко выражен. Осмотр и опрос проводился на 1-е, 2 - 7-е, 14-е сутки и далее каждые две недели до 8 недель наблюдения. Эндоскопическое исследование верхних отделов ЖКТ (ФГДС) выполнялось до начала терапии, контроль - через 2 недели от начала лечения. При сохранении эрозивных (язвенных) дефектов слизистой пищевода, желудка или ДПК каждые 2 недели до их эпителизации (рубцевания). Для оценки степени выраженности эндоскопических изменений в пищеводе использовали Лос-Анжелескую классификацию 2002г. Если пациенты получали антисекреторные препараты ранее, то последние отменяли за неделю до начала участия в исследовании. Все пациенты получали препарат контролок в дозе 40 мг/сут в течение 8 недель.

Результаты исследования и их обсуждение

На момент включения в исследование все пациенты с ГЭРБ испытывали изжогу, причем 8 из них и в ночное время. Помимо изжоги 10 пациентов предъявляли жалобы на регургитацию (отрыжку), 3 - на осиплость голоса, 2 - на периодические приступы удушья и кашля, преимущественно в ночные часы. Кроме того, 5 больных жаловались на загрудинные боли некардиального характера. Среди пациентов с НПВП-индуцированной гастропатией 10 человек отмечали боли в эпигастральной области и 18 - дискомфорт и тяжесть данной локализации.

На фоне проводимой терапии уже к 3-му дню лечения у большинства пациентов ГЭРБ (11 человек, 64,7%) отмечали статистически достоверную положительную динамику ($p < 0,05$), что проявлялось уменьшением выраженности изжоги. У 15 (88,2%) пациентов полное нивелирование изжоги было отмечено к 5-му дню лечения. К концу 1-й недели терапии изжога была купирована у 94,1% пациентов с ГЭРБ (рис. 1). Через 2 недели приема данный симптом не регистрировался.

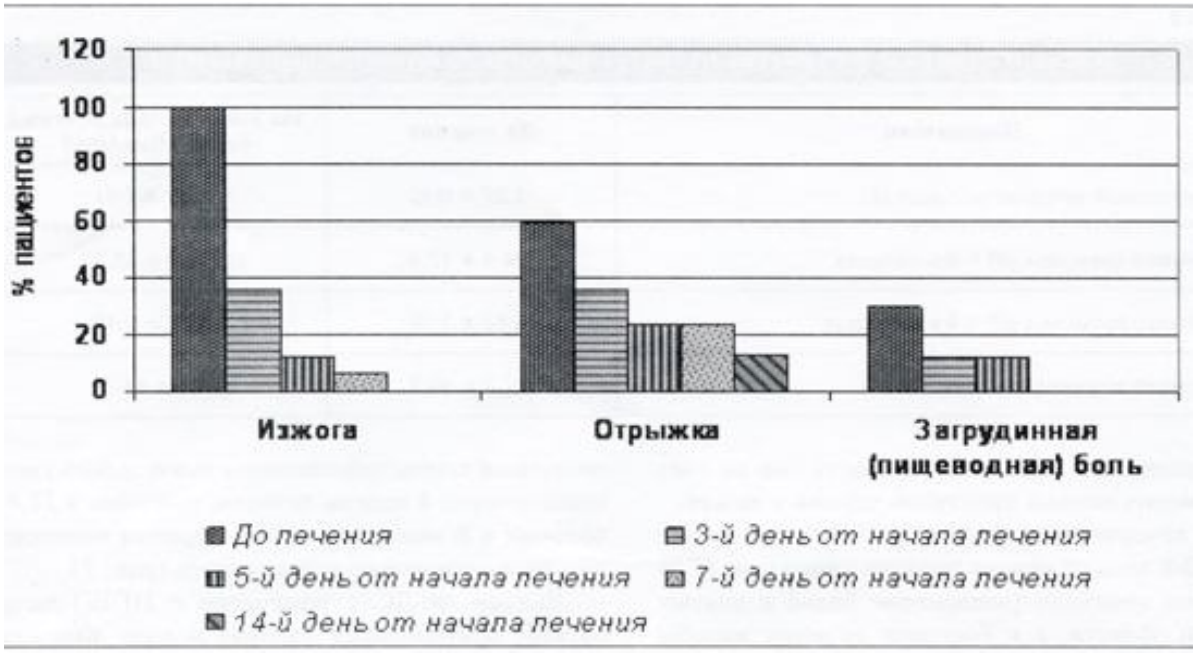


Рис. 1. Динамика купирования клинических симптомов ГЭРБ

Полнота купирования отрыжки и загрудинной (пищеводной) боли имела несколько иную динамику. Так, на 3-й день от начала лечения отрыжка регистрировалась у 35,3% пациентов, к 5-му дню - у 23,5% больных. Через 2 недели данные жалобы периодически отмечались у 12,7% пациентов. Данное обстоятельство объясняется, вероятно, выраженными двигательными расстройствами пищевода и кардиального жома. Жалобы на загрудинную (пищеводную) боль на 5-й день сохранялись у 11,7% пациентов, тогда как уже к концу 1-й недели отмечалось нивелирование последних. Кроме того, важно подчеркнуть, что пациенты с внепищеводными проявлениями ГЭРБ к концу 1-й недели терапии контролок отметили уменьшение осиплости голоса по утрам, а к 14-му дню терапии данный симптом не проявлялся ни у кого. Приступы удушья также уменьшились к 7-му дню терапии с 4 ± 0,3 до 2,3 ± 0,5 в неделю. К концу 3-й недели терапии во всех случаях увеличилась продолжительность сна за счет исчезновения ночных приступов удушья и кашля.

При лечении пациентов с НПВП-гастропатией уже на 2-й день от начала терапии контролок 67% пациентов отметили уменьшение болей в эпигастральной области, а к 7-му дню лечения жалобы данного характера были купированы у всех пациентов. Чувство дискомфорта и тяжесть в эпигастрии значительно уменьшились к 4-му дню терапии.

При оценке результатов эндоскопического обследования было установлено, что через 4 недели лечения полное заживление эрозий в пищеводе отмечалось у 75% пациентов. Через 8 недель терапии у всех больных эрозивные дефекты в слизистой пищевода не выявлялись. Кроме того, выраженность гиперемии слизистой пищевода значительно уменьшилась через 4 недели лечения, при этом у 77,8% больных к 8 неделе от начала терапии эндоскопических изменений не определялось (рис. 2).

Данные ФГДС у пациентов с НПВП-гастропатией, принимавших контролок в дозе 40мг/сут, распределились следующим образом. Заживление язв ДПК было достигнуто через 2 недели в 86% пациентов и через 4 недели в 100% случаев. Клиническая эффективность контролок в терапии НПВП-гастропатии с локализацией эрозивно-язвенного дефекта в желудке также была достаточной и показала, что частота заживления повреждений слизистой желудка через 4 и 8 недель лечения составила 86,7 и 100% соответственно.

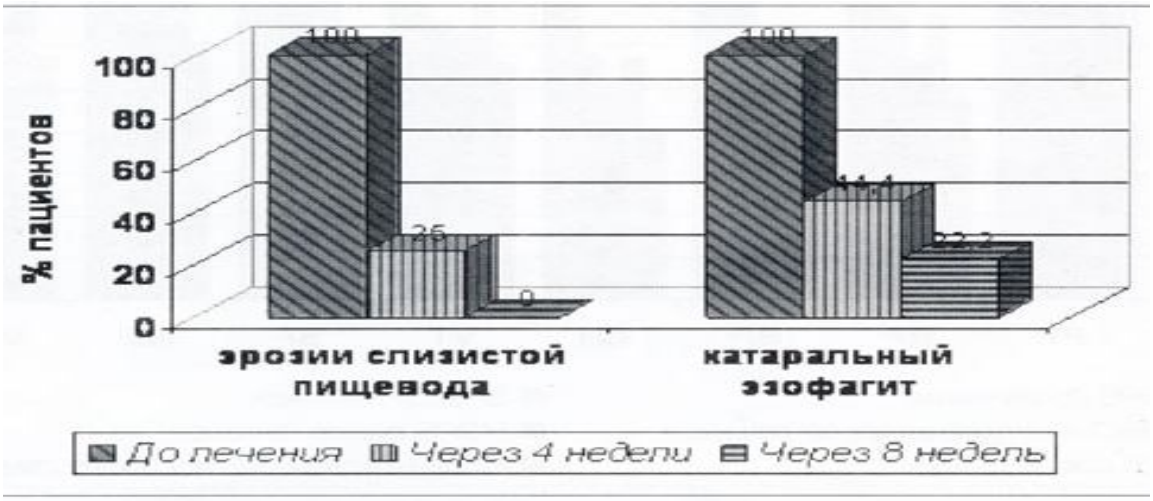
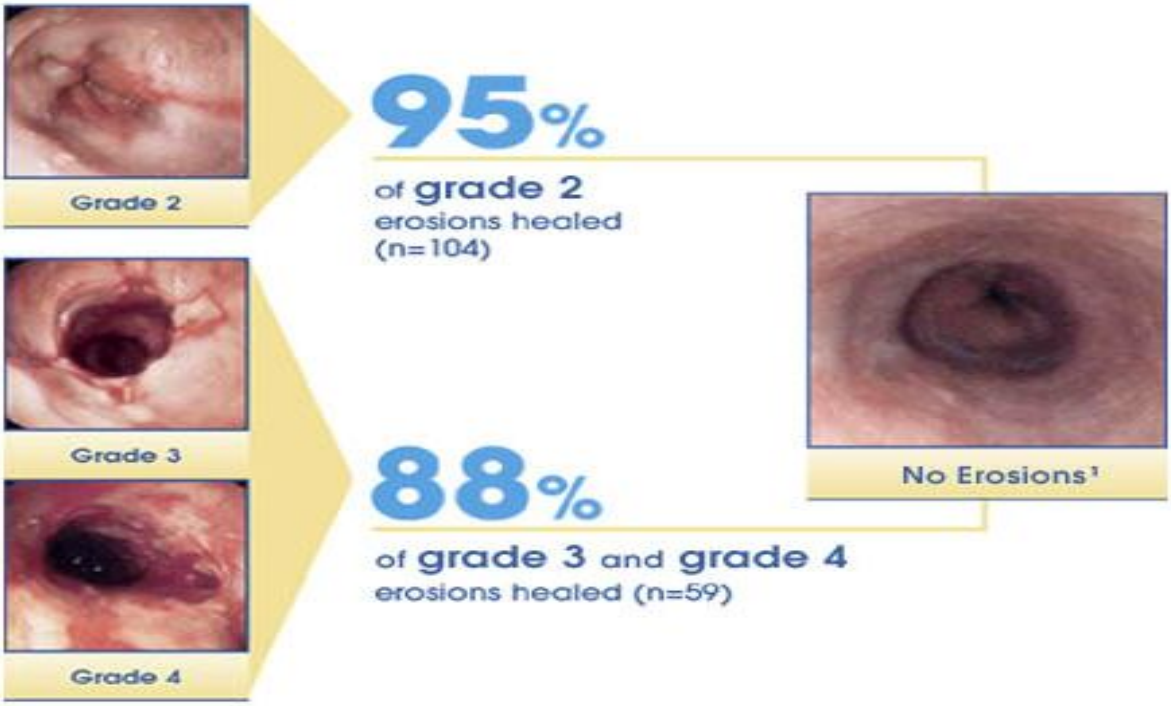


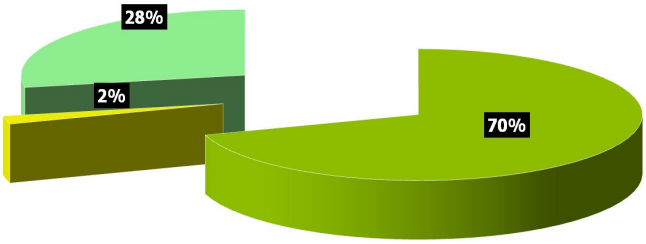
Рис. 2. Эндоскопическая динамика регрессии структурных изменений в слизистой оболочке пищевода на фоне лечения контролок в дозе 40 мг/сут у пациентов с ГЭРБ



При анализе показателей качества жизни больных ГЭРБ в зависимости от эндоскопической картины отмечено статистически достоверное ($p < 0,05$) их снижение при НЭРБ по сравнению с ЭРБ по всем шкалам, кроме шкалы физического функционирования и шкалы боли. При этом у пациентов, страдающих НПВП-гастропатией, которые вынуждены длительно принимать НПВП, уровень качества жизни оказался выше, чем у больных с НЭРБ, но ниже по сравнению с ЭРБ. На фоне лечения контролока отмечалась положительная динамика по всем показателям качества жизни у всех групп пациентов с наибольшей выраженностью по шкалам боли, жизнеспособности, социального и ролевого эмоционального функционирования, особенно у больных ЭРБ и НПВП-индуцированной гастропатией.

Более чем 15-летний опыт использования ИПП показал безопасность применения данных лекарственных препаратов. Вместе с тем побочные эффекты приема ИПП изредка встречаются и могут проявляться головной болью,

диспептическими явлениями, абдоминальной болью, повышением печеночных трансаминаз. При оценке побочных эффектов при приеме ИПП за время наблюдения нежелательных явлений отмечено не было.



70% - очень хорошая
28% -хорошая
2% - удовлетворительная

Выводы:

Таким образом, наш ограниченный опыт применения антисекреторного препарата контролок у пациентов с ГЭРБ и НПВП-индуцированной гастропатией, безусловно, не претендующий на широкие экстраполяции и обобщения, тем не менее, продемонстрировал не только, достаточно высокие клинические возможности препарата, но и его хорошую переносимость.

Литература

1. Пахомова И.Г. Применение пантопразола (санпраз) для лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и НПВП-индуцированной гастропатии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2007. – № 6. – с. 110–115
2. Лазебник Л.Б., Васильев Ю.В. Эффективность пантопразола в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2007. – № 2. – с.1–3.
3. Исаков В.А. Ингибиторы протонного насоса: их свойства, применение в гастроэнтерологии / В. А. Исаков. - М. 2001. - 304с.
4. Каратеев А.Е., Е. Л. Насонов, Г.Г. Корешков НПВП-индуцированная диспепсия Мареев: распространенность и возможность медикаментозной коррекции / // Научно-практическая ревматол. 2003. №5. С. 76-78.
5. В.Ю. Вопросы применения аспирина и других нестероидных противовоспалительных препаратов в кардиологии. Мнение эксперта-кардиолога / В.Ю. Мареев // Эксперим. клинич. гастроэн-терол. 2006. №2. С.10-12.
6. Bell N.J. V. Appropriate acid suppression for the management of gastroesophageal reflux disease/ N.J.V. Bell, D. Burget, C.W. Howden et al. // Digestion. 1992. Vol. 51. P. 59-67.
7. Corinaldesi R. Pantoprazole and omeprazole in the treatment of reflux oesophagitis: a European multicentre study / R. Corinaldesi, M. Valentini, J. Belaiche et al. // Aliment Pharmacol Ther. 1995. №9. P. 667-671.
8. FittonA. Pantoprazole. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in acid-related disorders / A. Fitton, L. Wiseman // Drugs. 1996. Vol. 51. №3. P. 460-482.
9. Koop H. Intragastric pH and serum gastrin during administration of different doses of pantoprazole in healthy subjects / H. Koop, S. Kuly et al. //Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 1999. Vol. 8. P. 915-918.
10. Mossner J. A double-blind study of pantoprazole and omeprazole in the treatment of reflux oesophagitis: a multicentre trial / J. Mossner, A.H. Holscher, B. Herz et al. // Aliment. Pharmacol. Ther. 1995. №9. P. 321-326.
11. O'Connor H. The burden of Helicobacter pylori infection in Europe / H. O'Connor, S. Sebastian //Aliment. Pharmacol. Ther. 2003. Vol. 18 (Suppl. 3). P. 38-44.

12. Olbe L. Proton pomp inhibitors / L. Olbe. - Basel: Birkhauser Verlag, 1999.
13. Protonix (pantoprazole sodium) delayed-release tablets package insert. - Philadelphia: Wyeth Laboratories; 2000.
14. Sauarlno V. Comparison of 24-h control of gastric acidity by three different dosages of pantoprazole in patients with duodenal ulcer / V. Savarino, G.S. Mela, P. Zentilin et al. // Aliment. Pharmacol. Ther. 1998. №12. P. 1241-1247.
15. Singh G. Appropriative choice of proton pump inhibitor therapy in the prevention and management of NSAlD-related gastrointestinal damage / G. Singh, S. Triadafilopoulos // Inter. J. Clinic. Pract. 2005. Vol. 59. P. 1210-1215.
16. van Herwaarden M.A. Excess Gastroesophageal Reflux in patient with hiatal hernia is caused by mechanisms other than transient les relaxation / M. A. van Herwaarden, M. Samson, A.J. Smout // Gastroenterology. 2000. Vol. 119. P. 1439-1446.

УДК: 617.712/.713

Туйбаев З.А., Муратов А.А.
ГКБ, г.Ош.

Хирургическое лечение повреждений органов грудной клетки

Акыркы10 жыларалыгында (2004-2013-жж.) Ош шаардык клиникалык ооруканасына көкүрөк-көөдөн органдарынын жаракаты менен келген 32 оорулуулардын хирургиялык дарылоосунун жыйынтыгы изилденген.

Исследованы результаты хирургического лечения 32 пострадавших с повреждениями грудной клетки в Ошской городской клинической больнице за последние10 лет (2004-2013 гг.).

Examined the results of surgical treatment of 32 patients with injuries of the chest and in the Osh City Clinical Hospital of the last 10 years.

Травма грудной клетки, особенно с повреждениями сердца и легких встречается нередко и в мирное время. Поэтому хирургическое лечение повреждений органов грудной клетки остается актуальной проблемой экстренной хирургии и в настоящее время.

Хирургическое лечение ранений сердца имеет многовековую историю. Впервые мысль о сохранении жизни при ранении сердца высказал Хелляриус (1458-1502). Первая попытка наложения сердечного шва у человека сделана почти одновременно в 1896 году Farina в Италии и Kappelen в Норвегии. Больные погибли в результате послеоперационных осложнений, но сам факт смелой операции явился поворотным пунктом в лечении ран сердца. Несколько позднее, в том же 1896 году, Людвиг Рен впервые осуществил удачнуюкардиорафию при ранении правого желудочка, продемонстрировав на XXVI съезде немецких хирургов в Берлине первого выздоровевшего больного после ушивания раны сердца. В 1897 году Perrozzani выполнил аналогичную операцию при ранении левого желудочка. Объектом активной хирургии вскоре стали и огнестрельные ранения сердца. Первую операцию по поводу слепого огнестрельного ранения сердца выполнил русский хирург А.Г.Подрез в 1897 г. (2,3). Операция оригинальная и смелая, предпринятая у 16-летней девушки, представляет исключительный интерес. А.Г.Подрез предполагал в случае обнаружения в мышце сердца пули предварительно наложить на его стенку два шва, затягивание которых после извлечения пули обеспечило бы быструю остановку кровотечения. Оригинальная идея А.Г.Подреза о наложении провизорных

швов сохранила свое значение до настоящего времени. Многие хирурги в России и в других странах, оперировавшие на сердце по поводу инородных тел, с успехом пользовались этим приемом. Первая удачная кардиорафия при огнестрельном ранении была выполнена Lannay в 1902 году. Операции, выполненные при ранениях сердца, послужили толчком к изучению патологической анатомии и патофизиологии поврежденного сердца. Много ценного в разработку вопроса о ранениях сердца внесли русские хирурги Н.И. Напалков, В.А.Оппель, И.И.Греков. А в 1927 году вышла в свет монография Ю.Ю.Джанелидзе "Раны сердца и их хирургическое лечение", охватывающая очень большой материал – 535 наблюдений, имеющихся в отечественной и зарубежной литературе за 25 лет.

Богатейший опыт в лечении ранений сердца приобрели советские хирурги во время Великой Отечественной войны. В значительной степени этому способствовало создание специализированных госпиталей для раненых в грудь. Б. В. Петровский. А. П.Куприянов, А. А.Вишневский, используя военный опыт.разработали ряд организационных принципов хирургии органов грудной полости, в том числе хирургии сердца и крупных сосудов.

Целью исследования явились изучение и обобщение опыта хирургического лечения ранений сердца и легких, проведенных в ГКБ г.Ош за последние 10 лет.

Материалы и методы. Нами изучены и обобщены результаты хирургического лечения 32 пострадавших с повреждениями груди, поступивших в хирургические и травматологическое отделения ГКБ г.Ош за 2004-2013 годы. Из них пулевые ранения сердца и легких были у 3 пострадавших, пулевые ранения легких - у 3, ножевые ранения сердца и легких - у 4, ножевые ранения сердца - у 6, ножевые ранения легких у 7, непроникающими ранениями груди у 9 пострадавших. Женщин было 5, мужчин - 27 в возрасте от 17 до 67 лет. Все пострадавшие с признаками ранения сердца и легких в экстренном порядке были взяты на операционный стол. Торакотомии производились передне-боковым и боковым доступами под интубационым наркозом. При торакотомии, в первую очередь, обращали внимание на наличие или отсутствие ранений сердца и магистральных сосудов. Ранения сердца и легких были ушиты П-образными швами на атравматических иглах.

Результаты. Из всего 32 пострадавших с повреждениями груди 28 человек были выписаны из стационара с выздоровлением. Только 2 пострадавших с пулевыми ранениями сердца и легких не успели взять на операционный стол – они умерли в ходе реанимационных мероприятий, ещё 2 пострадавших с ножевыми ранениями сердца умерли в начале операции от острой сердечной недостаточности в результате массивной кровопотери.

Выводы. В результате исследований мы пришли к выводу, что необходимо постоянно обеспечить в полном объеме всех операционных блоков, стационаров необходимым специальным хирургическим инструментарием и шовным материалом. Для операций на сердце и сосудов, в обязательном порядке обучить всех дежурных сотрудников отделений хирургического профиля (и врачей, и медицинских сестер), по неотложной хирургии органов грудной клетки. Во время операции, в первую очередь, необходимо устранить или исключить повреждения сердца и крупных сосудов, а в дальнейшем и других органов.

Литература:

1. Вагнер Е. А. "Проникающие ранения груди". М., "Медицина", 1975 г.
2. Вишневский А.А., Шрайбер М.И. "Военно-полевая хирургия". М., "Медицина", изд. 3-е, 1975 г.
3. "Экстренная хирургия сердца и сосудов" под ред. ДЭ БЭКИ М.Е. (США), Петровского Б.В., М., "Медицина", 1980 г.

4. “Военно-полевая хирургия” под ред. Лисицына К.М., Шапошникова Ю.Г., М., “Медицина” 1982 г.
5. Кутушев Ф.Х., Гвоздев М.П., Филин В.И., Либов А.С. “Неотложная хирургия груди и живота” (ошибки диагностики и тактики). Ленинград, “Медицина”, 1984 г.
6. Нифантьев О.Е., Уколов В.Г., Грушевский В.Е. “Ранения сердца”, Красноярск, изд. Красноярского университета, 1984 г.
7. Колесов А.П., Бисенков Л.Н. “Хирургическое лечение огнестрельных повреждений груди”. Ленинград, “Медицина” 1986 г.
8. Булынин В.И., Косоногов Л.Ф., Вульф В.Н. “Ранения сердца”. Воронеж, изд. Воронежского университета, 1989 г.
9. Мерескин Н.А., Светлаков В.И. “Опыт диагностики и лечения ранений сердца”. М., Военно-медицинский журнал, №8, 1991 г., С.27-29.
10. Петровский Б.В. “Избранные лекции по военной хирургии” (военно-полевая и военно-городская хирургия). М., “Медицина”, 1998 г. С.80-84.

УДК: 611-013.85

Тулекеев Т.М., Кенешбаев Б.К., Сакибаев К.Ш.,
Нуруев М.К., Кадыбаев З.М.
ОшГУ, институт медпроблем ЮО НАН КР

Морфометрические показатели венозных сосудов плаценты жительниц юга Кыргызстана

Экологиялык ынгайсыз шарттарда бала тонунун ткандарында компенсатордук реакциялардын даана өнүгүшү веналардын аянттык жана көлөмд\к көрсөткүчтөрүнүн жогорулашы жана ошондой эле түкчө хорионунун тамыр компонентинин көлөмүнүн өсүшү аркылуу байкалды.

В экологически неблагоприятных условиях в плацентарной ткани развиваются более выраженные компенсаторные реакции, проявляющиеся увеличением показателей площади поперечного сечения просвета и объема вен, а также удельного объема сосудистых компонентов ворсинчатого хориона.

In environmentally adverse conditions in the placental tissue develop more severe compensatory reactions shown increasing values of the cross sectional area of the lumen and the volume of the veins, as well as the specific volume of the vascular components of chorionic villi.

В программе глобального мониторинга, принятой ООН (1980), тяжелые металлы и их соединения упомянуты как одно из наиболее опасных загрязнителей окружающей среды, относящиеся к 1 – 2-му классам опасности [1, 2]. Соли тяжелых металлов, являясь одним из основных факторов загрязнения окружающей среды, оказывают неспецифическое воздействие в тканях и органах [3, 6].

Репродуктивная система женщин и система мать-плацента-плод отличается особой чувствительностью к воздействию экзо- и эндогенных неблагоприятных факторов любого происхождения [4, 5, 7].

Плацента может служить барьером для вредных факторов экосистемы в физиологических условиях, поэтому изучение ее морфофункциональных параметров имеет значение для установления характера компенсаторно-приспособительных возможностей организма [8].

С учетом вышесказанного, целью данной работы явилось изучение морфометрических особенностей венозных сосудов плаценты жительниц проживающих в территориальной близости к источнику загрязнения.

Материал и методы исследования

Объектом исследования явились 142 плаценты рожениц после естественного родоразрешения (39-41нед). Методический подбор группы осуществлялся на основании сопоставления гигиенических условий проживания и производства.

Исходя из степени загрязнения, окружающей среды, исследуемый материал был распределен на 2 группы: I группа - 32 плаценты, полученные от рожениц постоянно проживающих в зоне средней интенсивности загрязнения (на расстоянии 60 – 65 км от источника загрязнения – г. Кызылкия); II группа (контрольная) включала – 32 плаценты, полученные от рожениц постоянно проживающих в зоне слабой интенсивности загрязнения (на расстоянии 120-140 км от источника загрязнения - г. Ош);

Сбор материала проводился на базе роддомов г. Ош и Кызылкия. Исследование плацент проводилась на основании методов, описанных А.И. Брусиловским (1986), С.А. Степановым (1991), А.П. Милованoвым (1999).

Применялись макроскопические, гистологические, планиметрические и атомно-абсорбционно-спектрофотометрические (ААСФМ) методы исследования.

Для гистологического изучения вырезали по 3 кусочка ткани (1,0 х 1,0 х 0,5см) из макроскопически не измененных участков центральной, краевой зон плаценты и пуповины. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилин эозином, и по Ван – Гизону.

ААСФМ проводились в лаборатории спектрофотометрии Института прикладной физики Национального Университета РУ (г. Ташкент). Всего было определено содержание сурьмы из 44 плацент женщин: I группа – 22 плаценты; II группа – 10; III группа – 12.

Статистическую обработку проводили с использованием пакета прикладных программ для статистических обработок данных Microsoft Excel – 2003, используя критерии достоверности (р) по Стьюденту.

Результаты исследований и их обсуждение

Проведенные нами исследования плацент жительниц проживающих в территориальной близости, позволили выявить определенные изменения по сравнению с контролем.

В плацентах первородящих женщин первой группы, содержание сурьмы составляет 0,014±0,003, 0,016±0,003 и 0,045±0,006 мг/кг соответственно в центральной, краевой зоне и пуповине. Данные показатели по сравнению с аналогичными показателями второй группы на 2,3, 3,2 и 5,6 раза больше.

У повторнородящих в центральной зоне плаценты содержания сурьмы больше на 12,7 раза, тогда как в краевой зоне и пуповине содержание сурьмы больше на 5 и 1,4 раза. У многорожавших женщин содержание сурьмы также на 3,7, 2,2 и 1,1 раза больше по сравнению с контролем.

В центральной и краевой зонах (табл. 1) плаценты у перво- и повторнородящих женщин I группы отмечаются статистически значимое различие по сравнению с контролем (между диаметром вен, диаметром просвета вен, ИК). Параметр толщины стенки вен центральной и краевой зоны у перво-, повторнородящих, и у многорожавших краевой зоны статистически не отличаются с данными II группы (р>0,05).

Таблица. 1.

Планиметрия вен стволовых ворсин плацент женщин I группы (в мкм)

Параметры	Паритет родов					
	Первородящие		Повторнородящие		Многорожавшие	
	Участок плаценты					
	Центральный	Краевой	Центральный	Краевой	Центральный	Краевой
d-сосуда	**58,08±0,58**	**50,8±0,42**	**57,33±0,63**	**52,89±0,48**	**55±0,57**	**54,2±0,87**
	53,63±0,57*	53,75±0,65*	48,73±0,7*	49,53±0,52*	49,24±0,5*	49,89±0,52*
	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
d-просвета	**47,22±0,66**	**41,07±0,63**	**47,3±0,63**	**43,71±0,48**	**44,62±0,63**	**43,89±0,93**
	43,65±0,67*	43,77±0,73*	38,9±0,68*	39,97±0,64*	40,13±0,53*	40,21±0,53*
	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01
Толщина стенки	**5,42±0,17**	**4,86±0,16**	**5,01±0,24**	**4,59±0,21**	**5,19±0,19**	**5,16±0,18**
	4,99±0,24*	4,99±0,16*	4,91±0,14*	4,78±0,2*	4,55±0,2*	4,84±0,11*
	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
Индекс Керногана	**0,11±0,002**	**0,12±0,002**	**0,11±0,004**	**0,1±0,003**	**0,12±0,003**	**0,12±0,001**
	0,12±0,003*	0,11±0,001*	0,13±0,001*	0,12±0,004*	0,11±0,003*	0,12±0,002*
	<0,01	<0,001	<0,001	<0,001	<0,05	>0,05

Примечание: * - контрольная группа

У многорожавших женщин центральной зоны плаценты все параметры вен стволовых ворсин (диаметр сосуда и просвета, толщина стенки, ИК) достоверно увеличиваются. Показатели краевой зоны также достоверно больше, за исключением толщины стенки (p>0,05).

Таблица. 2.

Площадь поперечного сечения просвета и объема вен стволовых ворсин плацент женщин I группы

Паритет родов	Участок плаценты	Площадь поперечного сечения, мкм^2		Объем, мкм^3	
		II группа	контроль	II группа	контроль
Первородящие	Центральный	2662,5±53,2	2269,3±47,3	440,8±8,7	375,6±7,8
		p<0,001		p<0,001	
	Краевой	2112,1±49,1	2284,7±55,3	336,3±5,5	378,3±9,1
		p<0,05		p<0,001	
Повторно родящие	Центральный	2592,2±56,4	1882,9±52,5	429,3±9,3	311,8±8,6
		p<0,05		p<0,01	
	Краевой	2201,1±40,2	1943,6±40	364,5±6,6	321,8±6,6
		p<0,001		p<0,001	
Много рожавшие	Центральный	2401±49,1	1910,9±39,6	397,6±8,1	316,4±6,5
		p<0,001		p<0,001	
	Краевой	2335,5±74,3	1963,7±40,7	386,7±12,3	324,1±6,6
		p<0,001		p<0,001	

У первородящих в центральной зоне значение ППС (2662,5±53,2; контроль – 2269,3±47,3) и объем вен (440,8±8,7; контроль – 375,6±7,8) значительно увеличиваются (табл. 2). Тогда как эти же показатели в краевой зоне достоверно уменьшается. У повторно- и многорожавших женщин в центральной и краевой зонах плаценты отмечаются статистически достоверное увеличение ППС и объем вен стволовых ворсин.

У перво-, повторно- и многорожавших женщин I группы в центральной и краевой зонах показатели УО сосудистого компонента концевых ворсин плаценты достоверно увеличиваются по сравнению с контролем (p<0,001).

Изучение гистологических срезов показывает, что в плацентах женщин I группы строма ворсин компактная. Отдельные артерии окружены грубоволокнистыми соединительно-тканными муфтами. Часть артерий имеют утолщенную интиму, эндотелий набухший, просвет облитерирован. Встречаются незрелые элементы ворсинчатого хориона с небольшим количеством центрально и парацентарльно расположенных сосудов. Капилляры переполнены кровью.

Таким образом, в экологически неблагоприятных условиях в плацентарной ткани развиваются более выраженные компенсаторные реакции, проявляющиеся увеличением показателей площади поперечного сечения просвета и объема вен, а также удельного объема сосудистых компонентов ворсинчатого хориона.

Литература:

1. ГОСТ 12.1.007-76. Система стандартов безопасности труда. Вредные вещества. Классификация и общие требования безопасности. Введ. 01.01.77. – М.: 1980. – 6с.
2. Зайцева Н.В., Уланова Т.С., Плахова Л.В. и др. Влияние полиметаллических загрязнений объектов окружающей среды на изменение микроэлементного состава биосред у детей.// Гигиена и санитария. -2004. -№ 4. -С.11-15.
3. Сетко Н.П., Захарова Е.А. Кинетика металлов в системе мать-плод-новорожденный при техногенном воздействии.// Гигиена и санитария. -2005. -№ 5. -С.65-67.
4. Целкович Л.С., Рогачева В.С. Репродуктивная функция у женщин, проживающих в условиях воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды.// Акушерство и гинекология. -1998. -№ 2. -С. 24- 27.
5. Beneov O. Drug Treatment in Perinatal Period and the Risk of Functional Teratogenicity.// Toxicology Letters. 1995. Vol. 78. p. 3-13.
6. Sharshenova A.A. The Problem of Mercury in the Biogeochemical Province in Kyrgyzstan.// Toxicology Letters. 1995. Vol. 78. Issue 0. p. 74-75.
7. Iyengar G.V., Rapp A. Human placenta as a ‘dual’ biomarker for monitoring fetal and maternal environment with special reference to potentially toxic trace elements. Part 1. Physiology. function and sampling of placenta for elemental characterisation.// The Science of The Total Environment. 2001. Vol. 280(1-3). № 3. p. 195-206.

УДК: 616 - 053.2

Турдубаев К.Т. Кудаяров Д.К.
ОшГУ, НЦОМД МЗ КР г. Бишкек

Изменение содержания железа в сыворотке крови у больных ЖДА на фоне лечения с ААС «Мүрөк»

Обследованы 69 детей раннего возраста с железодефицитной анемией различной степени тяжести. Представлены изменение содержания железа в сыворотке крови в результате лечения антианемическим средством (ААС) «Мүрөк» и сульфатом железа больных детей живущих в условиях интенсивного применения пестицидов.

Are examined 69 children of the early age with Iron deficiency anemia different degree to gravity. Presented change the contents ferric in whey shelters as a result of treatment antianemic facility (AAS) “Murok” and sulphate ferric sick living in condition of the intensive using pesticides.

Анемии, связанные с дефицитом железа - это широко распространен-ные заболевания, при которых снижается содержание железа в сыворотке крови, в костном мозге и в депо, в результате чего нарушается образование гемоглобина и возникают трофические изменения в тканях [2].

Запасов эндогенного железа, полученных младенцем при рождении, хватает примерно до 4-6 месяцев [3]. Интенсивный рост детей в возрасте от 1 года до 3-х лет требует повышенного количества железа, в то время как эндогенные запасы железа невелики. Дефицит железа приводит к развитию железодефицитной анемии (ЖДА), которая сопровождается задержкой темпов физического развития, снижением иммунитета, повышением заболеваемости, снижением темпов интеллектуального развития [5,1,3,4].

Среди различных форм анемии в детском возрасте наиболее часто встречается железодефицитная (ЖДА) [7].

Важным критерием оценки при лечении анемии является определение уровня железа в сыворотке крови. При недостаточном содержании сывороточного железа в организме особенно сильно страдает синтез гемоглобина [6].

Цель исследования. Изучение содержания железа в сыворотке крови у больных детей раннего возраста проживающих на юге республики с железодефицитной анемией на фоне лечения с антианемическим средством «Мүрөк» и сульфат железа.

Материалы и методы исследования. Нами было исследовано содержание железа в сыворотке крови у 69 больных анемией детей, из них в основной группе у 36, в контрольной – у 33. В основной группе 20 детей были с анемией I степени тяжести, а анемия средней и тяжелой степени - 16. Исследование содержание железо в контрольной группе анемия легкой степени тяжести проведено на 18 детей, а анемия средне тяжелой и тяжелой степени – 15 детей.

У обследуемых детей выясняли субъективные и объективные данные, определяли показатели периферической крови, гематокрита и содержания железа в сыворотке крови.

Из анамнеза выяснено, что причиной анемии являются грубые дефекты вскармливания (ранний перевод на смешанному и искусствен-ному вскармливанию, раннее или позднее введение прикорма, однооб-разное кормление углеводистыми продуктами), нарушения в уходе за ребенком, перенесенные инфекционные заболевания, частые роды и анемия у матери. Данные по сывороточному железу у пролеченных детей с анемией представлены в таблице 1.

Таблица 1

Изменение содержания железа в сыворотке крови у больных ЖДА на фоне лечения

Группа больных и количество детей	Содержание железа (мкмоль/л)		
	До лечения M ± m	После лечения M ± m	P
Анемия I степени тяжести			
Основная n=20 Контрольная n=18	12,96 ± 1,99 11,59 ± 1,47	18,14 ± 1,18 13,32 ± 1,33	< 0,001 >0,05
Анемия II – III степени тяжести			
Основная n=16 Контрольная n=15	10,89 ± 1,33 10,61 ± 1,18	16,15 ± 1,83 12,51 ± 1,47	< 0,001 >0,05

P – показатель достоверности различий в группах до и после лечения.

Как видно в нем содержание железа в сыворотке крови у больных детей, основной группе достоверно ($p < 0,001$) увеличилось у детей как анемией I степени, так и с анемией II – III степени тяжести (на 6,19 и 7,16 мкмоль/л соответственно), в то время как в контрольной группе, отмечалось достоверно незначимое увеличение (на 3,07 и 3,02 мкмоль/л соответственно).

Следовательно, при использовании антианемического средства «Мүрөк» наблюдается более выраженное повышение уровня сывороточного железа, нежели в контрольной группе детей, где использовался сульфат железа. На основании этих данных можно сказать, что ААС «Мүрөк» приводит к достаточному насыщению организма больного ребенка железом, так как уровень сывороточного железа в определенной степени отражает состояние его общих запасов. Необходимо отметить, что на фоне лечения как в основной, так и в контрольной группах больных детей имело место положительные результаты в клинических и гематологических показателях, что выражались улучшением общего состояния и самочувствия больных, уменьшением слабости и вялости, появлением положительного эмоционального тонуса, восстановлению аппетита, повышения количество эритроцитов, уровня гемоглобина и гематокритной величины. При этом следует подчеркнуть, что достоверно значимое повышение показателей периферической «красной» крови имело место у детей в основной группе, чем в сравниваемой группе.

Выводы: 1. Таким образом, антианемическое средство «Мүрөк» приводит к достаточному насыщению организма больного ребенка железом, так как уровень сывороточного железа в определенной степени отражает состояние его общих запасов.

2. ААС способствует быстрой нормализации клинико - гематологических показателей больных анемией детей.

3. ААС отличается хорошей переносимостью, биодоступностью, удобством в употреблении.

4. Все выше сказанное дают основании рекомендовать использование ААС в ЛПУ республики в комплексной терапии железодефицитных состояний и анемии.

Литература:

1. Антианемическое средство «Мүрөк». (Патент № 581 авторы: Кудаяров Д.К., Федотов П.В., Зурдинова А.А.), Кыргызпатент, 2003.
2. Воробьев А.Н. Руководство по гематологии. Москва. Ньюдиамед. – 2005. – С.171 -190.
3. Грибакин С. Г. Значение продуктов детского питания, обогащенным железом, в профилактике железодефицитной анемии. Вопросы Совр. Педиатрии. 2002; 5: С. 52-56.
4. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Малова Н.Е. Роль железа в организме и коррекция его дефицита у детей. Вопр. Совр. Педиатрии. 2004; 5: - С.86-5.
5. Нетребенко О.К. Отдаленные влияние питания плода и новорожденного на рост, развитие и состояние здоровья. Педиатрия. 2004; 6: - С.60 -63.
6. Петров В.Н. Физиология и патология обмена железа -Л.: Наука. – 1982. -224 с.
7. IDA. – WHO, Geneve, 2001. – P. 15.

УДК: 616.833-009. 614; 616-053.2

Турдубаева Э.К., Кагарлицкий А.Я., Жаныбердиев Б.
ГДКБ Скорой Медицинской помощи г. Бишкек

Применение наркоза фторотаном в детской стоматологии

Цель исследования: Адекватное проведение анестезии в стоматологии в условиях амбулатории у детей.

Методы и материалы: За 5 лет было проведено 150 наркозов фторотаном детям в возрасте от 3 до 12 лет с заболеваниями острый пульпит 110; кариес 10; удаление зубов от 2 до 5 зубов - 30. Длительность нар-коза в зависимости от объёма лечебных мероприятии составшие от 20 минут до 2-х часов.

Обсуждения: Промедикация проводилась атропином, диазепамом, тромадолом в возрастной дозировке с учетом «дозис - фактора», эти пре-параты вводились в основном в/м и в исключительных случаях, при выраженном негативизме ребенка на шприц, через рот, за 30 минут до вводного наркоза.

Вводный наркоз осуществляли через лицевую маску классическим способом. После достижения хирургической стадии, которая оценивалась по состоянию глазных рефлексов; узкие зрачки, влажная конъюктива; отсутсвие рефлекса с конъюктивы; мышечного тонуса; значительное расслабление мышц, за исключением мышц верхней половины живота [1], что позволяет контролировать глубину наркоза, по экскурсии этого отдела. В этой стадии частота дыхания и его глубина в основном не изменялись. И только при передозировке отечалась угнетение дыхания. Величины частоты сердечных сокращении и АД существенных изме-нений не претерпевали. И лишь при ослаблении наркотического эффекта ЧСС и ЧД увеличивались на 10% от исходных величин. Все эти изменения исчезали с уменьшения подачи газо-наркотической смеси фторотана.

После достижения хирургической стадии наркоза вводились носовые катетеры до уровня ротоглотки и по ним больным подавалась газо-наркотическая смесь фторотана с кислородом. Рот тампонировался влажной марлевой салфеткой. Выдох осуществлялся через носовые катетеры в аппарат и далее в атмосферу клапан разгерметизиции аппарата устанавливали в положении 200 мм водного столба.

За одно посещение пролечивали до 8 зубов. Пробуждение больных наступало через 5-8 минут. В 10 случаях отмечалась постнаркозное воз-буждение в виде плача ребенка, которое полностью исчезало через 10-15 минут.

Обезболивание в детской стоматологии в амбулаторных условиях является достаточно сложной и остается до конца не решенной проблемой. Несмотря на имеющиеся известные недостатки общего обезболивания у детей, работать в полости рта у ребенка при сохраненном сознании очень сложно [1,2,3,4,5].

Заключение: В полном сознании, со стабильной деятельностью сердца и дыхания дети отправлялись домой.

Литература

1. А.З Маневич, Р.Л. Альбшулер “Фторотановый наркоз” 1966г ., стр. 86.
2. Г.Ф. Катурева с соавторами “Анестезия в детской стоматологии” материалы III съезда анестезиологов СССР . – стр. 204.
3. Е.М.Кон, В.С. Зауголников Материалы IV съезда анестезиологов СССР - 1989г. стр. 196.

4. Р.Ц. Клячковский, А.В. Левитанус с соавтор. Материалы IV съезда анестезиологов СССР -1989г., стр. 193.
5. К.В. Нимоляев , С.Ф. Лысев, В.В. Стретенский “Фторотановый наркоз с сохранением спонтанного дыхания ” Материалы IV съезда анестезиологов СССР -1989г. стр. 234.

УДК: 616-591. 134.5; 616-053.2

Турдубаева Э.К., КГМА

Физическое развития маловесных детей в дошкольном возрасте, родившихся от юных матерей

Приведены результаты изучения факторов риска и физическое развитие маловесных детей дошкольного возраста родившихся от юных матерей. Выявлены неблагоприятные факторы, влияющие на рождение маловесного ребенка и отставание физического развития.

The results of the study of risk factors, and physical development of underweight preschool children born to teenage mothers. Unfavorable factors affecting low birth weight and lagging physical development of preschool children born with low birth weight from young mothers.

По данным современной литературы в последние годы отмечается рост рождения детей с низкой массой тела по отношению к гестационному возрасту - задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), одним из причин которого является юный возраст матери. При этом исследователи единодушны в том, ЗВУР плода занимает одно из ведущих мест в структуре перинатальной заболеваемости и смертности [1,2,3], значительно превышая данный показатель у детей с нормальной массой тела при рождении. Частота рождения детей с малым весом колеблется в широких пределах и составляет 3,5- 17,5% [4,5].

Проблемы и особенности течения беременности и родов в подростковом возрасте достаточно изложены в доступной литературе, тогда как исследований по комплексной оценке состояния физического развития детей и выявлению особенностей его формирования, рожден-ных от матерей подросткового возраста, освещены недостаточно [4].

Рассматривая особенности физического развития детей, по литературным данным 1/3 их отстает в физическом развитии на протяжении всего детского периода (дефицит массы тела составляет от 500 гр до 2 кг. Дефицит роста - от 2 до 7 см).

Целью явилось выявить факторы риска рождения маловесного ребенка, формирования физического развития у детей дошкольного возраста родившиеся от юных матерей.

Методы и материалы. Нами проведено обследование 37 детей дошкольного возраста (5-6 лет) родившихся от юных матерей доношенными с малым весом и 25 детей контрольной группы родившихся от юных матерей с нормальной массой г. Бишкек. Все обследованные дети родились от матерей моложе 18 лет, в сроке беременности 37-40 недель. Мальчиков было - 24 детей, девочек - 38.

У всех наблюдаемых детей были проанализированы антропометрические данные, проведен анализ медицинской документации (обменная карта беременной, ф.113/у); история развития ребенка (ф.112/у)).

В ходе исследования наблюдаемые дети были разделены на подгруппы в зависимости от степени тяжести. Определение клинического варианта ЗВУР

проводилось по основным диагностическим критериям, предложенным Г.М.Дементьевой [6].

Степень тяжести гипотрофического варианта ЗВУР определялась по дефициту массы тела по отношению к длине тела для данного гестационного возраста: 1 степень (легкая – дефицит массы 1,5-2 сигмы)- 23 (62.2%) детей; 2 степень (средней тяжести – дефицит массы 2-3 сигмы) - 14 (37.84%) детей, 3 степень (тяжелая - дефицит более 3 сигм)- не выявлена .

Физическое развитие детей оценивали путем сопоставления антропометрических показателей детей со стандартами, разработанными экспертной группой ВОЗ[7]. Согласно данным стандартам выделяли следующие индексы : «масса тела для данного роста», «масса тела для возраста». Низкая масса тела для данного роста является результатом либо отсутствия увеличения массы тела, либо потери массы тела и указывает на острую недостаточность питания, отражая тяжелую степень потери массы тела. Низкая масса тела для данного возраста может быть проявлением как острого, так и хронического недоедания или болезни.

Результаты исследований и их обсуждение.

Для выявления факторов риска развития ЗВУР у детей, анализировали семейный статус, акушерский анамнез, состояние здоровья матери во время беременности, наличие вредных привычек и т.д.

Семейный статус, как выявлено , является отдельным фактором риска ЗВУР, дети, рожденные вне зарегистрированного брака, чаще рождаются с малым весом (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика семейного статуса матерей детей с ЗВУР

Семейный статус	**Гипотрофический вариант**		**Контрольная группа**
	I степень n=23	**II степени n=14**	**n=25**
Состоит в браке	53,3	33,3	92
Брак не зарегистрирован	46,7	66,7	8

Социальное положение, профессия оказывает определенное влияние на развитие беременности и на частоту возникновения задержки развития плода. По нашим данным, ЗВУР наблюдаются у матерей, работа которых связана с физическим трудом и неработающих (табл.2).

Таблица 2

Профессиональное занятость матерей детей с ЗВУР

Род занятость	**Гипотрофический вариант**		**Контрольная группа**
	I степень n=23	**II степени n=14**	**n=25**
Не работающая	16,3	-	76
Физический труд	38,0	33,3	-
Учащаяся	46,7	66,7	24

В подавляющем большинстве случаев неработающие матери и матери занимающиеся физическим трудом у детей с ЗВУР имели низкий материальный уровень в семье , что вероятно, способствует недостаточному количеству материальных средств для лечения соматических и гинекологических заболевании ,

а также низкобелковому и безвитаминному питанию беременных. Женщины учащиеся и студентки, у которых во время беременности отмечалась психологичес-кие и физические нагрузки, а также недостаточное и несбалансирован-ное питание, имели большой риск формирования ЗВУР по гипотрофи-ческому варианту 2 ст (66,7%).

Большое значение придавалось к вредным привычкам матери с риском рождения ребенка с ЗВУР. Особое внимание отводилось курению матери как фактору риска низковесного ребенка. Как известно, курение приводит к ретардации внутриутробного роста плода. При регулярном курении во время беременности плод находится в состоянии хронической кислородной недостаточности, практически постоянно. Выявленно, что больше чем половины детей с гипотрофическим вариантами 2 ст 59,2% родились от матерей которые постоянно курили во время беременности .

Анализируя анамнестические данные по течению беременности было выявлено, что юные женщины, родившие в 17-16 лет были первородя-щими от первой беременности - 67,6% женщин. В 18 лет женщины повторнородящие - 32,43%, из них у 41,7% женщин предыдущие беременности были прерваны самопроизвольными выкидышами, медицинским абортом у 8,33% женщины, у 25% женщин роды закончи-лись рождением мертвого ребенка и только у 25% женщин роды были самостоятельными, но с рождением ребенка с ЗВУР. Так же выявлено, что у всех матерей беременность протекала с гестозом различной степени в течение всей беременности; анемия 67,7%; фетоплацентарная недостаточность у 87,7%; внутриутробная инфекция диагностирована у 70,3%; расстройства питания 40% ; многоводие 86,5%; многоплодная беременность 13,5% У 8,1% матерей с малой массой тела рождались дети также с маленькой массой тела.

Роды завершились в 73,1% через естественные родовые пути, путем операции Кесарево сечения 27,02%. Осложнения в родах были следующие: несвоевременное отхождение околоплодных вод 62,2%, внутриутробная гипоксия плода 73%, слабость родовой деятельности 27%, травма родовых путей 48,6% .Показанием для кесарева сечения у юных матерей были хроническая плацентарная недостаточность, острая внутриутробная гипоксия плода, узкий таз матери.

Для оценки физического развития детей использовали центильную оценку следующих антропометрических показателей: длина и масса тела. Оценку антропо-метрических показателей проводили отдельно для девочек и мальчиков. Показатели физического развития детей представлены в табл. 4

Таблица 4

Антропометрические показатели девочек и мальчиков (5-6 лет)

Показатели	**Гипотрофический вариант**		**Контрольнаая группа**
	I степень M±m	**II степени M±m**	**M±m**
	Девочки n=38		
Масса тела, кг	16,3±0,19	15,1±0,18	17,9±0,12
Рост , см	112,4±0,33	106,03±1,05	110,9±0,49
	Мальчики n=24		
Масса тела, кг	16,54±0,19	15,1±0,15	17,5±0,23
Рост , см	109,9±1,13	108,8±1,5	112,6±0,88
P	<0,05	<0,05	<0,05

Анализируя антропометрические данные детей дошкольного возраста , необходимо отметить, что масса и рост тела девочек и мальчиков статистически достоверно не отличались (табл .4). Однако показатели физического развития как у мальчиков так у девочек ниже по сравнению с контрольной группой (P<0,05) .

Выводы: 1. Таким образом, достоверными факторами риска рождения маловесного ребенка связано с неблагоприятным акушерским анамнезом, социальным статусом и профессией, а также юнный возраст матери.

2. Выявлено, что маловесные дети дошкольного возраста не зависимо от степени тяжести ЗВУР имеют одинаковое отставание в физическом развитии, чем у детей родившиеся нормальной массой тела рожденных от юных матерей.

Литература:

1. Гольденберг, О.П. Особенности состояния здоровья детей задержкой внутриутробного развития на первом году жизни: Автореф. дис... канд. мед.наук: 114.00.09./ - Астрахань, 2001.- 21с.
2. Кельмансон , И.А.Низковесный новорожденный и отсроченный риск кардио-респираторной патологии / И.А.Кельмансон. СПб.: СпецЛит, 1999. – 156 с.
3. Study Group: Effect of maternal multiple micronutrient supplementation on fetal loss and infant death in Indonesia: a double- blind cluster- randomised trial// The Lancet. – 2008/ - 371: 215-227; DOI: 10.1016/SO140-6736(08) 60133-6.
4. Лазарева Е.П. Алиментарно-зависимые состояния у здоровых детей первого года жизни// Ремедиум Привольже. Спец. Выпуск «Охрана здоровья матери и ребенка». – Н.Новгород, ноябрь 2006.- с. 153-156.
5. Мультииндикаторные кластерное исследование , ЮНИСЕФ, 2006
6. Интернет сайт, источник http://ellina2004.narod.ru/index320.html
7. Child Growth Standards: Length/height – for- age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height, and body mass index-for-age: Methods and development. World Health Organization: Geneva. – 2006.-310 P.

УДК:616-053.2: 614.1

Шайназаров Т.Ш., Маматкулова А.С.,
Молдобаева Д.Т., Ашимова Н.Т.
ОшГУ, ОМДКБ

О состоянии младенческой смертности в Кыргызской Республике и по Южному региону КР за 2009- 2012 гг.

Обобщены и представлены нами уточненные статистические данные младенческой смертности по Республике и Южному региону КР за 2009- 2012гг в разрезе районов и по г. Ош. При оценке и разборе младенческой смертности строго анализировали реализации исполнения постановления Правительства КР от 03.12.2003г. №48 и приказ МЗ КР №562 от 19.12.2003 г. «О внедрении в Кыргызской Республике критериев живорождения и мертворождения рекомендованное Всемирной Организацией Здравоохранения».

There are generalized and presented statistical information of infant lethality in regions of Kyrgyz Republic in years 2009-2010-2011-2012 and in regions of Osh states in years 2009-2010-2011-2012 according to order №748 of Kyrgyz Republic from 03. 12. 2003y. and order №562 from 19.12.2003y.

Показатель младенческой смертности является одним из важнейших критериев здоровья населения. По данным ВОЗ ежегодно умирают в мире примерно 12 миллионов детей до 5 лет [3]. Из них около 8 миллионов дети до года, 43% умирают на первой неделе жизни. Забота о детях является первоочередной задачей государственного значения. Только у здоровой матери может родиться

здоровый ребёнок, а многие заболевания и патологические состояния детей возникают в утробе матери.

Снижение младенческой смертность является одним из критериев эффективности проводимых профилактических мероприятий, в результате реализации национальных программ «Здоровая нация» и повсеместного введения в области программы ВОЗ по борьбе с острыми респираторными и диарейными заболеваниями, внедрение исключительно грудного вскармливания в родовспомогательных учреждениях и детских учреждениях, а также совместного пребывания матери и ребенка.

Останавливаясь к проблеме младенческой смертности, мы старались в настоящей работе рассмотреть, некоторые её организационные и научные аспекты, вопросы её снижения и профилактики с новых позиций.

Проведен сравнительный анализ уровня возрастной и причинной структуры младенческой смертности, а также определение её тенденции, в период с 2009-2012гг по Республике, Южному региону и г.Ош.

Таблица №1

Младенческая смертность поКР, Южному региону КР и по г. Ош за 2009-2012гг.

№	регионы	2009	2010	2011	2012
1.	Кыргызская Респ.	25,0	22,8	21,1	20,0
2.	Ошская область	20,2	19,3	16,3	14,2
3.	Баткенская область	27,8	27,1	23,6	20,5
4.	Джалалабадская область	19,8	18,8	17,4	16,5
5.	г.Ош	58,4	48,3	54,7	60,3

Из таблицы №1 явствует, что в целом за последние три года по Южному региону КР статистические показатели по младенческой смертности улучшились по Республике на -5%, по Ошской области на- 6%, по Баткенской области на -7,3%, по Джалалабадской области на -3,3% , а по г. Ош на -1,9% увеличилась.

Таблица№2

Показатели младенческой смертности по Ошской области за 2009- 2012гг (на 1000 родившихся живыми) в разрезе районов.

№	регионы	2009	2010	2011			2012
1.	Алайский район	18,5	19,6	20,3			15,0
2.	Араванский район	17,6	16,2	14,0			17,4
3.	Карасуйский район	18,1	18,4	11,9			13,9
4.	Каракульджинский район	19,2	17,0	19,0			11,7
5.	Чон-алайский район	24,7	41,0	23,8			17,9
6.	Ноокатский район	24,7	23,8	23,6			16,7
7.	Узгенский район	19,8	15,8	13,3			10,7
8.	ошская область	20,2	19,3	16,3			14,2

Из таблицы №2 видно, что показатель младенческой смертности по Ошской области в 2009 году (на 1000 родившихся живыми) было- 20,2%, то в 2012 году снизилось до- 14,2%, что в целом, по Ошской области за последние четыре года младенческая смертность снизилась на 6,0%.

Алайский район снизился на -3,5%, Араванский район на-0,2%, Кара-Сууйский район на-4,2%, Кара-Кульджинский район на- 7,5%, Чон-Алайский район на- 6,8%, Ноокатский район на- 8,0%, Узгенский район на- 9,1%.

Таблица№3

Показатель перинатальной, неонатальной, постнеонатальной смерти и их компонентов по Кыргызкой Республике и Ошской области за 2011-2012гг.

Регионы / Показатели	Ошская область 2011	Кырг.Респ. 2011	Ошская область 2012	Кырг.Респ. 2012
Коэффициент мёртворождаемости	10,1	11,8	9,7	11,1
Коэфф. ранней неонат.смертн.	11,4	15,0	10,4	14,0
Показатель перинат. смертн.	21,4	26,7	20,0	24,9
Показатель поздней неонат.смертн.	1,1	1,8	1,6	1,9
Показатель неонат.смертн.	12,6	16,9	12,1	15,9
Показатель постнеонат.смертн.	10,7	7,2	9,3	6,8

Из таблицы №3 явствует, что в целом за 2011-2012гг. снизились показатели коэффициента мертворождаемости на- 0,4% по ошской области и по Республике в целом на -0,7%; ранняя неонатальная смертность по ошской области на -1,0%, по Республике -0,8% снизились; перинатальная смертность по ошской области на -1,4%, по Республике на -1,8% снизились; постнеонатальная смертность -1,4%, по Республике -0,4% тоже с тендецией к снижению, неонатальная смертность на -0,5% в ошской области, по Республике на 1,0%. Но в тоже время отмечается рост показателей поздней неонатальной смертности по ошской области на -0,5%, по Республике на -0,1%.

Таблица №4

Показатели младенческой смертности за 2009-2011-2012гг. по Кыргызской Республике и Ошской области в зависимости от нозологии.

нозологии		Ош.обл 2009	Ош.обл 2011	Ош.обл 2012	КР 2009	КР 2011	КР 2012
Болезни органов дыхания	Пневмон.	3.9	4,2	3,3	2,7	2,5	2,1
	Грипп ОРВИ	0,7	0,6	0,8	1,0	0,8	0,8
	Др.бронх. заболеван.	0,1	0,1	0	0,1	0,1	0,2
	%	20,7	22,9	20,8	15,3	14,9	14,7
Инфекционные забол.	ОКИ	0,8	0,7	0,9	1,0	0,7	0,8
	Сепсис	0,4	0,1	0,1	0,4	0,2	0,2
	%	6,3	3,6	6,1	7,0	5,6	5,7
Перинат. причины	Асфиксия	3,6	2,7	2,3	4,4	2,8	2,5
	Родовая травма	1,2	1	0,7	1,0	0,8	0,7
	СДР	5,6	4,4	4,2	4,7	5,1	4,8
	%	54,9	49,4	49,3	59,7	58,9	58,7
Врожденн. аномалии	Врожденн Пневмон	0,1	0	0,1	0,4	0,3	0,2
	ВУИ	0,8	1,2	1,2	1,1	1,3	1,3
	прочие	1,3	1,2	1,4	3,2	2,9	2,7
	%	9,6	12,3	13,4	11,9	12,8	13,8

Из таблицы №4 можно отметить, что за 2009- 2012 годы показатели младенческой смертности в ошской области с тенденцией к повышению- болезни органов дыхания на -0,1% и врожденные аномалии на- 3,8%; показатели инфекционных заболеваний на -0,2% и перинатальные причины на -5,6% снизились. Если смотреть по всей Республике, то здесь болезни органов дыхания снизились на 0,6%; перинатальные причины снизились на -1,0%, а инфекционные заболевания снизились на -1,3%; врожденные аномалии увеличились на -1,9%.

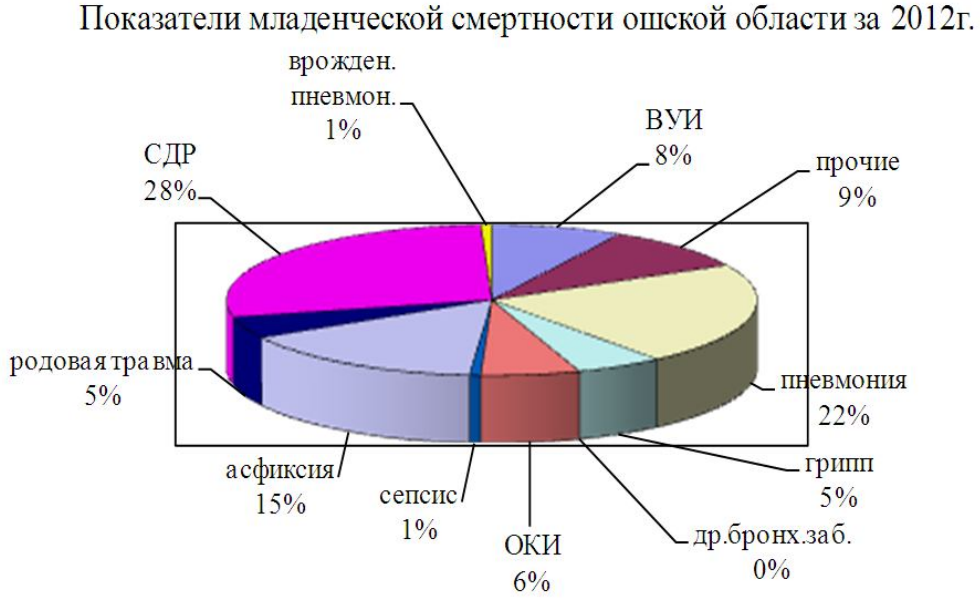


Рис.1

На рисунке 1 можно увидеть, наибольший процент младенческой смертности приходиться на синдром дыхательных расстройств(СДР) – 28%, пневмония занимает второе место - 22%, на третьем месте асфиксия - 15%,
на четвертом прочие заболевания - 9%, на пятом внутри утробные инфекции(ВУИ) - 8%, на шестом острые кишечные инфекции(ОКИ)-6%, на
седьмом месте родовые травмы и острые респираторные вирусные заболевания(ОРВИ) по - 5%.

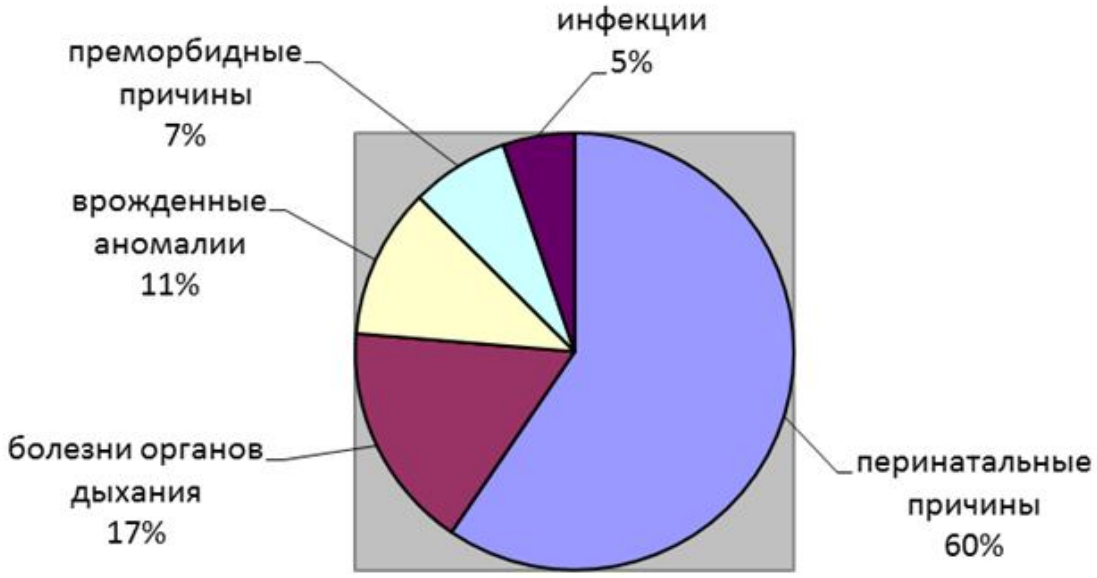


Рис.2. Структура причин перинатальной смертности в Кыргызской Республике 2010г.

На рисунке 2 можно увидеть, что на первое место выступает перинатальные причины- 60%(асфиксия, родовые травмы, СДР). На втором месте болезни органов дыхания -17%. На третьем месте врожденные аномалии -11%. На четвертом месте преморбидные причины -7%. На пятом месте инфекции -5%.

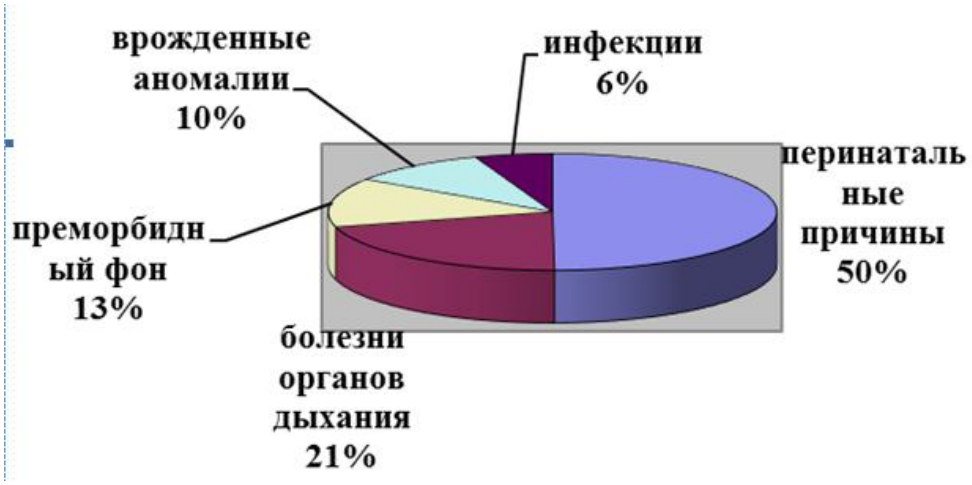


Рис.3. Структура причин перинатальной смертности в Ошской области 2010г.

Из рисунка 3, на первом месте выступают перинатальные причины-49%, на втором месте болезни органов дыхания -21%, на третьем месте преморбидные причины -14%, на четвертом месте врожденные аномалии- 10%, на пятом месте инфекции -6%.[4]

Нами выявлены тенденции изменения показателей младенческой смертности за счет инфекционных заболеваний, роста смертности от перинатальных и врожденных пороков развития.

Выводы:

Для планомерного снижения заболеваний и смертности в ошской области необходимо:

1. Раннее выявление экстрагенитальных заболеваний женщин или осложнений течения беременности.
2. Улучшить качество работы медицинской помощи в женских консультациях.
3. Улучшить качество лечения внутриутробных инфекций плода.
4. Улучшение организации неонатального ухода.
5. Эффективный перинатальный и антенатальный уход.

Литература:

1. Статистические данные по младенческой смертности детей Республиканского медико-информационного центра.
2. Савельева Г.М., Сичиков Л.Г., Панина О.Б. Международная научно-практическая конференция. «Пути снижения перинатальной заболеваемости и смертности. Здоровье будущего поколения» Акушерство и гинекология. 2003г. №6.
3. ОшМУ жарчысы №1. 2012.
4. Статистические данные по младенческой смертности детей Ошского областного информационного центра.

УДК:612.63.02;616-053.2-314.422.26

Шерматова У. Б. Родильный стационар
ОМКБ г. Ош, ОшГУ

Сравнительный анализ основных показателей неонатальной службы родильного стационара ошской межобластной клинической больницы за 2002-2012 годы и их динамика

Бул илимий иш, Ош облустар аралык клиникалык ооруканасынын төрөт стационарынын негизги неонаталдык көрсөткүчтөрүнүн салыштырмалуу анализин жана анын (2002-2012 жж.)11 жылдагы салыштырмалуу өзгөрүүсүн чагылдырган. Анын негизинде төмөндөгүдөй жыйынтыктар келип чыкты: бул төрөт үйдө 11 жылда - 43301 наристе жарык көрүп, төрөттүн көрсөткүчтөрүнүн өсүүсү (5114) 2012 жылы байкалган. Мерт төрөлгөн балдардын жогорку көрсөткүчү 2006-жылы, 27,3‰ ди түзүп, ал эми анын эң төмөнкү көрсөткүчү 2002жылы (9,7‰) байкалган. Ошондой эле анын көрсөткүчтөрү акыркы (2007-2012жж.) 6 жыл ичинде төмөндөгөн. Наристелердин эрте неонаталдык өлүмүнүн эң жогорку көрсөткүчү 2009 жылы-37,5‰ ди түзүп, ал эми анын төмөндөшү 2002 жылы байкалган. Наристелердин перинаталдык өлүмүнүн өсүүсү да 2009-жылы байкалып, анын төмөндөшү 2002 жылга туура келет. Кийинки мезгилдерде ал акырындап олтуруп төмөндөгөну менен, бугунку күндө наристелердин перинаталдык өлүмү кыйлага бийик (2012ж.-57,2‰). Ал эми наристе балдардын ооруларынын эң бийик көрсөткүчү-2006 жылы такталса, ал акырындап түшүп олтуруп, бүгүнкү күндө өтө ылдыйкы көрсөткүчкө түшүп калган (2012ж.-186,2‰), ал көрүнүш төрөттүн өсүшү менен түшүндүрүлөт.

В работе представлены результаты основных показателей неонатальной службы родильного стационара Ошской межобластной клинической больницы (РС ОМКБ) г. Ош в динамике одиннадцати летнего периода, в результате которого установлено, что всего за 2002-2012 годы в РС ОМКБ родилось - 43301 детей, рост рождаемости наблюдалось в 2012 году (5114). Рост мертворождаемости наблюдалось в 2006 году, составив 27,3 ‰, а его снижение в 2002 году - 9,7‰, за последние 6 лет (2007-2012 гг.) отмечается тенденция их снижения. Рост ранней неонатальной смертности отмечалось в 2009 году - 37,5‰, а снижения в 2002 году. В перинатальной смертности отмечалось наиболее высокий рост в 2009 году (62,6‰), а также их снижение приходится к 2002 г. (25,6‰). На сегодняшний день она остается довольно высокой (2012 году 57,2‰). А рост заболеваемости отмечено в 2006 году, составив - 585,6. В динамике заболеваемости отмечается тенденция его спада. Особенно наименьшая заболеваемость зафиксирована в 2012 году (186,2‰).

In work results of the main indicators of neonatal service of a maternity hospital of RICH Osh in the loudspeaker of eleven summer periods as a result of which it is established are presented that all for 2002-2012 in MH RICH was born - 43301 children, growth of birth rate was observed in 2012 (5114). Growth of a death born it was observed in 2006, having made 27,3 ‰, and its decrease in 2002 - 9,7 ‰, for the last 6 years (2007-2012) the tendency of their decrease is noted. Growth of early neonatal mortality it was noted in 2009 - 37,5 ‰, and decrease in 2002. In perinatal mortality it was noted the highest growth in 2009 (62,6 ‰), and also their decrease is necessary to 2002-2003yy. Today it remains quite high (2012 of 57,2 ‰). And growth of incidence it is noted in 2006, having made - 585,6. In incidence the tendency of its recession is noted. Especially the smallest incidence is fixed in 2012 that makes 186,2 ‰

Охрана здоровья матери и ребенка всегда была и остается основным приоритетным направлением здравоохранения Кыргызской Республики (КР). Всем известно что, без здоровой матери невозможно иметь здорового ребенка, поэтому охранять здоровье матери и ребенка означает - иметь здоровое потомство и здоровую нацию. В нашей стране как в любой другой, основным потенциалом страны являются – дети. Наряду с высокой рождаемостью (36,9‰ – в 1960г., 29,6‰ – 1980г., 26,8‰-2010г.) наша страна отличается высокой младенческой смертностью (45,4‰-1970г., 29,7‰-1990г., 27,2‰-1995г., 29,0‰-2005г., 23,4‰-2010г.) [1]. По этому направлению в стране внедрены национальные программы и проекты такие как «Укрепление здоровья народов Кыргызстана на 2009-2011гг.» и «Национальная стратегия по охране репродуктивного здоровья населения Кыргызстана» и др. [2]. На основании

вышеизложенных данных и с целью улучшения работы перинатальной службы южного региона КР была проведена данная работа.

Цель: Провести сравнительный анализ основных показателей перинатальной службы РС ОМКБ г. Ош за 2002-2012годы и изучить их динамику.

Материалы и методы. В работе представлен ретроспективный анализ статистических данных основных неонатальных показателей РС ОМКБ за период 2002-2012 гг. - мертворождаемость, заболеваемость, ранняя неонатальная и перинатальная смертность. А так же проведен их сравнительный анализ. В РС ОМКБ г. Ош всего за 2002-2012 годы родилось - 43301 детей, наиболее высокая рождаемость было отмечена в 2012 году (5104 детей за год).

Таблица №1

Коэффициент мертворождаемости РС ОМКБ за 2002-2012гг.

Годы / Пок-и	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Общая рожд.	3395	3279	3203	3973	4196	4623	4749	4276	3953	3391	5237
Род-сь мертв.	33	39	78	97	84	126	114	104	95	69	133
Коэф мертв.	9,7	11,9	24,4	20,0	27,3	24,0	24,3	20,0	20,3	20,4	20,5

Как видно из таблицы №1 рост рождаемости наблюдается в 2012году (5104). Наивысший показатель коэффициента мертворождаемости отмечен в 2006 году и составил 27,3 ‰, а наименьший в 2002 году- 9,7‰. Рост мертворождаемости с 2004 года объясняется переходом на новые показатели живорожденности, по рекомендации ВОЗ. от 19.12. 2003 года. В других случаях диапазон колебания коэффициента мертворождаемости наблюдается от 20,0 до 24,4‰. А также отмечается тенденция их снижения, особенно за последние 6 лет (с 2007 по 2012гг.), что подтверждает улучшение работы перинатальной службы РС ОМКБ. В 2006 году по рекомендации ВОЗ в РС ОМКБ внедрены основы «Эффективной перинатальной помощи и ухода» (ЭПУ), возможно это тенденция связана именно с этим.

Таблица №2

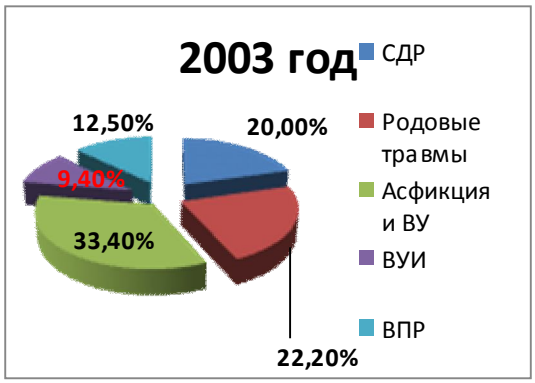
Коэффициент ранней неонатальной смертности (НС) РС ОМКБ за 2002-2012гг.

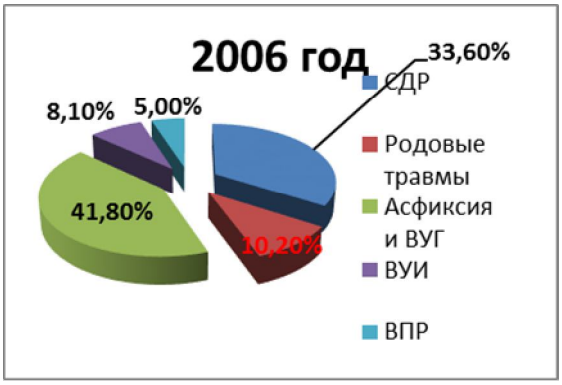
г. / Показ-и	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Роди-сь живыми	3360	3240	3125	3876	4112	4449	4635	4135	3858	3322	5104
Умерли 0-6 с.	53	63	76	88	95	134	111	155	112	98	159
Коэф-т НС	15,7	19,4	24,2	22,7	23,1	29,8	24,0	37,5	29,0	29,5	31,2

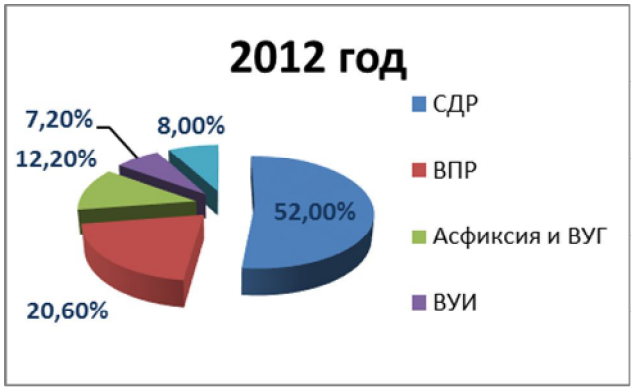
В таблице № 2, представлены показатели ранней неонатальной смертности (РНС). Наибольший рост РНС отмечается в 2009 году, составив 37,5 случаев на 1000 живорожденных, а наименьший также приходится к 2002 году. В динамике также отмечается их снижение.

В сравнительном анализе структуры «Неонатальной смертности» (рисунок №1) в 2003 г. (33,3%) и в 2006 г. (41,8%) - «Асфиксия и ВУГ» занимают I место, а в 2012 году составив- 12,0%, он опускаются на III место. На II месте в 2003 году стоит ВПР (22,2%), который 2006 году снижается (5,0%), а в 2012г. он обратно растет, занимая II место, составив 20,8%. А что касается СДР, то он имеет тенденцию к росту (2003 г.-20,0%, 2006 г.-33,3%, а в 2012 г.-52,0%).

Рисунок №1







Показатели перинатальной смертности (ПС) представлены в следующей таблице №3. В 2009 году отмечается его рост, составив 62,6‰, а наименьший показатель также приходится к 2002 году. Можно предположить, что это связано с переходом на новые показатели живорожденности. Но, несмотря на снижение перинатальной смертности родильного стационара, который составил в 2010 г. (53,6‰) и в 2011г. (50,3‰), на сегодняшний день его показатели остаются довольно высокими (2012 год- 57,2‰), что желает быть лучше.

Таблица №3

Коэффициент перинатальной смертности (ПС) РС ОМКБ за 2002-2012гг.

Года / Показ-	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Родил. жив-и	3360	3240	3125	3876	4112	4497	4635	4135	3858	3322	5104
Умер. 0-6 сут.	53	63	76	88	95	134	111	155	112	98	159
Родил. мертв.	33	39	78	97	84	126	114	104	95	69	133
Коэф. ПС	25,6	31,5	49,3	49,0	46,2	57,8	54,4	62,6	53,6	50,3	57,2

В заболеваемости новорожденных детей родившихся в РС ОМКБ наблюдается тенденция его роста в 2006 году, что составляет 585,6‰, а тенденция спада заболеваемости отмечено в 2012 году, составив 186,2‰.

Таблица №4

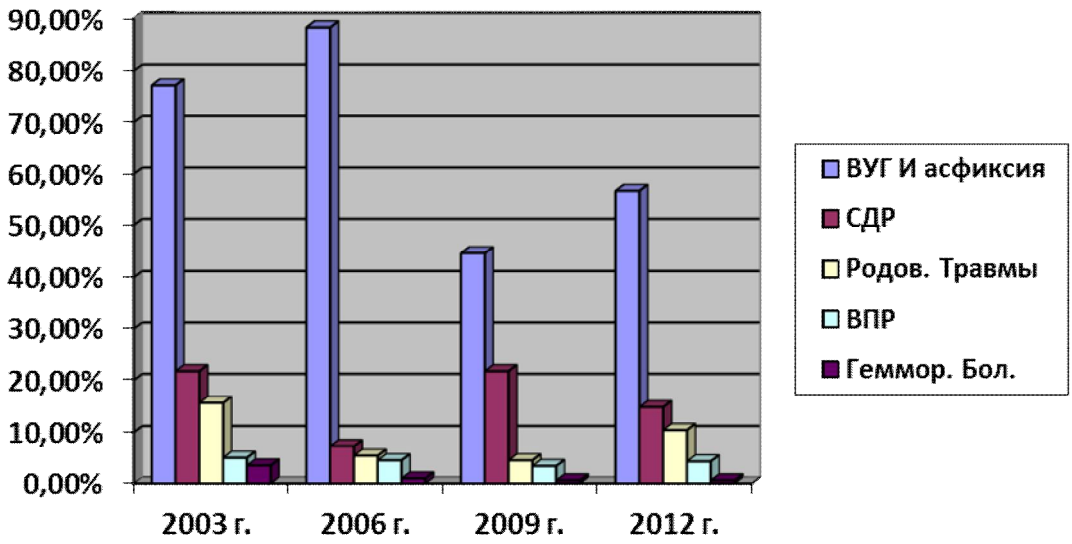
Коэффициент заболеваемости РС ОМКБ за 2002-2012гг.

г. / Пок.	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Род. жив.	3360	3240	3125	3876	4112	4449	4635	4135	3858	3322	5104

Заб.	1032	1420	1534	1675	2479	2508	1369	1242	998	898	1006
Коэф заб.‰	307	438	491	432,1	585,6	563,7	295,3	300,3	258,6	270,3	186,2

В сравнительном анализе нозологической структуры заболеваемости (Рисунок №2) в 2003 году I место занимают - Асфиксия и ВУГ (2003 г.-33,3%, 2006 г.-41,8%), за последние годы (2009 г.-46,6%, 2012 г.-40,2%) отмечается тенденция их спада. II место занимают – родовые травмы (22,2%), с годами его показатели снижаются (2006 г.-10,2%, 2012 г.-8%). В 2003 году III место отводится к СДР (20,0%), в динамике он наоборот имеет тенденцию к росту, составив в 2006 г.-33,3% и 2012 г.-56,0% переходит на первое место. На IV месте ВПР (2003 г.-12,9%, 2006 г.-5%,) но в 2012 году составив-20,8% переходит на II место, то есть в динамике он растет.

Рисунок№2



Выводы:

1. Наивысшие показатели коэффициента мертворождаемости наблюдалось в 2006 году, составив 27,3 ‰, а его наиболее низкие показатели в 2002 году - 9,7‰. Также за последние 6 лет (2007-2012 гг.) отмечается тенденция их снижения.
2. Наибольший рост ранней неонатальной смертности отмечалось в 2009 году- 37,5 случаев на 1000 детей, а также наблюдается тенденция их снижения в 2002 году, что связано с переходом на новые показатели живорожденности.
3. В сравнительном анализе структуры «Неонатальной смертности» в 2003 г. (33,3%) и в 2006 г. (41,8%) - «Асфиксия и ВУГ» занимают I место, а в динамике он снижается. На II месте в 2003 году стоит ВПР (22,2%), который в динамике снижается, а в 2012г. он обратно растет (20,8%). А что касается СДР, то он имеет тенденцию к росту (2003 г.-20,0%, 2006 г.-33,3%, а в 2012 г.-52,0%).
4. В перинатальной смертности отмечалось наиболее высокий рост в 2009 году(62,6‰), а их снижение приходится к 2002 г.(25,6‰) Несмотря на снижение перинатальной смертности за 2010 (53,6‰) и 2011 (50,3‰) годы, на сегодняшний день она остается довольно высокой (в 2012 году 57,2‰).
5. Рост заболеваемости отмечено в 2006 году, составив 585,6. В заболеваемости отмечается тенденция его спада, особенно наименьшая заболеваемость, фиксирована в 2012 году, что составляет 186,2‰.
6. В сравнительном анализе заболеваемости I место занимают - Асфиксия и ВУГ (2003 г.-33,3%, 2006 г.-41,8%), за последние годы (2009 г.- 46,6%, 2012 г.-40,2%) отмечается тенденция их спада. II место занимают – родовые травмы (22,2%), с годами его показатели снижаются (2006 г.-10,2%, 2012 г.-8%). В 2003 г. III место

отводится к СДР (20,0%), но он наоборот имеет тенденцию к росту, составив в 2006 г.-33,3% и 2012 г.-56,0%. На IV месте ВПР (2003 г.-12,9%, 2006 г.-5%,) но в 2012 году составив-20,8% переходит на II место, то есть в динамике растет.

Литература:

1. Кудаяров Д. К. Охрана материнства и детства в республике и вклад объединения (ассоциации) врачей педиатров Кыргызстана // Здоровье матери и ребенка: периодический научно-практический журнал. Материалы конференции, посвященной 50-летию Национального центра охраны материнства и детства .г. Бишкек, 2011г. Том 3 №1.стр.13.
2. Мамбетов К. Б., Фаворов М. О. и др. Основные понятия. Инструкция по внедрению критериев живорождения и мертворождения, рекомендованных ВОЗ для КР. Бишкек 2004г. стр-9.

Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М.,
Сатыбалдиев З.С., ОшГУ

Оптимизация хирургического лечения сочетанных заболеваний аноректальной области

Целью данной работы стало изучение результатов хирургического лечения сочетанных заболеваний аноректальной области, в частности взаимосвязь геморроя с парапроктитом. По литературным данным геморрой предшествует образованию острого парапроктита в среднем 30,7% случаях. По данным других авторов геморрой в сочетании с параректальными свищами встречается от 12 до 36,9%, с анальной трещиной от 25 до 57% случаях, а по нашим данным сочетание острого парапроктита встречались в 26,8% случаях, а при парректальном свище 66,6% случаях.

The aim of present article is to study the interconnection of haemorrhoids with paraproctitis.On the literary data of haemorrhoids proceeds to formation of acute paraproctitis on average 30,7% cases. The statistics of other authors haemorrhoids with pararectal cyst is about 12 to 36.9% , and with anal fissure from 25 to 57 % , but by our data the present combination of these diseases met within 26,8% cases , and with pararectal cyst is 66.6 %.

По данным многих авторов, удельный вес больных с сочетанными заболеваниями аноректальной области составляет 20-30% и при этом отмечается тенденция к их росту [1,4]. Причем, 70-90% из них составляют лица трудоспособного возраста. Более того, мужчины заболевают в 2-3 раза чаще, чем женщины. Геморрой – одно из распространенных заболеваний дистального отдела прямой кишки. Им страдают более 10% взрослого населения, причем чаще лица молодого и среднего возраста, то есть наиболее трудоспособное население [4,12, 21]. По данным ряда зарубежных авторов, геморрой в структуре болезней прямой и ободочной кишки у взрослого населения занимает первое место [6, 12]. Удельный вес его среди болезней прямой кишки составляет около 40% [18].

А.М.Аминев (1973), суммировав данные 15 авторов, у 4278 больных парапроктитом, установил, что геморрой предшествовал образованию парапроктита у 1255 (29,3%). Так, А.Н.Рыжих наблюдал геморрой у 30,7% больных парапроктитом. По данным других авторов геморрой в сочетании с парректальными свищами встречается от 15 до 36,9%, с анальной трещиной от 25 до 57% случаях [2,3,4, 6,10,12,21].

Ряд авторов [20,31] указывают, что причиной образования парапроктита является геморрой, рассматривая изъязвления тромбированного геморроидального узла как входными воротами для инфицирования и последующего воспаления глубоколежащих крипт. Выяснение причин заболевания привело к убеждению, что у

абсолютно большинства больных с острым парапроктитом, инфекция проникает со стороны просвета прямой кишки по линии крипт.

Другим, наиболее часто встречающимся заболеванием дистального отдела прямой кишки, является параректальный свищ. По данным ряда авторов [9,24,27] хронический парапроктит занимает 4 место среди заболеваний прямой и ободочной кишки. Удельный вес ее среди прочих заболеваний толстой кишки по обращаемости составляет 10 – 14% [2,7,11]. Хронический парапроктит является следствием острого парапроктита и характеризуется наличием внутреннего отверстия свищевого хода в прямой кишке и наружного свищевого отверстия в перианальной коже. Наличие сообщения параректального абсцесса с просветом прямой кишки позволяет рассматривать острый парапроктит и параректальный свищ как две стадии одного заболевания. 96% больных хроническим парапроктитом начало заболевания связывают с перенесенным острым парапроктитом [20,22,23,25].

А вопросы хирургического лечения геморроя в сочетании с хроническим параректальным свищом или острым парапроктитом и их ближайшие и отдаленные результаты, возможные осложнения и рецидивы болезни весьма актуальны в настоящее время [2,6,21,29,30].

Материалы и методы исследования.

На базе хирургического отделения №2 Ошской городской больницы с 2009года по 2012 год произведены 126 симультанных операций при сочетанных заболеваниях аноректальной области.

Из-них, в сочетании хронического параректального свища с хроническим геморроем 67 больным произведены симультанные операции. Из-них мужчины 48(71,6%), женщины 19(28,4%), возраст больных до 75% были до 40 лет, 17,3% были до 50 лет, 7,7% были старше 50 лет. Параректальные свищи были транссфинктерным ходом у 38(56,7%), экстрасфинктерным ходом у 26(38,8%)больных, у 3 (4,5%) больных внутренние отверстия свищевого хода не найдены. Эти больные после операции в стационаре находились среднем 13,0 койко-дней. Самое главное больные выписывались закрытой промежностной раной. У этих больных в ходе наблюдения от 6 месяцев до 3 лет, рецидивов болезни наблюдались у 1(1,5%) больной, а слабости анального жома 1-степени наблюдались у 6(9%) больных.

А 59 больным произведены одновременное радикальное вскрытие острого парапроктита с ликвидацией внутреннего отверстия гнойного хода и геморроидэктомия. Мужчин было 47(79,6%), женщин 12 (30%), из-них 43(72,9%) больные были в возрасте до 40 лет, 10(17%) больных до 50 лет, а 6(10,1%) больных до 60 лет. Подкожные формы парапроктита были у 29(49,2%) больных, у 22(37,2%) ишиоректальные формы, у 8(13,6%) ретроректальные формы. У 15 (25,4%) гнойный ход был экстрасфинктерным, у 41 (69,5%) транссфинктерным, у 3 (5,1%) больных гнойный ход не найден. Внутреннее отверстие гнойного хода в 37(62,7%) случаях располагались в заднем крипте, у 13(22%) в боковом крипте, у 9(15,3%) в переднем крипте.

Больные после операции на стационарном лечении находились среднем по 12,6 койко-дней. Больные после радикального вскрытия острого парапроктита с одновременной геморроидэктомией наблюдались от 6 месяцев до 3 лет, рецидивы и образования параректальных свищей наблюдались у 2(3,4%) больных. А больные с острым парапроктитом оперированные традиционным методом т.е. операция закончилась обычным вскрытием и дренированием гнойника, находились на стационарном лечении по 13,8 койко-дней. У этих больных послеоперационные рецидивы и образования параректальных свищей составляют 46,5%.

Выводы: При симультанных операциях:

1.Больной одновременно избавляется от двух взаимосвязанных заболеваний, самое главное от источника различных воспалительных заболеваний аноректальной области, это от геморроя.
2. Радикальное вскрытие острого парапроктита с ликвидацией внутреннего отверстия гнойного хода и геморроидэктомия значительно сокращает частоту перехода острого парапроктита в хроническую форму парапроктитов.

Литература:

1. Аврамов Ю.Ю. Сочетанные операции в одномоментной хирургии: Автореф. дис… канд. мед. наук., -М. 1984 – 18с.
2. Акопян Э.Б., Саакян А.Б., Геворкян Г.М. Улучшение результатов лечения больных геморроем, анальными трещинами, острыми и хроническими парапроктитами //Сб. Проблемы колопроктологии –М., 1998. –Вып. 16. –с. 13-15
3. Акопян Э.Б., Говоркян Г.М., Курбанян А.Л. Усовершенствование методов лечения геморроя, анальных трещин и свищей прямой кишки // Сб.Проблемы реабилитации проктологических больных – Минск, 1998.- С. 6-7
4. Аминев А.М. Лекции по проктологии, - Медицина. Москва, 1969.
5. Андреев Ю.В., Богданец А.А., Бобков В.Л., Морозов О.Д. Симультанные операции как метод интенсификации лечения плановых и экстренных хирургических больных // Актуальные вопросы неотложной хирургии. Тез.докл. научно-практической конф. Хирургов Карелии. 28-30 мая, 1997. С.-Петербург, 1997.- С. 39-40.
6. Астапенко В.Г. Лечение осложненного геморроя // Материалы Всерос. Съезда хирургов.- Уфа, 1976. –С.81.
7. Бородинец А.Л. Причины и профилактика хронического парапроктита/. А.Л.Бородинец, Т.Г. Забелло, В.П. Агеев // 1-Белорусский междунар. Конгресс хирургов. – Витебск, 1996. –С. 156-157.
8. Галимов О.В., Нуртдинов М.А. Дмитриев Д.М. Современные аспекты лечения сочетанных заболеваний //Актуальные вопросы современной хирургии.-Москва, 2000.-С.92-93.
9. Гришин И.Н. Способ хирургического лечения сложных параректальных свищей/ И.Н.Гришин, В.И.Есин, Р.Ф.Силищев // Актуальные вопросы хирургии: тезисы докладов, посв. 90-летию со дня рождения проф. Богатова А.И. – Астрахань, 1998. –С. 205 – 207.
10. Дедков И.П., Зыбина М.А., Кононенко Н.Г.Опыт применения комбинированных оперативных вмешательств при раке прямой кишки //Клиническая хирургия-1976.-№2.-С.43-46.
11. Захарченко А., Пац А., Соляников С. Лечение параректальных свищей. //Актуальные вопросы колопроктологии. –Новгород, 1995. – С. 254.
12. Канделис.Б.Л. Неотложная проктология Медицина. Москва,1980.
13. Коплатадзе А.М., Ким С.Д., Болквадзе Э.Э. и др. Тактика и методы радикального хирургического лечения острого рецидивирующего парапроктита.//Мат. Труд. Всеросс. Науч. Конф. Колопроктологов – Волгоград -1997. с67.
14. Лаврешин П.М., Муравьев А.В., Гулиев А.Р. и др. Диагностика и лечение острого и хронического парапроктита.// Сб. науч. тр.-Ставрополь-1998-с330-332.
15. Поташов Л.В., Седов В.М. Сочетанные оперативные вмешательства //Хирургия. – 1979. -№8. – С. 61-65.
16. Магдиев Т.Ш., Северенко Н.В. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии //Хирургия.-1999.-№6.-С. 54-55
17. Маховсий В.З., Ованесов Б.Т., Мадагов Л.А. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии //Хирургия .-2002.-№7.-С.41-46
18. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. – М.: Медицина, 1976.

19. Седлецкий Ю.И., Ганцев Ш.Х., Признаков Э.Н. Отдаленные результаты сочетанных операций и их эеономическая эффективность //Вестник хирургии - 1991.-№4.-С.235-137
20. Тимербулатов В.М. Оптимизация методов диагностики, комплексного лечения и медицинской реабилитации больных острым парапроктитом: Афтореф. Дис… д-ра мед. Наук. – М., 1989. – 24 С.
21. Торопов Ю.Д., Згурский В.Г. Хирургическое лечение геморроя // Клин. хирургия. - 1991. -№2.- С. 29-30
22. Тян Л.В., Туребаев Т.К., Осипов Д.П. Лечение хронического парапроктита в сочетании с хроническим геморроем при помощи ультразвукового скальпеля // Колопроктология, №3 (37) приложение, с. 53. Материалы III Всероссийского съезда колопроктологов 12-14 октября 2011г. Г. Белгород
23. Федоров В.Д. Среднетяжелые и тяжелые одномоментные сочетанные операции //Хирургия-1993.-№3.-С. 3-7
24. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. Медицина. Москва, 1984.
25. Шин И.П., Павленко В.В., Птахин А.В., Гзогян А.А. Симультанные операции при заболеваниях аноректальной области // Колопроктология, №3 (37) приложение, с. 59. Материалы III Всероссийского съезда колопроктологов 12-14 октября 2011г. Г. Белгород
26. Хамошин А.В., Гаврина С.А., Томаева С.С. Симультанные операции в колопроктологии // Материалы научно-практ. Конф. – Минск, 2003. С. 181 – 182.
27. Ходаков В.В., Кузмин С.Н., Лыско В.П. Опыт хирургического лечения острого парапроктита // Материалы конф. Врачей проктологов. – 1995. – С. 302 – 30.
28. Ходаков В.В., Копылов Ф.Н., Ранцев Т.А. Плановые сочетанные операции при заболеваниях органов желудочно –кишечного тракта //Вестник хирургии.-1993.-№5.-С.24-30
29. Armstrong D.N/, Frankum C., Schertzer M.E. Harmonic scalpel htmorrhoidectomy: five hundred consecutive cases // Dis Colon Rectum.- 2002. – Vol. 45.-N 3. – P/ 354-359.
30. Hofmeister A., Mappes H.J. Sclerosing coagulating, Ligating… Managing Hemorrhoids. // MMW Fortschr Med. – 2001. –Vol. 143. –N3. –P. 26-29.

Райымбеков О.Р., Сатыбалдиев З.С.,
Шукуров С.Н., ОшГУ

Эффективность «Х» образного шва в аноректальной хирургии

В статье описана техника наложения и положительные стороны «Х» – образного шва в проктологии на опыте работы проктологического отделения Ошской городской больницы с 1997 года.

This article is about the technique of using «X» form of suture in proctology, in the proctological department of Osh city hospital since 1997. It is about positive aspects of «X» form suture.

Все хирургические операции, выполняемые в настоящее время, несмотря на их разнообразие, в основе своей имеют два главных момента: разъединение тканей и последующее их соединение. При соединении тканей большинство хирургов пользуются наложением швов и лигатур из нитей с фиксацией их узлами. Нити, соединенные узлом, удерживают тканей в сближенном состоянии. Некоторые послеоперационные осложнения, причинами которых часто связаны с развязыванием узлов и распусканием швов. До сращения тканей соприкосновение краев раны зависит исключительно от швов, надо считать, что правильно завязывание узлов, как при швах,

так и при лигатурах сосудов, играет громадную роль в деле избежание целого ряда послеоперационных осложнений [1,2, 3, 4,5,6].

При операциях в аноректальной области наложение швов в сравнении с открытым методам лечения имеет рад преимуществ: рана быстро заживает, формируются линейные послеоперационные рубцы в анальном канале, это предопределяет дальнейшую функцию анального жома. Один из грозных послеоперационных осложнений геморроидэктомии это кровотечение из культи сосудистой ножки, которое связано от вида наложенного шва.

Цель: Уменьшить послеоперационных осложнений операций аноректальной области. Оценить результаты клинического применения «Х» образного шва в колопроктологии.

Методы: «Х» - образный шов разработан и внедрен в практику на базе проктологического отделения Ошской городской больницы (уд. рац. предл. № 685 , КГМА,от 09.12.1996г.), которого выполняют следующим образом (рис 1).

Вкол иглой производиться на стороне, отходя от края раны на 0,5 см, при этом игла направляется на противоположную сторону косо под углом 45*. Выкол с противоположной стороны отходя на 0,5 см от края раны. Симметрично к выколу с противоположной стороны делается вкол и игла направляется в противоположную сторону опять же косо под углом 45* и производиться выкол отходя от края раны на 0,5 см. При этом в глубине раны нити перекрещиваются повторяя букву «Х». Узел завязывается и таким образом одномоментно образуется 2 стежка.

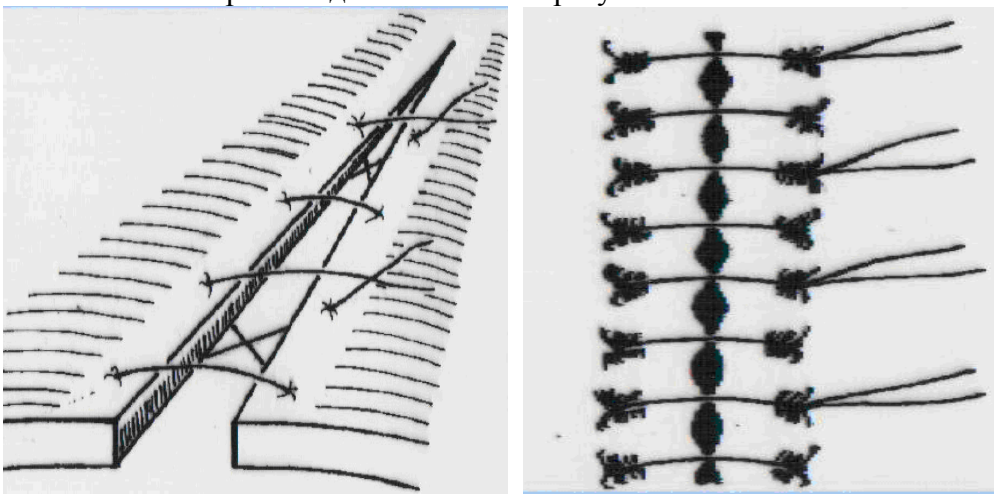


Рис.1 «Х» образный шов.

Результаты:

С 1997 года в проктологическом отделении Ошской городской больницы при проведении операций геморроидэктомиии, рассечении параректальных свищей , вскрытии острого парапроктита и иссечении анальной трещины раны анального канала и промежности ушивается «Х» образными швами. В результате чего получили хорошие результаты, послеоперационные кровотечения не наблюдались, рецидивы параректальных свищей и острого парапроктита и послеоперационные слабости функции анального жома резко снизились.

С 2008 по 2012 год в отделении проведена 436 операций геморроидэктомии по методу Миллигана-Моргану во 2-й модификации НИИ проктологии России с восстановлением ран слизистой оболочки анального канала«Х» образными швами. В послеоперационном периоде кровотечений не наблюдались.

В 126 случаях в сочетании геморроя с параректальным свищом произведена операция геморроидэктомия с иссечением транс или экстрасфинктерно расположенных параректальных свищей в просвет прямой кишки с ушиванием дна раны вместе рассеченной части волокон анального жома с «Х» образными швами

викрилом, промежностная рана оставлена открытой. Послеоперационном периоде кровотечение из ран не наблюдались, Образования параректальных свищей и развитие слабости функции анального жома снизились.

Выводы: Положительные стороны «Х» образного шва:

- Создает требуемую герметичность ран и -«пилящие» свойства шва минимизированы, одномоментно образуется 2 стежка, это экономит расход шовного материала.
- во время операции и в послеоперационном периоде гемостатическая возможность шва хорошо выражена

Литература:

1. Адамян Л.В., Белоглазова С. Е. Современный шовный материал в оперативной гинекологии // Акуш. и гин. – 1990. –№ 10. – С. 70– 73.
2. Егиев В.Н. Шовный материал: Лекция // Хирургия. – 1998. – № 3.– С. 33-38.
3. Закрытие хирургических ран.- М.: Этикон; Джонсон и Джонсон, 1997.
4. Кузин М. И., Адамян А. А., Винокурова Т. И. Хирургические рассасывающиеся шовные материалы // Хирургия. – 1990. – № 9. – С. 152-157.
5. Слепцов И. В., Чернигов Р. А. Узлы в хирургии. – СПб: Салит- медкнига, 2000, – 175с.
6. Шалимов А. А., Фурманов Ю. А., Соломко А. В. Игла, нить, шов- технические основы хирургии // Клин, хир. – 1981. – № 10. – с. 61-67.

ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНЫЕ И ДРУГИЕ НАУКИ

УДК 547.917

Ажибаева З., ОшГУ
Турдумамбетов К., г. Бишкек ИЦФ НАН КР.

Частичное расщепление гликозидных связей глюкофруктанов из C. Fetissowii

Приведены результаты изучения частичного расщепления гликозидных связей однородных фракции глюкофруктанов, выделенных из C.Fetissowii. Данные о последовательности расположения моносахаридных остатков в глюкофруктанах Ф-4 получены с помощью частичного гидролиза.

C.Fetissowii осумдугунон болунуп алынган глюкофруктандардын бир тектуу фракцияларындагы гликозиддик байланыштардын ажыроосун изилдоонун жыйынтыктары берилди. Ф-4 тон алынган глюкофруктандардагы моносахариддердин жайгашуу ирээтуулугу жонундогу маалыматтар гидролиздин жардамында алынган.

The results of the study of partial cleavage of glycosidic bonds glyukofruktanov homogeneous fractions isolated from S.Fetissowii. Sequence data location monosaccharide in glyukofruktanah F-4 obtained by partial hydrolysis.

Продолжая исследования углеводов [1] из C. Fetissowii в этой работе мы изучаем частичное расщепление гликозидных связей однородных фракций (Ф-4) так, как Ф-4 является основной (по выходу) фракцией глюкофруктанов.

Данные о последовательности расположения моносахаридных остатков в глюкофруктанах, выделенных из C.Fetissowii, в частности, в Ф-4 получили с помощью частичного кислотного гидролиза.

В продуктах, частичного гидролиза Ф-4 бумажной хроматографией (Б.Х.) обнаружили после проявления анилинфтлатом фруктозу и четыре олигосахарида с различными соответствующими R_f (табл.6). Сумму олигосахаридов из Ф-4, препаративно разделяли на сефадексе G-50 и получили четыре индивидуальных олигосахарида (фруктозаны): ОС-1; ОС-2; ОС-3 и ОС-4. Строение этих олигосахаридов, устанавливали на основании данных полного кислотного гидролиза , их R_f, молекулярным массам, степени полимеризации и угла удельного вращения (табл.1)

Таблица 1

Характеристика олигосахаридов, полученных при частичном кислотном гидролизе ГФ. Ф-4

Показатели	$R_{f\,Fru}$	$R_{f\,Sac}$	М.м.	СП	$(\alpha)_D^{22}$ град	Моносахаридный состав
ОС-1	0,03	0,04	2510	14	-46,0	Fru, Glc.
ОС-2	0,12	0,16	1240	7	-41,5	Fru, Glc.
ОС-3	0,65	0,9	504	3	-27,5	Fru, Glc.
ОС-4	0,8	1,08	343	2	-39	Fru.

Как известно, глюкофруктаны легко и хорошо гидролизуются кислотами. Олигосахарид ОС-1 гидролизовали 0,5%-ной соляной кислотой в течение 45 минут на водяной бане при 90°С. Кислый раствор после гидролиза нейтрализовали $CaCO_3$ до pH =6,5 и при помощи тонкослойной хроматографии в системе н.бутанол- пиридин – вода (6:4:3) обнаружили фруктозу и глюкозу. По методу [2] определяли содержание фруктозы и глюкозы, которое состоит из 94% - фруктозы и 6% глюкозы.

Молекулярная масса определенная по методу [3-4] составила 2510, в сравнении с истинными декстранами. Угол удельного вращения определенный на поляриметре составил -46.

Периодатное окисление [5] ОС-1 проводили при комнатной температуре в темноте 0,05 М раствором $NaIO_4$ в течении 110 часов, далее содержание ангидрогексозного звена не изменялось, было постоянным и составляло 0,91 моль. В продуктах распада по Смиту БХ обнаружили в преобладающем количестве глицерин, что может свидетельствовать о присутствии как β-(2→1) связи типа инулина, так β-(2→6) типа левана, связанных фруктофуранозными остатками. По данным ГЖХ соотношение связей 1,5:1 соответственно. В ИК – спектре имеются полосы поглощения при 820 $см^{-1}$, соответствующие колебанию пиранозного кольца, 860 $см^{-1}$- гликозидным связям и 945 $см^{-1}$ – колебаниям фуранозного кольца, характерные для олигасахаридов типа инулина (глюкофруктана) и левана.

По данным кислотного гидролиза, отрицательного угла удельного вращения, по содержанию фруктозы, периодатного окисления и ИК – спектроскопии можно сделать вывод, что ОС-1 является олигосахаридом (фруктозаном), состоящим из фруктофуранозных остатков типа инулина β-(2→1) и типа левана β-(2→6) связанных гликозидными связями и восстанавливающим в конце глюкозным остатком.

Следовательно, возможная структура олигосахарида следующая:

β-D- Fruf-2→[6- β-D- Fruf-2]$_4$→[1- β-D- Fruf-2-]$_8$→ 1-α-D-Glcp

Олигосахарид (ОС-2). В продуктах кислотного гидролиза содержание фруктозы -85,5% и глюкозы -14,5%. Из анализа ЯМР -^{13}С – спектров [6] следует, что в этом олигосахариде содержатся только фруктофуранозные остатки и они между собой соединены β [2→1]- связью (табл.2)

Таблица 2.

Химические сдвиги атомов углерода в ^{13}С – ЯМР спектроскопии ОС-2 и инулина

Остатки	С-1	С-2	С-3	С-4	С-5	С-6
2→1связанных звеньев фруктофуранозы:						
ОС-2	62,2	104,2	77,87	75,29	82,4	63,38
Инулин	62,2	104,2	77,9	75,3	82,35	63,4
α-D- глюкопиранозы						
ОС-2	93,45	72,2	73,76	70,45	72,65	60,0
Инулин	93,5	72,3	73,8	70,5	72,6	60,0

Как видно из таблицы 2, сопоставлением данных – ЯМР -^{13}С- ОС-2 и инулина они почти идентичны т.е. все химические сдвиги атомов углерода характерны для β [2→1] связанных фруктофуранозных остатков.

Таким образом, ОС-2 имеет следующую структуру:

β-D- Fruf-2→[-1- β-D- Fruf-2]$_5$ →1- α-D-Glcp.

Олигосахарид (ОС-3). При полном кислотном гидролизе обнаружили содержание фруктозы -66,8% и 33,2 % глюкозы, при сравнении с истинным образцом 1^F- кестозы и сахарозы идентифицированный сахар оказался 1^F- кестозой и имел угол удельного вращения $[\alpha]^{22}_D$ +27,3 (0,5, H_2O).

ОС-3 был метилирован [7], как известно, метилированный продукт плохо растворяется в воде, поэтому сначала проводили формолиз муравьиной кислотой в течении одного часа при 100°С с последующим гидролизом 0,5 н HCl. Мономерный состав перметилата анализировали ТСХ на сулифоле.

В результате, получили при сравнении с истинными образцами следующие преметилаты: 2,3,4,6- тетра –О- метил- D- глюкозу, 1,3,4,6 – тетра- О- метил-D-фруктозу и 3,4,6 – три – О- метил - D-фруктозу. Следовательно, ОС-3 является 1^F- β-D-

фруктофуранозил сахарозой (1^F- кестозой). Исходя из выше изложенного, ОС-3 имеет следующую структуру:
β-D- Fruf-2→1- β-D- Fruf→1- α-D-Glcp.

Олигосахарид (ОС-4). В продуктах полного кислотного гидролиза 0,5% HCl с последующей нейтрализацизией на БХ обнаружена только фруктоза. Двухкратным метилированием по методу Хакомори, после формолиза и кислотного гидролиза получили следуюшие перметилаты: 1,3,4,6 – тетра- О- метил-D-фруктозу и 1,2,3,4 – тетра- О- метил-D-фруктозу. Из выше приведенных данных следует, что ОС-4 является β-D- фруктофуранозил -(2→6)- β-D- фруктофуранозой, т.е. леванбиозой.

Таким образом, при частичном гидролизе выделенные олигосахариды, имеющие смещанную 2→1 и 2→6 β связь (ОС-1), только 2→1 β связь (ОС-2), 1^F- кестоза (ОС-3) и дисахариды –леванбиоза (ОС-4) подтверждают что исходный глюкофруктан Ф-4, состоит как из 2→1 β, так и 2→6 β связанных фруктофуранозильных остатков. Образование высокомолекулярного олигосахарида (ОС-2) говорит о том что 2→1 β связь обладает большей относительной чувствительностью по сравнению с 2→6 β связью между фруктофуранозильными остатками.

Литература.

1. Ажибаева З., Турдумамбетов К. Глюкофруктаны из корней Cousinia Fetissowii. Химический журнал Казахстана. Алматы, 2011. №1 (32), январь – март. 2011г. С. 154-160.
2. Ермаков А.И. Методы биохимического исследования растений. Л.:-1987.
3. Детерман Г. Гель- хроматография –М.: Мир,1970.
4. Dubeis M., Silles K.A.,Hommilton J. Colorimetric method for determination of sugare and related substances. J. Anal.chem. 1956, V.28, №3 P.350-356.
5. Lindber, Lonhgren Z.,Sveusson S. Degradation based upon neriagate oxidation. J Adv. Carbohyd Chem. and Biochem. J.Acad Press, 1975, V.31 P.200-211.
6. Шашков А.С., Чижов О.С. Спектроскопия ^{13}С- ЯМР в химии углеводов и родственных соединений. – Биоорганическая химия.,1976.,Т.2 №4.,С 437-497.
7. Hakomori S.A. Rapid nermethulation of glucolipid and polysacharides, catalyzed by methul sulfinul carbanion in dimethil sulfoxide. J. Biochem. - Tokyo. 1964, V.-55. P. 205-208.

УДК: 370.12

Айтиева Ш.Дж.
ОшГУ

Основные принципы компетентностного подхода в высшей медицинской школе

В статье обсуждаются принципы компетентностного подхода в высшем медицинском образовании; представлен анализ технологических принципов построения учебного процесса на основе компетенций. В частности, обсуждается система взаимоотношения кафедр медицинского вуза на основе ключевых компетенций.

Ключевые слова: компетенции, компетентностный подход, ключевые компетенции, высшее медицинское образование, компетенции врача, качество образования, образовательная программа, преемственность в образовании, развитие ключевых компетенций, моторные компетенции

В настоящее время мировой тенденцией в образовании в целом и в высшем медицинском образовании в частности стало освоение компетентностного подхода. Высшая медицинская школа также осваивает это направление .

При этом существуют различные понимания термина «компетенция». Сущность этого понятия как нельзя лучше раскрывается в его происхождении. В самом деле, слово с ompetence (англ.) является однокоренным по отношению к словам competition – конкуренция, соревнование, конкурс; competitor – конкурент, соперник. Если в советские времена существовал институт государственного распределения, и выпускник вуза мог не беспокоиться о своем профессиональном трудоустройстве, то теперь молодой специалист оказывается в конкурентной среде на рынке труда, и уже одно это заставляет его осваивать предметные области, в которых он к окончанию вуза должен быть компетентным. Следовательно, речь идет об обучении не как о пассивном наполнении знаниями, а как об их активном освоении.

Но, разумеется, особенности компетентностного подхода этим не исчерпываются. Компетентностный подход относится к традиционному «знаниевому» подходу, как динамика к статике. Знание того или иного факта статично по своей природе. Компетенция – это динамичное состояние, которое необходимо поддерживать непрерывно, чтобы не стать носителем устаревшей информации. От дефицитарной мотивации в освоении знаний («ликвидировать дефицит своих знаний в том или ином вопросе») студент переходит к бытийной мотивации – «узнать по своей будущей специальности как можно больше нового». Дефицитарный подход предполагает, что усвоение новых знаний – процесс конечный по определению: когда дефицит ликвидирован, мотивация себя исчерпывает. Бытийная мотивация исчерпать себя не может, поскольку процесс познания бесконечен. Это особенно актуально теперь, когда знания стали стремительно устаревать.

От теоретических изысканий в отношении компетенций в настоящее время пора переходить к практическому внедрению компетентностного подхода в высшем медицинском образовании. Здесь концептуальные споры должны уступить место разработке конкретных технологических приемов.

Основным документом в современном вузовском образовании является образовательная (рабочая) программа. Она, в частности, отражает в краткой и сжатой форме структурированное содержание курса, в нее включаются цели курса, в ней описываются формы учебной деятельности, а также приводятся контролирующие материалы, позволяющие оценить достижение заявленных целей.. Роль рабочих программ существенно выросла в последние годы в связи с тем, что вуз выступает не просто как учебное заведение, но и как производитель и продавец образовательной услуги. Покупатель этой услуги вправе знать, что именно он приобретает, и получить об этом представление он может, прежде всего, на основе изучения рабочих программ. Внедрение компетентностного подхода находит отражение в структуре рабочих программ. Прежде всего, в рабочих программах указываются как ключевые компетенции на входе, так и на выходе (цели курса). Уровень овладения ключевыми компетенциями на входе оценивается посредством входного педагогического контроля. Уровень знаний студентов в процессе обучения на кафедре оценивается посредством текущего контроля знаний. Уровень овладения ключевыми компетенциями на выходе обеспечивается посредством рубежного (итогового) педагогического контроля. Все эти варианты контроля фиксируются в рабочей программе.

Все кафедры медицинского вуза ориентированы в своей деятельности на некоторую идеальную модель специалиста, создавая условия для приобретения профессиональных компетенций.

Есть кафедры, которые работают на модель специалиста непосредственно. Такова, например, кафедра, на которой ведется преподавание социально-исторических наук. Ключевые компетенции, приобретенные в ходе обучения на таких кафедрах, встраиваются в модель специалиста, поскольку специалист с высшим образованием

должен быть компетентен в данных вопросах. Однако на обучение на других кафедрах наличие или отсутствие данных компетенций влияет не особенно сильно.

Другие кафедры способствуют приобретению компетенций, которые имеют более короткое действие – они будут востребованы уже по ходу учебного процесса, поскольку необходимы для изучения других дисциплин. Овладение такими компетенциями в рамках медицинского образования представляют собой не цель, а средство. Так, например, знание нормальной анатомии необходимо для овладения топографической анатомией. Знание топографической анатомии необходимо при изучении хирургических болезней. В структуре деятельности врача знания нормальной анатомии, конечно, необходимы, но лишь постольку, поскольку они применимы именно в его специальности.

Каждая кафедра предстает в своей деятельности в двух противоположных, взаимодополняющих качествах: в амплуа заказчика и исполнителя. Заказчиком, например, является клиническая кафедра по отношению к кафедре общетеоретической. В то же время клиническая кафедра является исполнителем по отношению к кафедрам, осуществляющим постдипломную подготовку, например, в клинической ординатуре. Те, в свою очередь, являются исполнителями по отношению к практическому здравоохранению. Это в общих чертах, на самом же деле взаимоотношения между кафедрами намного сложнее. Одно остается неизменным: каждая кафедра встраивается в некоторую образовательную цепочку, или вертикаль, вершину которой составляет модель специалиста. При этом применительно к структуре каждого курса определяются ключевые входные компетенции (без которых освоение данного курса невозможно) и ключевые выходные компетенции. Последние фактически совпадают с целями курса, проецированными на студента и выраженными в терминах деятельности. Эти цели, как известно, формулируются на трех уровнях: знания-знакомства (по окончании курса студент будет иметь представление…), знания-копии (по окончании курса студент будет знать…), и знания-умения (по окончании курса студент будет уметь…). Освоение ключевых входных компетенций – цель нижестоящей кафедры (учебного подразделения). Выходные компетенции каждого учебного курса становятся, таким образом, входными компетенциями на вышестоящем учебном курсе. Это порождает необходимость в вертикальных согласованиях учебных целей между кафедрами.

Отсутствие вертикальных согласований приводит к негативным последствиям, которые находят два реальных выражения: во-первых, низкая выживаемость знаний, во-вторых, как следствие – нерациональное расходование учебного времени. Все это вместе приводит к снижению качества подготовки специалиста.

При наличии вертикального согласования между кафедрой А и кафедрой Б студенты, изучающие тот или иной материал на кафедре А, получают тем самым установку на запоминание, обусловленную объемом входных ключевых компетенций кафедры Б. В противном случае, когда они этой установки не получают, у них действует гораздо более «короткая» установка на запоминание – ориентированная только на сдачу экзамена или зачета. Это резко снижает эффективность обучения.

По прибытии на кафедру Б студенты проходят входной контроль, который показывает, что входными компетенциями, необходимыми для изучения дисциплины, они так и не овладели. В результате студентам приходится тратить значительное время на восстановление входных компетенций, которые, в принципе, должны были быть сформированы раньше. Особенно удручает ситуация, когда подобным переобучением вынуждены заниматься клинические кафедры, и в результате те немногие часы, которые отведены для прохождения клинического курса, расходуются фактически зря. Клиническая кафедра выполняет несвойственные ей функции, а страдает, прежде всего, подготовка специалиста. Так, например, зачастую пятикурсникам, прибывшим на

дисциплину глазных болезней, приходится тратить время на повторное изучение анатомии органа зрения, хотя эти знания они должны были усвоить еще на первом, втором курсе, на кафедре анатомии человека.

Требования к согласованию по вертикали приобретают особую специфику в условиях, когда Кыргызстан входит в единое общеевропейское образовательное пространство в рамках Болонского процесса. Болонские соглашения предполагают распространение академической мобильности, т. е. свободного и даже обязательного перемещения студентов из одного вуза в другой [1]. В этих условиях встает вопрос о реальном наполнении тех кредитных единиц, которые будут предъявлены прибывшим из другого вуза студентом. Фактически это означает, что оценка входных компетенций на каждой кафедре приобретает особое значение, а прибывающий на обучение студент должен иметь полное представление о тех требованиях, которые его ждут на входном контроле всех кафедр, на которых ему предстоит учиться. Хотя на территории КР действуют единые для всех вузов государственные образовательные стандарты, разнообразие научных школ разных вузов, составляющих реальное богатство отечественного образования, предполагает и некоторые отличия в требованиях к входным ключевым компетенциям. Иными словами, конкретный объем требований к входным компетенциям на каждой кафедре должен быть известен как «своим» студентам, так и прибывающим в порядке осуществления академической мобильности.

В ходе переподготовки преподавателей в качестве обязательного элемента обучения присутствует составление и публичное обсуждение входных и выходных ключевых компетенций для курсов преподаваемых дисциплин. Данные формулировки компетенций находят затем реальное применение в структурировании курса и составлении рабочих программ. В ходе этого обсуждения выявлено то обстоятельство, что социальные и личностные компетенции, которые необходимы будущему специалисту, нередко недооцениваются преподавателями медицинских вузов. Между тем, освоения одних только профессиональных компетенций недостаточно для формирования специалиста. Помимо социальных и личностных компетенций, существует еще раздел моторных компетенций, развитие которых необходимо для будущего специалиста, поскольку профессиональная деятельность включает в себя ряд сложных и разнообразных моторик. Освоение всех перечисленных компетенций должно осуществляться в рамках единого комплекса учебных и воспитательных мероприятий. Иными словами, компетентностный подход в высшей медицинской школе имеет в настоящее время обширные ресурсы для развития.

Литература:

1. *Болонский* процесс в вопросах и ответах / В. Б. Касевич, Р. В. Светлов, А. В. Петров, А. А. Цыб. – Спб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2004. – 108 с.
2. *Зимняя И. А.* Ключевые компетенции – новая парадигма результата современного образования / И. А. Зимняя // «Эйдос»: Интернет-журнал. – 2006. – 5 мая. – http://www.eidos.ru/journal/2006/0505.htm.
3. *Хуторский А. В.* Дидактическая эвристика. Теория и технология креативного обучения / А. В. Хуторский. – М. : Изд-во МГУ, 2003. – 416 с.

УДК.541.49

Алтыбаева Д. Т., Мирзаева М.Р.
ОшГУ

Рентгенофазовый анализ продуктов разложения комплексных соединений хлоридов марганца, кобальта, никеля с гексаметилентетрамином и диметил-сульфоксидом

Исследованы процессы получения оксидов путем разложения гексаметилентетраминовых и диметилсульфоксидных комплексов на основе солей переходных металлов. Изучены конечные продукты с применением метода рентгенофазового анализа. Определены типы сингонии и параметры элементарных ячеек полученных оксидов.

Here is researchable processes of the receiption of oxides by means of decomposition of decamefi lenteframinovu and dimitilsulphokcidnuch complexes on the basis of salts of transitional metals. Also is reseached final products with using methods of rentgenophasorogo analyses. Are formed types of cingonii and parameters of elementary cells of receipting oxides/

Өткөөл металлдардын туздарынын негизинде гексаметилентетраминдик жана диметилсульфоксиддик комплекстерди ажыратуу жолу менен оксидтерди алуу процесси изилденди. Рентгенофазалык ыкманы колдонуу менен акыркы натыйжалары изилденди. Алынган оксидтердин сингонияларынын типтери жана элементардык ячейкалардын параметрлери аныкталды.

Исследования термических превращений комплексных соединений, содержащих в своем составе ионы марганца, кобальта, никеля и органические лиганды, показали возможность получения оксидов, которые могут найти широкое применение в различных областях науки и техники.

В изученной нами литературе имеются сведения о синтезированных оксидах металлов в особых условиях (инертная среда или вакуум, большие затраты энергии, дегидратация отдельных реагентов, определенная температура) и с использованием специальной аппаратуры. Поэтому разработка способов синтеза чистых, простых и дешевых оксидов весьма актуальна.

С этой целью нами проведено исследование процесса получения оксидов путем разложения гексаметилентетраминовых, диметилсульфоксидных комплексов на основе хлоридов переходных металлов и изучение физико-химических свойств конечных продуктов разложения с применением рентгенофазового метода.

Ранее изотермическим методом получены соединения:
$CoCl_2 \cdot 2(CH_2)_6N_4 \cdot 10H_2O$, $NiCl_2 \cdot 2(CH_2)_6N_4 \cdot 10H_2O$ [1],
$MnCl_2 \cdot 2(CH_2)_6N_4 \cdot 5H_2O$ [2], $3MnCl_2 \cdot 2(CH_2)_6N_4 \cdot 7(CH_3)_2 \cdot SO$,
$2CoCl_2 \cdot (CH_2)_6N_4 \cdot 4(CH_3)_2 \cdot SO$, $2NiCl_2 \cdot (CH_2)_6N_4 \cdot 6(CH_3)_2 \cdot SO$ (3),

Для исследования продуктов термического разложения полученных соединений их сжигали в муфельной печи при 800^0C в течение 5 часов на пластинке из малоуглеродистой стали ГОСТ 1050-50 и в фарфоровой чашке.

Процесс термического разложения синтезированных комплексов осуществляется в три стадии: первая соответствует дегидратации соединений (100-200^0C); вторая – разложению органического лиганда (200-300^0C); третья – превращению безводной соли в оксид соответствующего металла (300-800^0C).

Таким образом, при термическом разложении гексаметилентетрамновых и диметилсульфоксидных комплексов в атмосфере воздуха в муфельной печи создается газовая сфера, которая влияет на структуру кристаллической решетки и свойства конечных продуктов термолиза.

Состав и физико-химические свойства конечных продуктов разложения комплексных соединений представлены в табл.1. они нерастворимы в воде, серной, азотной и соляной кислотах, в основном по свету оксиды черные.

Таблица 1.

Продукты разложения комплексных соединений

Соединение	Продукты термолиза				Растворимость, масс, %			
	на пластинке		в чашке					
	состав образцов оксидов	цвет	состав образцов оксидов	цвет	H_2O	H_2SO_4	HNO_3	HCl
$MnCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}5H_2O$	Fe_2O_3, Mn_3O_4	Темно-корич.	Mn_3O_4	Черн.	Н·Р	Н·Р	Н·Р	Н·Р
$3MnCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}7(CH_3)_2{\cdot}SO$	Fe_2O_3, Mn_2O_3	Серо-черн.	$Mn_2O_3{\cdot}MnO_2$	Черн.	Н·Р	Н·Р	Н·Р	Н·Р
$CoCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}10H_2O$	Fe_2O_3, Co_3O_4	Серо-черн.	Co_3O_4	Черн.	Н·Р	Н·Р	Н·Р	Н·Р
$2CoCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}4(CH_3)_2{\cdot}SO$	Fe_2O_3, Co_3O_4	Серо-черн.	Co_3O_4	Серо-зелен.	Н·Р	Н·Р	Н·Р	Н·Р
$NiCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}10H_2O$	Fe_2O_3, Ni_3O_4	Серо-черн.	Ni_3O_4	Черн.	Н·Р	Н·Р	Н·Р	Н·Р
$2NiCl_2{\cdot}\ (CH_2)_6N_4{\cdot}6(CH_3)_2{\cdot}SO$	Fe_2O_3, Ni_3O_4	Серо-черн.	Ni_3O_4	Черн.	Н·Р	Н·Р	Н·Р	Н·Р

Конечными продуктами реакций разложения комплексов являются оксиды соответствующих металлов с кубической решеткой (типа NaCl).

Нами проведены рентгенографические исследования продуктов разложения комплексных соединений хлоридов марганца, кобальта и никеля с гексаметилентетрамином и диметилсульфоксидом. Дифрактограммы продуктов термолиза получены на дифрактометре Дрон-3 на медном излучении при напряжении 30тА. Скорость сканирования составляла 1 град/мин.

Для расчета межплоскостных расстояний использовано уравнение Вульфа-Брегга:

$n\lambda = 2d\sin\theta$,

где n – порядок отражения рентгеновских лучей,

λ - длина волны,

d – межплоскостные расстояния.

Относительные интенсивности дифракционных максимумов определяли по 100-бальной шкале.

Расчеты индексов Миллера h, k, l линий дифрактограмм и фазовый анализ проводили для термического разложения комплексов. Параметры элементарных ячеек рассчитывали по формуле:

$$Q = d\sqrt{h^2 + k^2 + l^2}.$$

Рентгенофазовый анализ основан на точном определении положения и интенсивности дифракционных максимумов, так как по известному набору межплоскостных расстояний и соответствующих им интенсивностей можно найти фазовый состав исследуемого образца. [4,5]

Получив с помощью дифрактограмм все межплоскостные расстояния, можно выделить те из них, которые соответствуют предполагаемым фазам. Выбранные ряды сопоставляют с табличными данными для каждой из фаз. Если все интенсивные линии и большая часть слабых линий, имеющихся на рентгенограмме, совпадают с табличными данными для одной из определенных фаз, то ее присутствие можно считать установленным. Однако следует иметь в виду, что интенсивные линии могут относиться к разным фазам [6].

Особенностью многих реакций в кристаллических соединениях при термическом разложении являются ступенчатое протекание процесса. В реальных условиях механизм этих реакций усложняется не только образованием многокомпонентных систем, но и влиянием роли газов.

Многостадийность термического разложения комплексных соединений хлоридов марганца, кобальта и никеля с ГМТА и ДМСО, а также возможность образования к концу процесса оксидов различной степени окисления приводит к необходимости рассмотрения физико-химических свойств и кристаллографических параметров оксидов марганца, кобальта, никеля.

Экспериментальные данные рентгенофазовых исследований конечных продуктов разложения комплексов приведены в табл.2.

Расчет кристаллических решеток конечных продуктов разложения гексаметилентетраминовых комплексов по экспериментальным данным

Образцы	Продукты разложения при 800^0C	Сингония		Параметры элементарной ячейки		Соединения, подвергнутые разложению	Способ разложения
		экспер.	литер.	литер. $\overset{0}{A}$	экспер. $\overset{0}{A}$		
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
1	Mn_3O_4	γкуб	γкуб	a=8,7	a=8,5355	$MnCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}5H_2O$	Фарф. чашка
2	Mn_3O_4 Fe_2O_3	γкуб	γкуб	a=8,7 a=8,35	a=8,6279	$MnCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}5H_2O$	Пластинка
3	Mn_2O_3 MnO_2	γкуб	γкуб	a=9,41	a=8,5664	$3MnCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}7(CH_3)_2{\cdot}SO$	Фарф. чашка
4	Mn_2O_3 Fe_2O_3	γкуб γкуб	γкуб γкуб	a=9,41 a=8,35	a=9,6853	$3MnCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}7(CH_3)_2{\cdot}SO$	Пластинка
5	Co_3O_4	βкуб	βкуб	a=8,084	a=8,458	$CoCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}10H_2O$	Фарф. чашка
6	Co_3O_4 Fe_2O_3	βкуб	βкуб	a=8,084 a=8,35	a=8,115	$CoCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}10H_2O$	Пластинка
7	Co_3O_4	βкуб	βкуб	a=8,084	a=8,56,05	$2CoCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}4(CH_3)_2{\cdot}SO$	Фарф. чашка
8	Co_3O_4 Fe_2O_3	βкуб	βкуб	a=8,084 a=8,35	a=8,236	$2CoCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}4(CH_3)_2{\cdot}SO$	Пластинка
9	Ni_3O_4	αкуб	-	-	a=8,5005	$NiCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}10H_2O$	Фарф. чашка
10	Ni_3O_4	αкуб	-	-	a=8,3216	$2NiCl_2{\cdot}(CH_2)_6N_4{\cdot}6(CH_3)_2{\cdot}SO$	Фарф. чашка
11	Ni_3O_4 Fe_2O_3	αкуб	αкуб	a=8,377	a=8,5871	$NiCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}10H_2O$	Пластинка
12	Ni_3O_4 Fe_2O_3	αкуб	αкуб	a=8,377	a=8,3587	$2NiCl_2{\cdot}(CH_2)_6N_4{\cdot}6(CH_3)_2{\cdot}SO$	Пластинка

В табл.2. результаты рентгенографических исследований продуктов термического разложения гексаметилентетраминовых и диметилсульфоксидных комплексов хлорида марганца, полученных в фарфоровой чашке и на железной пластинке. Рассчитаны параметры элементарных ячеек. Термолиз комплексного соединения $MnCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}5H_2O$ приводит к образованию в фарфоровой чашке оксида марганца Mn_3O_4 кубической сингонии с параметром решетки a = 8,5355 $\overset{0}{A}$, а на железной пластинке - Mn_3O_4 и Fe_2O_3 с параметром элементарной ячейки a=8,6279 $\overset{0}{A}$ относятся к кубической сингонии. Как видно из приведенных данных, число рефлексов, по которым были определены межплоскостные расстояния для этих двух

проб, различно. Это свидетельствует о том, что проба, полученная на пластинке, имеет более сложный фазовый состав. В частности, в ней содержится закись-окись (II, III) марганца Mn_3O_4 с межплоскостными расстояниями d($\overset{0}{A}$) = 4,92; 3,08; 2,48; 1,30 и окиси железа (III) Fe_2O_3 со значениями d($\overset{0}{A}$)=3,68; 2,69; 1,84.

При разложении соединения $3MnCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}7(CH_3)_2{\cdot}SO$ в отличие от предыдущего комплекса образуется продукт соединения, состоящий из смеси оксидов Mn_2O_3+ MnO_2. К окиси марганца (III) можно отнести рефлексы с межплоскостными расстояниями d($\overset{0}{A}$)=2,68; 1,98; 1,52; а MnO_2 d($\overset{0}{A}$)=2,40; 1,56; 1,47. проба, полученная на пластинке, содержит Mn_2O_3 и Fe_2O_3 и имеет более сложный состав. Межплоскостные расстояния d($\overset{0}{A}$)=2,68; 1,447; 1,353 можно приписать оксиду марганца (III) Mn_2O_3, межплоскостные расстояния d($\overset{0}{A}$)=2,69; 2,51; 2,20 могут быть отнесены к оксиду железа (III) Fe_2O_3.

Остатки термического разложения комплексных соединений $CoCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}10H_2O$ и $2CoCl_2{\cdot}(CH_2)_6N_4{\cdot}4(CH_3)_2{\cdot}SO$ были подвергнуты рентгенофазовому анализу. Результаты разложения гексаметилентетраминового комплекса хлорида кобальта, проведенные в чашке, сопровождаются образованием закиси-окиси кобальта (II, III) Co_3O_4, которому соответствует следующий набор межплоскостных расстояний: d($\overset{0}{A}$)=2,860; 2,4394; 2,0895. на пластинке образуется закись-окись кобальта (II, III) Co_3O_4 и окись железа (III) Fe_2O_3. оксиды имеют шпинелеподобную структуру и относится к кубической сингонии с параметром элементарной ячейки а = 8,458 $\overset{0}{A}$ и 8,115 $\overset{0}{A}$ соответственно образцам, полученным в чашке и на пластинке.

В результате разложения соединения $2CoCl_2{\cdot}(CH_2)_6N_4{\cdot}4(CH_3)_2{\cdot}SO$ в чашке образуется оксид кобальта Co_3O_4, которому соответствуют межплоскостные расстояния: d($\overset{0}{A}$)=2,8641; 2,4338; 2,3232, а при разложении этого соединения на пластинке образуются Co_3O_4 и оксид железа (III) Fe_2O_3. набор межплоскостных расстояний d($\overset{0}{A}$)= 2,438; 2,01; 1,43 соответствует Co_3O_4; d($\overset{0}{A}$) =2,691; 2,5252 и 1,8440 - Fe_2O_3. Параметр элементарной ячейки при разложении комплекса в чашке а = 8,5605 $\overset{0}{A}$, а на пластинке а = 8,2361 $\overset{0}{A}$, т.е. параметр решетки оксида кобальта, полученного на пластинке, меньше, чем у оксида, полученного в чашке, в то время как для оксидов марганца наблюдается обратная картина.

Термическое разложение соединения в чашке и на пластинке $NiCl_2{\cdot}2(CH_2)_6N_4{\cdot}10H_2O$ приводит к образованию кристаллического продукта с кубической сингонией и параметрами элементарной ячейки а=8,5005А – в чашке, а=8,5871 $\overset{0}{A}$ – на пластинке. При разложении соединения $2NiCl_2{\cdot}$ $(CH_2)_6N_4{\cdot}6(CH_3)_2{\cdot}SO$ в чашке образуется оксид с параметрами элементарной ячейки а=8,3216 $\overset{0}{A}$, а на пластинке параметр равен а=8,3587 $\overset{0}{A}$.

По значениям параметров элементарной ячейки продукты термолиза исследуемых комплексов можно отнести к шпинелевидным кристаллическим образованиям, они являются, по-видимому, оксидом Ni_3O_4, который по (Б.Ф.Ормонту, Н.Сиджевик) [7] при обычной температуре и давлении термодинамически неустойчив.

В литературе отсутствуют рентгенографические данные по этому оксиду.

От процесса термолиза координационных соединений с отщеплением летучего лиганда, в нашем случае ГМТА и ДМСО, протекает по механизму прямого восстановления при активном участии газообразных оксидов NO_2, HCN, NH_3, CO, CO_2

Оксиды образуются благодарю наличию в реакционной среде смеси газов, сопровождающихся взрывом. Эти оксиды при обычной температуре остаются устойчивыми вследствие вхождения в кристаллическую структуру определенного количества газов. Примером может служить Ni_3O_4.

Процесс термически активированного превращения может идти через образование и рост зародышей новой фазы, при наличии в исходных солях примесей металлов, в частности железа.

При разложении комплексных соединений наблюдаются локальные микровзрывы, при которых резко повышается температура. В результате образуются высокотемпературные оксиды марганца, кобальта, никеля со структурой шпинели.

При разложении гексаметилентетраминовых и диметилсульфоксидных комплексов с хлоридами марганца и кобальта образуются устойчивые оксиды Mn_3O_4 и Co_3O_4. кристаллизующиеся в кубической сингонии. Оба оксида имеют структуры типа шпинели $MgAl_2O_4$ с образованием термодинамически устойчивого оксида Ni_3O_4. [8]

Среди соединений никеля с шпинелевидной структурой обладают $NiAl_2O_4$ (a=8.046A), $NiNi_2O_4$(a=8.316A) и $NiFe_2O_4$ (a=8,377A). это устойчивые до высоких температур соединения, образующиеся из смеси оксидов в интервале температур 700-800^{0}C. возникновение зародышей таких соединений в остаточных продуктах разрушения комплексов никеля и их рост за счет достраивания структуры атомами никеля и кислорода могут привести к образованию устойчивого соединения Ni_3O_4.

Подводя итоги наших исследований, можно констатировать, что состав конечных продуктов разложения зависит от природы лиганда, природы металла, температуры и времени термолиза, наличия примесей железа, меди, цинка и газовой сферы, которые образуются при разложении соединения.

Литература:

1. Актанова С.Т. Соединения гексаметилентетрамина с хлоридами, сульфатами кобальта, никеля меди: Автореф. дис. … канд. хим. наук (02.00.01). – Фрунзе, 1971. – С.26-27.
2. Абжамилов Ш.А., Иманакунов Б.И., Юн П.Т. Соединения ГМТА с солями марганца // Изв. АН Кирг.ССР. – 1971. – №4. – С. 74-79.
3. Иманакунов Б.И., Токтомаматов Т.А., Орозалиев Б.Б., Ившинхорлоогийн С. Взаимодействие гексаметилентетрамина и диметилсульфоксида с неорганическими солями. – Бишкек: Илим, 1994. – 29-40.
4. Физическая химия окислов металлов: Сб. науч. статей. – М.:Наука, 1981. – С. 16-23, 98-105, 126-135.
5. Гиллер Я.Л. Таблицы межплоскостных расстояний. – М.: Недра, 1966. – Т. 2. – С. 95-180.
6. Ковба Л.М., Трунов В.К. Рентгенофазовый анализ. – М.: Изд-во МГУ, 1976. – С. 232.
7. Химическая энциклопедия. – М.:Изд-во «Сов.энциклоп.», 1990. – Т. 3. – С. 825-827.
8. Воробьев Ю.П. Расчет прогнозирования свойств оксидов. – М.:Наука 1983. – С. 204-205, 224-225, 240-241.

УДК 541.

Алтыбаева Д.Т., Маматураимова Н.А.
ОшГУ

Химия координационых соединений гексаметилентетрамина с неорганическими солями

В статье приведены результаты многолетних исследований комплексообразования гексаметилентетрамина с галогенидами переходных металлов методом растворимости. Проведено рентгеноструктурное исследование монокристаллов. Впервые проведено исследование конечных продуктов разложения гексаметилентетраминовых комплексов с применением рентгенофазового, ИК – спектроскопического, спектрального и электронно-микроскопического методов анализа. предложен простой способ получения оксидов, которые нашли практическое применение.

Статьяда гексаметилентетраминдин өтмө металлдардын галогениддери менен комплекс пайда кылуусун эригичтүүлүк методу менен изилдөөдөгү көп жылдык жыйынтыктар чагылдырылды. Монокристаллдар рентгеноструктуралык анализ менен изилденди. Алгачкы ирет гексаметилентетраминдик комплекстердин ажыроосунун акыркы продукталары рентгенофазалык, ИК-спектрдик, спектралдык жана электрондук-микроскоптук методдор менен анализденди. Практикалык мааниге ээ болгон оксиддерди алуунун эң жөнөкөй жолу сунуш кылынды.

In this article is given the results of long standing researches of complex formation of gecsametilentetramina with galogens of transitional metals by methods of solubility. For the first time was carried out reseaches of last production of decomposition of gecsametilentetramined complexes with the using of rentgenophasovogo, EK-spectroscopichescogo, spectral and electronic-microscopic methods of analyses, suggested a simple method of gaffing oxides, which a practical use.

Поиск, создание и использование новых веществ и материалов с улучшенными и заданными свойствами, - одно из важных условий прогресса науки, техники и современного производства.

Научно-исследовательская работа посвящена комплексным соединениям гексаметилентетрамина с неорганическими солями. Гексаметилентетрамин $(CH_2)_6N_4$ (ГМТА)–бесцветное, не имеющие запаха кристаллическое вещество со сладковатым вкусом, кристаллизуется при обычных условиях из водных растворов в безводный форме, в виде ромбических додекаэдров [1]. В 1923г. Р. Дикинсон, А. Раймонд [2] и Н. Жонел [3], Н. Марк [3] впервые, независимо друг от друга, исследовали структуру молекулы ГМТА рентгенографическим методом. Согласно их данным, в молекуле ГМТА происходит sp^3 – гибридизация валентных орбиталей атомов азота. Три эквивалентные сигма- связи образуют конфигурацию, близкую к тетраэдрической. Одна из орбиталей занята неподеленной электронной парой, которая при комплексообразовании может выступать с неорганическими соединениями как донор электронов и легко вступает в реакции со многими солями. ГМТА кристаллизуется в объемно-центрированной кубической решетке, параметры ячейки которой а=7,02А; число молекул в элементарной ячейке равно 2. Кристаллы ГМТА обладают пьезоэлектрическими свойствами: на их гранях при механической деформации возникают электрические заряды [4]. Эти свойства позволяют предположить, что кристаллы новых комплексов на его основе могут быть пьезоэлектрическими. Систематические и более углубленные исследования кристаллического гексаметилентетрамина и его координационных соединений с неорганическими солями обнаруживают все более новые грани в его свойствах. [5]

Интерес к изучению свойств ГМТА с неорганическими солями обусловлен тем, что соединения на их основе применяются в различных областях промышленности и техники, в радиоэлектронике, при изготовлении пластических масс, в медицине, сельском хозяйстве. Исследовано 19 систем изотермическим методом растворимости,

выделено 33 соединения из них 13 ранее не известных комплексов. Определены концентрационные пределы выделения соединений в твердую фазу, что важно для выбора способа синтеза выделенных комплексов. Изучены физико-химические характеристики полученных соединений: растворимость в органических растворителях, относительная плотность, ИК-спектры, термическая устойчивость, электронные спектры поглощения. Впервые анализом монокристалла определена кристаллическая структура соединения $NiCl_2 \cdot 2(CN_2)_6N_4 \cdot 10H_2O$. Кристаллы прозрачные, светло-зеленого цвета, принадлежат к триклинной сингонии. Пространственная группа симметрии PI. Параметры электронной кристаллической ячейки: а=9,3221 (9)А, в=9,3903 (10) А, с=9,4286 (10)А, α=119,505 (7), β=94,165 (8), γ=101,062 (8), λ=691,34А, ρ=1,418 г/см^3, $\rho_{писн}$=1,427 г/см^3. На основании результатов исследований сделан вывод, что ГМТА координируется с ионом металла через атом азота, а также водородной связью с координационно-связанной молекулой воды.

Термический анализ синтезированных соединений в сочетании с химическим, термографическим анализом и ИК- спектроскопией позволил выявить закономерности их термической устойчивости. Общей характерной особенностью для высокогидратных соединений является ступенчатое удаление при температуре 150-180^{0}С, а в многоядерных соединениях молекулы воды удаляются в одну стадию при температуре 140-170^{0}С. Дальнейшее повышение температуры до 220-240^{0}С ведет к разложению органического лиганда $(CH_2)_6N_4$. Разложение соединений идет с выделением большого количества тепла, приводящим к микровзрыву. Для всех соединений в интервале температур 400-600^{0}С наблюдается сложный экзотермический эффект, связанный с образованием оксидов со структурой шпинели.

Для безводных комплексов характерно полиморфное превращение при более низких температурах, что доказано изменением цвета кристаллов.

При изучении термической устойчивости комплексов установлено, что конечным продуктом их разложения являются оксиды металлов, которые имеют широкое применение в науке и технике. Как известно, получение чистого - оксида сложный и длительный в технологическом отношении процесс. С учетом этого особое внимание было уделено получению и всестороннему изучению состава и свойств конечных продуктов разложения синтезированных комплексов.

Разложение комплексов проводили в муфельной печи при 800^{0}С в течение 5 часов в фарфоровой чашке и на пластинке из малоуглеродистой стали.

Для идентификации продуктов разложения комплексов использовали рентгенофазовый, ИК- спектроскопический, электронно-микроскопический методы анализа. Определены дисперсность и электропроводность образующихся оксидов. Проведен термодинамический расчет конечных продуктов разложения комплексных соединений марганца, кобальта, никеля с органическими лигандами. Рентгенофазовый анализ образцов показал наличие фаз Mn_3O_4, Co_3O_4, Ni_3O_4.

Все оксиды имеют кубическую сингонию (типа NaCl).

По данным электронно-микроскопических исследований, размер частиц продуктов разложения зависит от координационного остова комплексных соединений. И это позволяет получать оксиды металлов разной дисперсности: размеры частиц колеблются в пределах от 5 до 10 мкм, а в соединениях $CoCl_2 \cdot 2(CN_2)_6N_4 \cdot 10H_2O$, $NiCl_2 \cdot 2(CN_2)_6N_4 \cdot 10H_2O$, где ГМТА находится во внешней сфере комплекса, размеры частиц варьируют от 0,1 до 5 мкм и относятся к наночастицам. Впервые получен устойчивый оксид никеля Ni_3O_4 со структурой шпинеля. Предложен простой способ получения оксидов из комплексных соединений, который не требует больших затрат электроэнергии. Поэтому синтез особо чистых, простых и дешевых оксидов весьма актуален и может найти самое широкое применение в различных областях науки и техники.

Результаты измерения электропроводности продуктов разложения изученных комплексных соединений позволили сделать вывод о том, что они относятся к оксидным полупроводникам, у которых проводимость на два порядка выше, чем у оксидов, известных в литературе.

Основные результаты научно-экспериментальных исследований отражены в монографии, научных публикациях международного уровня (в статьях, докладах, тезисах) и защищены 5 авторскими свидетельствами, патентами на изобретения, актами испытания и внедрением их в различных научно-исследовательских институтах: в институте космических исследований, г. Бишкек, в Кыргызском государственном научно-исследовательском контрольном институте ветеринарии (КГНИКИВ), также они прошли испытания на Карасуйской опытной станции по хлопководству в Ошской области.

Литература:

1. Уокер Дж.Ф Формальдегид. – М.: Госхимиздат. – 1957. – С.310.
2. Duden P., Schaff. M. Uder die Constitiondes Hexamethylenetetramins // J. Ann. Chem. Soc. – 1895. V/ 258. – P. 218-220/
3. Dickinson R.J., Raymand A.L. Ann. Chem. Soc. – 1923. – V. 45. – N1. – P. 22-29.
4. Чумаков А.Н., Концик В.А. Опыт кристаллизации новых пьезоэлектрических веществ // Кристаллография. – 1959. – Т.Ц. – Выс.2. – с. 237
5. Алтыбаева Д.Т. Физико-химические свойства комплексов гексаметилентетрамина с галогенидами переходных металлов и продуктов их разложения. Монография / Д.Т. Алтыбаева. – Бишкек.: Изд-во «Илим», 2002.- 311 с.

УДК 371.31

Бердибекова С.К., Горбачева А.А.
ОшГУ

Инновационные технологии и индивидуализация образовательных процессов

В статье рассмотрены пути внедрения и проблемы инновационных технологий; использование их в процессе индивидуального обучения.

The introduction ways and technological innovation problems and their use in the process of individual training are concerned in this article.

Совокупность методов, приемов и средств обучения в образовании понимается как инновационный процесс совершенствования педагогических технологий. В настоящее время инновационная педагогическая деятельность является одной из основных составляющих образовательной деятельности любого учебного заведения; потому, что инновационная деятельность не только создает основу для создания конкурентоспособности того или иного учреждения на рынке образовательных услуг, но и определяет направления профессионального роста педагога, его творческого поиска, реально способствует индивидуальному росту студентов[1]. Поэтому инновационная деятельность неразрывно связана с научно-методической деятельностью преподавателей и учебно-исследовательской студентов.

Одним из барьеров на пути внедрения технологий заключается в трудности, которую испытывают преподаватели при выборе нужного программного обеспечения. Преподаватели, которые только приступают к изучению технологий или находятся в начале пути овладения ими, могут нуждаться в помощи выбора нужного для их

учебных целей мультимедийного оборудования и адресов сайтов сети интернет: из-за того, что они не знакомы с этим оборудованием или из-за того, что они теряются при том изобилии оборудования и огромного числа сайтов, которое имеется на рынке. Недостаток времени и опыта, не позволяющие принять правильное решение о том, какой продукт или сайт имеет действительный потенциал для благоприятствования учебным целям, могут иметь самые негативные последствия для интеграции технологий в учебный процесс. Существует проблема нахождения и использования нужного для обучения программного обеспечения или курса. Существует огромное количество высококачественных материалов, отвечающих учебным планам, и их становится все больше. Тем не менее, создание инновационных учебных возможностей для всех студентов остаётся фундаментальной проблемой, с которой не могут справиться слишком большое число преподавателей.

Использование информационных и коммуникативных технологий, т.е. инноваций, в учебном процессе является актуальной проблемой современного образования. Основой для использования этих технологий в обучении являются концепции развивающего обучения, деятельного подхода и технология исследовательской деятельности. При этом информирующая функция преподавателя перестает быть основной, а на первый план начинают выходить: введение новой цели, содержание, методы и формы обучения и воспитания, организация совместной деятельности преподавателя и студента. Среди них особое место занимает умение создавать проекты, в основе которых лежат развитие познавательных навыков, умение самостоятельно конструировать свои знания, ориентироваться в информационном пространстве, развитие критического и творческого мышления, умение увидеть, сформулировать и решить проблему[1]. Большие информационные потоки, с которыми сталкивается сегодня каждый человек, требуют от системы высшего образования умение решать задачи, связанные с обучением студентов способам работы с информацией. Это, кроме того, открывает широкие возможности для построения учебного процесса, учитывающего индивидуальные возможности и склонности обучающихся, их включения в самостоятельную исследовательскую деятельность, т.к. сегодня требуется умение развивать собственную функциональную компетентность: умение ориентироваться в информационных потоках, способность к самообразованию, переквалификации. Это в свою очередь, способствует созданию условий для максимальной реализации каждого человека.

Решение новых образовательных задач требует соответствующей подготовки преподавателя. В основу подготовки преподавателя может быть положена идея о направленности учебно –познавательной деятельности на результат. Внешний результат можно будет увидеть, осмыслить, применить на практике. Внутренний результат – опыт деятельности – станет бесценным достоянием, соединяющим знания, умения и компетентность.

Преподаватель, планируя занятие, отбирая цифровые электронные ресурсы, формы их использования должен четко представлять, какие именно возможности дает ему использование инноваций, одним из которых является применение на занятиях компьютерных средств обучения.

Одним из преимуществ использования в обучении компьютера называют индивидуализацию образовательных путей. Это действительно так, хотя индивидуализация ограничена возможностями конкретной обучающей программы и требует больших затрат времени и сил как от создателей программных продуктов, образовательных ресурсов, так и преподавателей. С помощью информационных и коммуникативных технологий может быть создана такая обучающая среда, которая будет способствовать порождению мышления студента. В большинстве современных работ особо отмечается, что важным методическим принципом применения

компьютерных программ является их совместимость с традиционными формами обучения.

Например, создание анимационных компьютерных программ, позволяющих наглядно представить физические процессы, протекающие в рассматриваемой системе.

При планировании занятий необходимо найти оптимальное сочетание таких программ с другими (традиционными) средствами обучения. Наличие обратной связи с возможностью компьютерного контроля ошибок, допускаемых студентами в процессе работы, позволяет проводить занятие с учетом индивидуальных особенностей студентов.

К еще одному преимуществу современных технологий следует отнести и то, что они позволяют преподавателю сделать более значительной для студентов, более интересной и осмысленной творческую деятельность.

Компьютерные средства обучения являются интерактивными, они обладают способностью «откликаться» на действия студента и преподавателя, «вступать» с ними в диалог, что и составляет главную особенность методик компьютерного обучения. В вариантах компьютерных технологий весьма актуален вопрос о соотношении компьютера и элементов других технологий.

Компьютер может использоваться на всех этапах процесса обучения: при чтении лекции, проведении практических и лабораторных занятий, при тестировании[1]. При этом для студентов он выполняет различные функции: преподавателя, рабочего инструмента, объекта обучения, сотрудничающего коллектива, досуговой (игровой) среды. С помощью компьютера достигаются идеальные варианты индивидуального обучения, использующие визуальные и слуховые образы.

Формирование основных понятий на занятиях осуществляем всем предполагаемым комплексом средств наглядности, который дает ощущения и представления, являющиеся базой для формируемого понятия. Особое место отводится подбору демонстрационных и учебных экспериментов, созданных на компьютере. Часто в педагогической литературе можно найти указание на то, «что применение эксперимента и различных комплексов учебного оборудования дает больший педагогических эффект по сравнению с отдельными средствами наглядности». Здесь происходит не простое сложение результатов наблюдений и теории, в результате взаимосвязей возникает новое их свойства» [2].

Но если пойти по пути всеобщей индивидуализации обучения на основе информационных и коммуникативных технологий, не заботясь о преимущественном развитии коллективных по своей форме и сути учебных занятий с развитыми возможностями диалогического общения и взаимодействия, можно упустить саму возможность формирования мышления студентов. Реальна и опасность свертывания социальных контактов, индивидуализма в производственной и общественной жизни.

Уже сейчас многие студенты считают, что если они, используют компьютер, то это освобождает их от необходимости изучать основы предмета, уметь считать, грамотно писать – за них это все сделает компьютер. Количество студентов, пытающихся найти необходимую им информацию только в интернете и при этом не умеющих работать в библиотеке, со справочниками, учебниками и т.п., быстро увеличивается.

Значит, используя в процессе обучения компьютер, необходимо так строить работу с ним, чтобы показать студентам роль их собственных знаний. При составлении программ и планировании занятий необходимо уделять особое внимание работе с книгой, способам получения, обработки и транслирования информации кроме компьютерных.

На современном этапе перед системой образования поставлены новые приоритеты. При этом ведущим является подготовка подрастающего поколения к

жизни в быстро меняющемся информационном обществе, в мире, в котором сильно ускоряется процесс появления новых знаний, постоянно возникает потребность в новых профессиях, в непрерывном повышении квалификации и индивидуализации образовательного процесса.

И ключевую роль в решении этих задач играет владение современным человеком инновационными технологиями. Поэтому жить в современном мире, адекватно этому миру, сможет тот, кто умеет использовать современные информационные технологии.

Литература:

1. Кафедра физики и математики: инновационные образовательные технологии /авт.-сост. Т.Г. Попова, Г.А. Кругова, О.Г. Закирова; под ред. О.В. Кузьмина. Волгоград: Учитель,2010.
2. Педагогика. Педагогические теории, системы, технологии. (Под ред. С.Смирнова. - М.: Академия, 1999)
3. Поисковая система Интернет www.yandex.ru.

УДК 577.3

Жумабаева Т.Т., Куроптева З.В.
ОшГУ, *ИБХФ РАН, г. Москва

Радиосенсибилизация гипоксических клеток опухолей электроноакцепторными нитроимидазолами и природа парамагнитных центров опухолевой ткани

Введение. Наиболее важным фактором, влияющим на радиочувствительность клеток организма, является кислородный статус клеток. Гипоксические клетки, в которых концентрация кислорода составляет не более I мкМ, приблизительно в 3 раза более радиорезистентны, чем оксигенированные клетки. Кровоснабжение в большинстве нормальных тканей достаточно, чтобы поддержать концентрацию внутриклеточного кислорода по крайней мере 30 мкМ. Этого количества, чем достаточно, чтобы поддержать высокую радиочувствительность. Гистологические исследования опухоли показали, что на расстояниях, больших чем 150 -200 мкм от микрокапилляра часто присутствует области некроза. Некроз возникает вследствие того, что слаборазвитая кровеносная система опухоли снабжает кислородом в основном клетки, прилегающие к капиллярам, удаленные клетки гибнут из-за недостатка кислорода. Клетки, лежащие на промежуточных расстояниях, поглощают малое количество кислорода и становятся радиорезистентными гипоксическими клетками [1,2]).

Во многих опухолях фракция гипоксических клеток составляет 10-20%. Относительно радиорезистентные гипоксические клетки выживают при дозах обучения, достаточная для полного уничтожения всех оксигенированных клеток опухоли. После облучения убитые оксигенированные клетки уничтожаются, опухоль уменьшится в размерах, но оставшиеся гипоксические клетки могут оказаться реоксигенированными и привести к последующему росту опухоли и метастазам. Поэтому наиболее полное уничтожение фракции гипоксических клеток опухоли является важнейшим условием эффективной радиотерапии [3].

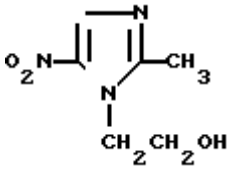
Одним из способов преодоления резистентности опухоли в радиотерапии является фракционированное облучение. Считают, что причиной более высокой эффективности фракционированного облучения может являться то, что в перерывах между облучением осуществляется реоксигенация гипоксических клеток [3].

Электроноакцепторные соединения. В 1960 г. Г.Адамсом в Англии были начаты работы по поиску химических соединений, которые обладали бы способностью избирательно повышать чувствительность гипоксических клеток к действию радиации [1, 3-7]. В 1960-1973 гг. были найдены соединения, которые могли сенсибилизировать гипоксические клетки *in vitro*, но были очень токсичными при использовании их *in vivo*. Так, последовательное изучение нитросоединений с электроноакцепторными свойствами привело к открытию нитрофуранов, обладающих высокой способностью сенсибилизировать клетки млекопитающих в гипоксических условиях [7,8], но эти соединения трудно использовать в опытах *in vivo* из-за их высокой токсичности и низкой метаболической стабильности.

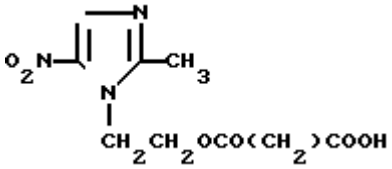
В настоящее время наиболее перспективными в условиях *in vivo* оказались производные 2 и 5 - нитроимидазола [9,10]. Из них выделяют два соединения, которые сенсибилизируют широкий диапазон экспериментальных солидных опухолей, и оба применяются в клинике. Это – метронидазол (производное 5-нитроимидазола) и мизонидазол (производное 2- нитроимидазола) [7,11]. В 1973-1974 гг. было установлено, что производное 5-нитроимидазола – метронидазол (МЗ) способен эффективно сенсибилизировать гипоксичесике клетки, являются метаболически устойчивым, обладает низкой токсичностью и может быть использован при радиотерапии опухолей человека. Производное 2-нитроимидазола – мизонидазол оказался лучшим сенсибилизатором по сравнению с МЗ и в 1974г. был впервые использован при лечении людей. Но эффективность применения мизонидазола в клинике ограничивается его токсичностью, в частности, довольно высокой нейротоксичностью [9,7].

Для ряда опухолей животных наблюдали наибольшую эффективность сенсибилизации метронидазолом и мизонидазолом при введении за 30 мин. до начала облучения [12-13], когда время облучения совпадает со временем максимального накопления препарата в опухоли.

Метронидазол (синонимы: флагил, трихопол) формулы (I) **Химическое название**: 1-(b-оксиэтил)-2-метил-5-нитроимидазол) противопротозойный и противомикробный препарат. Метронидазол входит в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Молекулярный вес 172,25. Соединение растворяется в воде 15 ммоль, т. е. 1 % при 20^0С, медленно растворяется в спирте, хлороформе и других органических растворителях.



Мизонидазол формулы (II) имеет структуру: моно-β-(2'-метил-5'-нитроимидазолил-1')-этилового эфира янтарной кислоты формулы



Фармакокинетические исследования мизонидазола (Мизо) показали, что при пероральном введении, который является основным путем введения, максимум накопления препарата в сыворотке крови мышей наступает через 1-1,5 ч. после введения и сохраняется до 4 ч. Период полувыведения составляет примерно 14 ч. Через 24 ч. остается около 25% препарата в крови. Доза препарата в сыворотке крови коррелирует с вводимой дозой [14].

Нитроимидазолы являются соединениями многопланового действия. Авторами [15, 16] были проанализированы литературные данные по проявлению различных видов биологической активности нитроимидазолов и необходимости для этого проявления условий для восстановительного метаболизма этих соединений. Результаты этого анализа представлены в таблице 1. Они показали, что для проявления основных видов биологической активности указанных нитросоединений необходимо их

восстановление, а это значит, что биологическая активность нитроимидазолов обусловлена продуктами неполного восстановления этих соединений.

Таблица 1.

Эффективность сенсибилизирующего действия мизонидазола для различных солидных опухолей животных [15,16]

Метод анализа	Вид опухоли	Содержание гипоксической фракции, %	ФИД		ссылки
			0,2 – 0,3 мг/г	10,0 мг/г	
Выживаемость клеток	Опухоль молочной железы ЕМТ 6	20	-	2,2	(24)
	Опухоль молочной железы ЕМТ 6	-	-	2,4 - 2,9	(22)
	Плоскоклеточная карциноме Д мышей	18	-	1,0	(25)
	Саркома мышей СВА	10	1,3	2,2	(26)
	Саркома КНТ мышей СЗН	6	-	2,0	(27)
Замедление роста опухоли	Саркома мышей СВА	10	1,0	1,5	(28)
	Карцинома мышей СВА	6	-	2,1	(29)
	Плоскоклеточная карцинома мышей	18	-	2,0	(30)
Излечение опухоли	Карцинома молочной железы мышей СЗН	10	1,7	1,8	(31)
	- - - -	-	1,8	2,3	(22)
	- - - -	-	-	2,4	(32)

<u>Исследование методом ЭПР метаболических парамагнитных центров в тканях животных.</u>

Посттрадиционные изменения в клеточном метаболизме тканей облученных животных могут быть выявлены по изменению содержания или природы метаболических парамагнитных центров. Метод ЭПР дает неоценимую информацию о важнейших процессах, протекающих в клетках и тканях животных.

В настоящее время известны спектры ЭПР практически всех органов животных, накоплен большой материал о природе метаболических парамагнитных центров, обусловливающих эти спектры ЭПР, доказано существование количественной взаимосвязи между содержанием парамагнитных центров и уровнем окислительно-восстановительных реакций [17-19, 20-31]

Материалы и методы. В опытах использовали мышей колонии SHK с привитой саркомой 37(С-37). Были отобраны животные весом 20-22 г. Для перевивки опухоли животным подкожно от бедра к лапке вводили асцитную жидкость С-37 в объеме 0,2 мл (концентрация 15-10 клеток в 1 мл). Опухоль возникала в 100% случаев.

Объектами исследования служили образцы тканей солидн опухоли С-37, отобранные через разные промежутки времени после перевивки. Образцы опухоли отбирали ежедневно с 3 по 16 сут после перевивки С-37. Непосредственно после декапитации животных быстро готовили образцы тканей в виде столбиков длиной 3,5 см и диаметром 3,5 мм и замораживали их в жидком азоте (77 К).

Был использованы метронидазол, очищенный из коммерческого препарата «трихопол». Очистку «трихопола» проводили следующим образом: 80 таблеток по

0,25 г трихопола растворяли в 200 мл спирта, раствор подогревали до кипения и выдерживали в течение 40 мин на медленном огне. Далее раствор фильтровали на складчатом фильтре, осадок отбрасывали, а супернатант выдерживали в холодильнике в течение суток. После выдерживания раствор еще раз фильтровали и высушивали в затемненном от света месте. Раствор МЗ вводили животным внутрибрюшинно в дозе 1 мг/1 г веса животного. Остальные препараты брались с расчетом 2 мг на 1 животное со средним весом 20-22 г.

Облучение образцов. Облучение опухолей животных проводили на рентгеновской установке РУТ-200-20-3 ИХФ АН СССР в дозе 30 гр при мощности дозы Р = 2,5 гр/мин. Локальность облучения обеспечивали экранированием тела животных при помощи свинцовых кассет, на которых в области бедра с привитой опухолью имелись специально приготовленные отверстия. Одновременно облучали 5 животных. На каждый срок исследования в серии забивали по 5 мышей в опыте и столько же в контроле.

Регистрация спектров и обработка результатов. Спектры ЭПР тканей и модельных систем измеряли на радиоспектрометре ER-220 Д фирмы «Брукер» в комплектации с ЭВМ «АСПЕКТ 2000», ФРГ. Использование ЭВМ позволяло копить спектры ЭПР, производить вычитание и сложение спектров, измерять полуширины линий, значение g-фактора и величину сверхтонкого расщепления. Спектры ЭПР записывали в виде первой производной кривой резонансного поглощения при температуре образца 77 К.

Величины g-факторов сигналов ЭПР определяли с помощью ЭВМ «АСПЕКТ 2000». Кинетические зависимости были построены по величине амплитуды сигналов ЭПР от соответствующих центров. Это было возможно, так как во всех проведенных измерениях полуширины сигналов ЭПР от парамагнитных центров одного типа оставались одинаковыми.

В качестве оценки статического разброса величин интенсивностей сигналов ЭПР образцов тканей разных животных в одной серии использовали величину среднеквадратичного отклонения для доверительного интервала 90%.

Природа парамагнитных центров в опухолевых клетках. В спектрах ЭПР тканей при патологии часто фиксируются новые, несвойственные нормально функционирующим тканям сигналы. В малигнизированных тканях животных были обнаружены два типа сигналов ЭПР, не наблюдавшихся ранее в нормальных тканях [17-19, 20-33). Это – сигнал с g=2,03 нитрозильных комплексов железосерусодержащих белков и сложный сигнал с триплетной сверхтонкой структурой с центром при g=2,01 и расщеплением, а = 17 Гс (рис.1.3) нитрозильных комплексов гемсодержащих белков.

Установлено, что сигнал с g=2,03 появляется в условиях гипоксии. В работе [28] наблюдали появление сигнала с g = 2,03 при некрозе тканей, а затем по мере исчезновения этого сигнала возникал сигнал с триплетной структурой с g = 2,01. Авторы связывают возникновение сигнала с g = 2,03 с первыми стадиями нарушения метаболизма в тканях, а в условиях отмирания тканей возникают центры, ответственные за сигнал с g = 2,01.

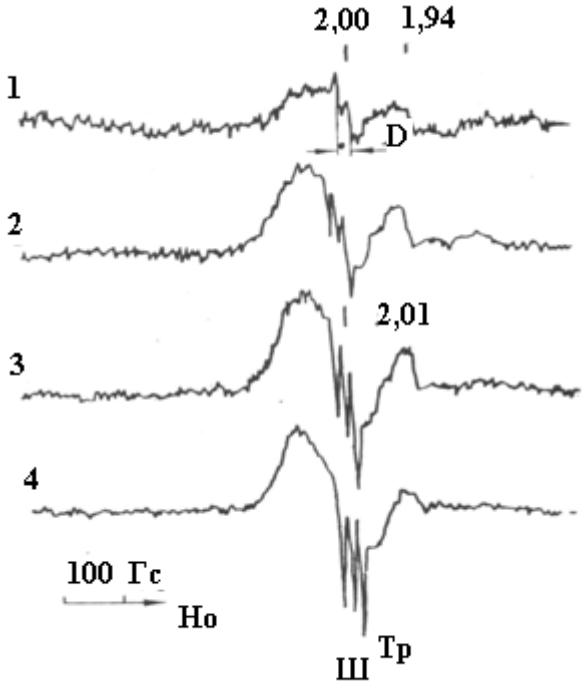


Рис.1. Спектры ЭПР интактных опухолей: 1 – 5-е, 2-7 – е, 3-8 – е, 4-9 – е сут после превивки опухоли С-37. Условия регистрации спектров: $P_{СВЧ}$=20 мВт, амплитуда модуляции М=4 Гс, $T_{рег}$=77 К.

Опухоль. На рис. 1 представлены спектры ЭПР опухоли С-37 в различные сроки развития опухоли. В образцах опухоли в ранние сроки после перевивки (5-7-е сутки) (рис.1.1.) регистрируется дублетный сигнал с g-фактором 2,005 и с расщеплением a = 20 Гс, обусловленный активной формой рибонуклеотидредуктазы [32,33]. Наблюдается также сигнал с g = 1,94, обусловленный ЖСБ 1-го комплекса дыхательной цепи митохондрий. В спектрах ЭПР образцов опухоли по мере развития ее увеличивается интенсивность сигнала ЭПР нитрозильных комплексов Гем-NO с g = 2,01. Начиная с седьмых суток после перевивки опухоли, сигнал ЭПР (рис. 1. 2-4) в области g – факторов 2,00 является суммой двух сигналов: нитрозильных комплексов Гем-NO и рибонуклеотидредуктазы. Форма сигнала ЭПР нитрозильных комплексов Гем-NO меняется в процессе развития опухоли. Из сравнения спектров ЭПР на рис. 1.2-4 видно, что по мере роста опухоли уменьшается вклад широкой компоненты сигнала нитрозильных комплексов (на рис.1.2 отмечена высопольная компонента g = 1,98), а увеличивается интенсивность хорошо разрешенного триплетного сигнала с g ≈ 2,01, и расщеплением в триплете a = 17 Гс. Известно [34,35], что форма спектров ЭПР нитрозильных комплексов Гем-NO зависит от состояния четвертичной структуры молекулы гемоглобина. Так б – субъединицы комплекса Гем-NO имеют различные спектры в R и T состояниях четвертичной структуры. Появление хорошо разрешенной триплетной структуры в спектре ЭПР комплексов Гем-NO обусловлено взаимодействием окиси азота с б – субъединицами гемоглобина в Т-состоянии.

В спектрах ЭПР экспериментальных опухолей появление хорошо разрешенной триплетной структуры регистрировали как на поздние сроки развития опухолей, так и в первые же часы после совместного действия на опухоль МЗ и радиации.

Кинетические зависимости изменения интенсивности сигналов нитрозильных комплексов Гем-NO после облучения опухоли, введения МЗ и совместного действия представлены на рис. 2.

Облучение опухоли вызывает незначительное увеличение сигнала ЭПР нитрозильных комплексов Гем-NO (рис.2 а) во все сроки наблюдения в посттрадиционном периоде. Введение МЗ приводит к увеличению интенсивности сигнала нитрозильных комплексов Гем-NO через 3 часа после введения, причем это увеличение временно и к 6 часам интенсивность сигнала ЭПР такая же, как в образцах опухоли без воздействия (рис.2 б).

Содержание комплексов Гем-NO в образцах облученной опухоли с МЗ увеличивалось дважды – через 1 час после облучения опухоли и значительно – через 6 часов после облучения опухоли. Увеличение интенсивности сигнала ЭПР комплексов Гем-NO обусловлено распадом образовавшихся под действием радиации продуктов восстановления МЗ с выделением окиси азота, которая взаимодействует с гемоглобином с образованием нитрозильных комплексов Гем-NO. Небольшое увеличение содержания комплексов Гем-NO в образцах опухоли через 6-9 часов после облучения может быть обусловлено увеличением доли гипоксических зон опухоли, так как известно, что в гипоксических условиях скорость восстановления эндогенных азотосодержащих соединений с выделением окиси азота резко возрастает. Кроме того, может вносить вклад образование некротических участков в результате развития посттрадиционных нарушений в клетках.

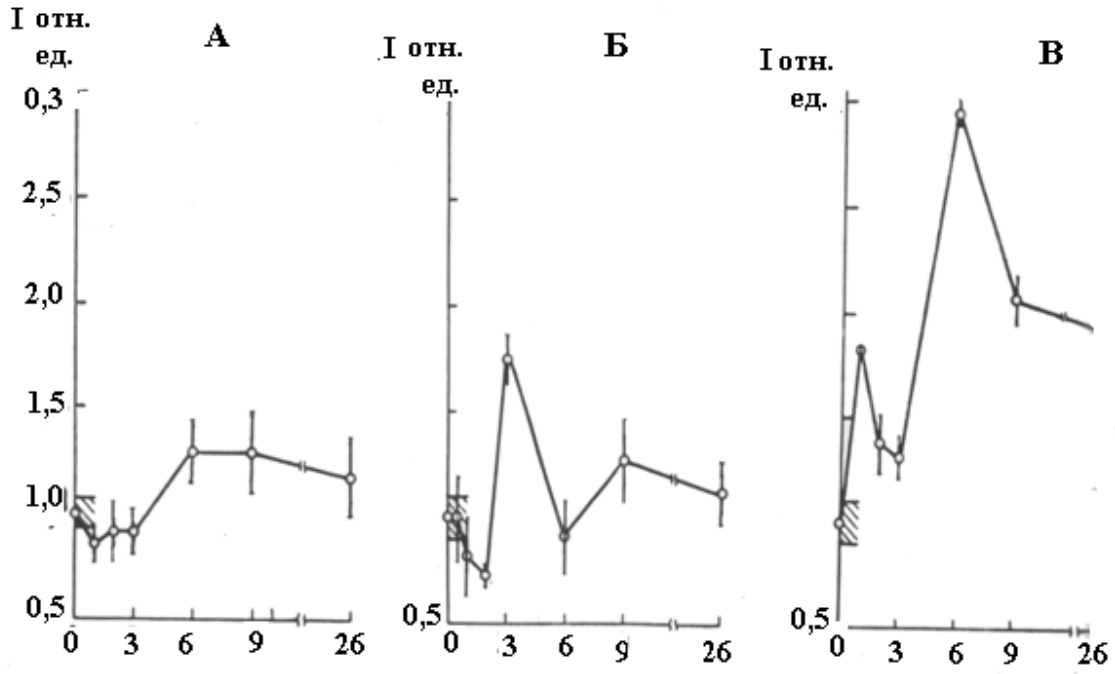


Рис.2. Изменение интенсивности сигналов ЭПР нитрозильных комплексов гембелков в тканях опухоли: а – после локального облучения опухоли, б – после введения МЗ, в – после облучения опухоли через 30 мин после введения МЗ.

Увеличение сигнала нитрозильных комплексов Гем-NO после введения МЗ свидетельствует об образовании продуктов восстановления МЗ (нитрозопроизводные и гидроксиламины) в процессе биотрансформации в опухоли, которые частично могут подвергаться денитрозированию и приводить к образованию нитрозильных комплексов Гем-NO.

Рост содержания нитрозильных комплексов Гем-NO в опухоли при комбинированном действии МЗ и радиации должен отражать общее увеличение содержания в опухоли продуктов неполного восстановления МЗ, индуцированных облучением. Механизм восстановления нитрогруппы ароматических нитросоединений

хорошо известен [36]. В процессе шестиэлектронного восстановления нитросоединений образуются следующие продукты: анион-радикал, нитрозопроизводное, гидроксиламин и конечный стабильный продукт – аминопроизводное [36-38].

$$RNO_2 \xrightarrow{e} RNO_2^{\cdot -} \xrightarrow[2H^+]{e} RNO \xrightarrow[2H^+]{2e} RNHOH \xrightarrow[2H^+]{2e} RNH_2$$

Установлено, что отрыв окиси азота осуществляется на стадии образования промежуточных продуктов неполного восстановления нитрогруппы – нитрозо – или гидроксиламинпроизводных, поэтому наблюдаемое увеличение сигнала нитрозильных комплексов Гем-NO в облученной опухоли с МЗ (рис. 15 в) свидетельствует о том, что облучение индуцирует в опухоли повышенное содержание продуктов неполного восстановления нитрогруппы. Наиболее вероятно, что увеличение содержания нитрозильных комплексов Гем-NO происходит в основном, в гипоксических зонах опухоли, так как в присутствии кислорода процесс дальнейшего восстановления нитрогруппы маловероятен: кислород обладает более эффективными электроноакцепторными свойствами чем нитросоединения (потенциал восстановления O_2 – 155 мВ, МЗ – 486 мВ) и может акцептировать электроны с индуцированных облучением анион-радикалов нитросоединения, приводя к образованию супероксидного анион-радикала и исходного нитросоединения.

$$RNO_2 \longrightarrow RNO_2^{\cdot -} \longrightarrow RNO \rightarrow RNHOH \rightarrow RNH_2$$

$$O_2^{\cdot -} \qquad O_2$$

В работах [37,38] было показано, что промежуточные продукты неполного восстановления нитрогруппы – нитрозо и гидроксиламинпроизводные являются во много раз более токсинными, чем исходное нитросоединение и конечный продукт восстановления – аминопроизводное.

На основании представленных выше и литературных данных можно предположить, что появление в гипоксических зонах опухоли с введенным радиосенсибилизатором - метронидазолом токсичных продуктов неполного восстановления нитрогруппы, повышенное содержание которых индуцируется облучением, является основным фактором в механизме радиосенсибилизирующего действия МЗ и других нитросоединений.

Локальное облучение опухоли через 30 мин. после введения нитросоединений вызывает значительное увеличение в опухоли содержания нитрозильных комплексов Гем-NO, что свидетельствует об интенсивном образовании в опухоли после облучения промежуточных продуктов неполного восстановления этих соединений.

На основании представленного материала можно сделать заключение, что в настоящее время имеется недостаточно данных о молекулярном механизме радиосенсибилизирующего действия нитросоединений, а также о тех изменениях метаболических процессов в клетках, индуцированных действием радиосенсибилизаторов, которые ответственны за эффект радиосенсибилизации. Эти данные важны не только для понимания механизмов биотрансформации нитросоединений и природы вызываемых ими изменений биохимических процессов, но и для поиска, отбора и прогнозирования эффективности новых типов модификаторов, повышающих радиочувствительность опухолей. В связи с этим, в

настоящей работе были поставлены задачи изучить новые аспекты молекулярных механизмов действия нитросоединений, используя возможности метода ЭПР; специфику биотрансформации нитросоединений в организме при локальном облучении опухоли и модификацию нитросоединениями первичного радиационного поражения тканей опухолей и органов животных-опухоленосителей.

В заключение можно отметить, что МЗ влияет на важнейшие биохимические внутриклеточные системы, такие как дыхательная цепь, цитохром Р-450 эндоплазматического ретикулума, мембранные системы, молибденсодержащие ферменты и др. Но все наблюдаемые изменения в тканях животных обратимы.

Литература:

1. Nyggard 0., Ader H., Sinclair W.K. (Eds). Radiation Research biomedical, chemical and physical perspectives.// New York, Academic Press. 1975.
2. Thomlinson R.H., Gray L.H. The histological structure of some human lung cancers and the possible Implications for radiotherapy. // Br. J. Cancer. 1955. V.9. P.539.
3. Adams G.E. Hypoxic cell radiosensitizers for radiotherapy: // In: Cancer: A comprehensive Treatise. 1977. V.6. P.181-224. New York, Plenum Press. Ed. Becker F. F.
4. Adams G.E., Dewey D.L. Hydrated electrons and radiobiological sensitization.// Biochem. Biophys. Res. Commun. 1963. V.12. P. 473.
5. Adams G.E., Prospects and problems with hypoxic radiation sensitizer.// In: (Breccia A., Rimondi C., Adams G.E. eds) Radiosensitizers of hypoxic cells. Amsterdam: Elsevier - North - Holland Biomedical Press. 1979. P.13-29.
6. Adams G.E., Flockhart V.R. Electron-affinic sensitizations. VII. A correlation between structures, one-electon reduction patentials and efficiencies of some nitroimidazoles as hypoxic cell radiosensitizers. // Radiation Research. 1976. V.67. P.9.
7. Adams G.E., Towler J.F. Nitroimidasoles as hypoxic cell sensitizers in vitro and in vivo. // In modification of Radiosensitivity of Biological systems. J., A.E.E. Advisory Group Meeting, Vienna. 1976. P.103-117.
8. Carcinogenesis - A comprehensive survey, V.4, Nitrofurans; chemistry, metabolism, mutagenesis and carcinogenesis, Raven Press, -1978. -N.4.
9. Asquith J.C., Watts M.E., Patel K., et al. Electron-affinic sensitization. V, Radiuosensitization of hypoxic bacteria and mammalian cells in vitro by some nitroiraidazoles.// Radiat. Res., 1974. V.60. P.108.
10. Denekamp J., Fowler J.F. Radiosensitization of solid tumours by nitroimidazoles. // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 1978. V.4. P.143-151.
11. Asguith J.C., Foster J.C., Wilson R.L., Ings R., Metronidazole (Flagyl). A radiosensitizer of hypoxic cells. // Br.J. Radiology. 19. V.47. P.474-481.
12. Foster J.Y., Flockhart J.R., Disches S., et al. Serum concentration meazurements in man of the radiosensitizer RO-07-0582: Some preliminary results ./ Br. J. Cancer 1975. V.31. P.679-683.
13. Brown J.M. Selective radiosensitization of the hypoxic cells of mouse tumours with the nitroimidazoles, metronidazole and RO-07-0582. // Radiation Research 1975. V.64. P.633.
14. Wasserman T.H., Phillips T.L., Jonson R.J. et al Initial united states clinical and pharmacologic evaluation of misonidazole (RO-07-0582) an hypoxic cell radiosensitizer.// Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. -1979. -V.5. -N.6. -P.786.
15. Josephy P.D., Palcic B., Skarsgard L.D. Syntesis and properties of reduced derivatives of misonidazole. // In radiation sensitizers, Brady, L.W. (Ed). New York, Masson, -1980. -P.61-64.
16. Schroy C.B., Biaglow J.E. A novel use of an oxidase electrode to determine factors

affecting the in vitro production of hydrogen peroxide by Ehrlich cells and 1-chloro-2, 4-dinitrobenzene, // Fed. Proc, -1980. -V.J9. -P.1751 (abstract).
17. Ажипа Я.И. Медико-биологические основы применения метода ЭПР. 1983. М.: Наука.
18. Свободные радикалы в биологии. -1979. С.312., М.: Мир., (Под ред. Прайора У.).
19. Ингрем Д. Применение ЭПР в, биологии. -1972. М.: Мир.
20. Блюменфельд Л.А. Проблемы современной биологической физики. Москва, Наука. -1977.
21. ESR and NMR in biology and medicine and magnetic resonance in biological system. // Ann. Acad. Sci., -1975. V.22. P.1124., (Ed. by S.E.Larers, P. Miloy).
22. Swarts H.M., Bolton J.R., Borg D.C. Biological applications of electron spin resonance. Wiley-Intern., Science, New York, H. Sydney, Toronto, 1972. -P.415.
23. Константинов А.А., Рууге Э.К. Исследование семихинона коэнзима в субмитохондриальных частицах сердца быка методом ЭПР. // Биоорганическая химия. -1977. -Т.3. -№6. -С.787-798.
24. Schetre J.G., Wilson P.W. Identification by isotopic substitution of the ESR signal at g=1,94, in a non heme iron. // Proc. Natl. Acad. Sci. USA, -1964. -V.52. -N.5. –P. 1263.
25. Sands R.H., Bunkat W.R. Spectroscopic studies on tuo –iron ferrodoxins gurterly.// Rev. Biophys., -1974. -V.7. №4. P. 445-504.
26. Mallard G.R., Kent M. Difference obserbed between electron spin resonance signal from surviving tumour tissues and from their corresponding normal tissues,// Nature. -1964. -V.204. - P.1192.
27. Ванин А.Ф., Блюменфельд Л.А., Четвериков А.Г. К вопросу о природе сигналов ЭПР комплексов негеминового железа в клетках и тканях.//Биофизика. -1967. -Т. 12. -№5. -С.829-839.
28. Ванин А.Ф., Вахнина Л.В., Четвериков А.Г. К вопросу о природе сигналов ЭПР нового типа, обнаруженных в раковых тканях. // Биофизика. -1970. -Т. 15. -№б. – С.1044-1049.
29. Бурбаев Д.Ш., Лобанидзе А.В., О.гетерогенности железосерных центров S-2-в митохондриях и ткани сердца быка.// Биофизика. -1976. -Т.21. - №5. -С.942-944.
30. Scheyer H. EPR spectroscopy as a tool to study the mechanism of electron transfer.// In: Multienzyme systems in endocrinology. Progress in purification and methods of investigations. Eds. Cooper D.X., Salchanic H.A., Ac. Press. New York, -1973. -V.212. -P.467.
31. Авдеева О.С. Изучение методом ЭПР молекулярных механизмов действия радиации и метилнитрозометилмочевины на ткани здоровых животных и животных-опухоленосителей.// Канд. диссерт. Москва, -1980.
32. Жумабаева Т.Т. Совместное действие радиации и нитросоединений на парамагнитные центры тканей опухоли и органов животных-опухоленосителей.// канд. диссерт., Москва, -1987.
33. Пулатова М.К., Шарыгин В.Л., Тодоров И.Н. Radical enzyme RR in animal tissues during normal and pathological processes.// Todtmoos, Germany, 8-12 Sept, -1986, P.229. (abs).
34. Lauro S.W., Ribeiro P.O., Bemskey G. EFR spectral changes of nitrozul hemes and their relation to the hemoglobin T-R-transition.// Biochem. Biophys. Acta. -1981. -V.670. – N.1. - P.56-65.
35. Maxwell J.C., Caughey W.S. An infrared study of NO bonding to heme B and hemoglobin A. Evidence for inositol hexophosphate induced cleavege of proximal histidine to iron bonds. // Biochemistry, -1976. V.15. -N.12. -P.388-596.

36. Biaglow J.E., Varnes M.E., Roizen-Towle L., et al., Biochemistry chemistry of reduction of nitroheterocycles.// Biochem. Phar. -1986. -V.35. -N.1. -P.77-90.
37. Kogiya T., Ide H., Nishimoto W. Radiation-induced reduction of nitroimidazoles derivatives in aqueous solution. // Int. J. Radiat. Biol., -1983. -V.44. - N.5. - P.505-517.
38. Edwards D.L. Mechanisms of cytotoicity of nitroimidazole drugs. // Progress in Medicinal Chem.-1981. -V.18. – P. 87-116. (Eds. G.P.Ellis, G.B.West. Elsevier, North Holland).

УДК 576. 895. 775. 599. 32

Шекеев К.К.
ОшМУ

Алай кырка тоосундагы момолойлордун бүргөлөрү*(Aphaniptera)* жана алардын чума оорусунун козгогучу *Yersinia pestis* менен байланыштары

Алай кырка тоосу Алай-Түркстан тоо системасына кирет. Кеңдик багытта 350 км ге созулуп жатат. Орточо жазылыгы 70 - 80 км (Фергана өрөөнүнө чейин), эң бийик жери 5539 м (Тамдыкул чокусу) [1].

Алай кырка тоосунда 1989-жылдан бери ОшМУнун зоология жана экология кафедрасынын окумуштуулары тарабынан жана Оштогу чумага каршы бөлүмү менен ар түрдүү аймактарында, ландшафттар же биотоптордо 20 дан ашык экспедициялар уюштурулган. 286950 капкан-сутка иштетилип, момолойлордун 6 түрү кармалган[4]. Бул түрлөр Кыргызстандын аймагында кеңири кездешкен түрлөр болуп эсептелет [2].

Алай кырка тоосунун аймактарынан кармалган момолойлордун түрдүк курамы жана сандык көрсөткүчтөрү 1- таблицада берилген.

1 – таблица

Алай кырка тоосунун момолойлору жана сандык көрсөткүчтөрү (100 капкан/сутка).

№	Түрлөр	100 капкан/сутка бирдиктери
1.	Кескек *Cricetulus migratorius (Pallas, 1773)*	0,12±0,03
2.	Корум момолою *Alticola argentatus (Severtzov, 1879)*	0,82±0,06
3.	Памир момолою *Microtus (N.) Juldashi (Severtzov, 1879)*	1,26±0,07
4.	Кыр чеке момолою *Microtus (St) gregalis (Pallas,1779)*	0,96±0,08
5.	Кадимки момолой *Microtus arvalis (Pallas, 1779)*	0,16±0,03
6.	Чыгыш сокур момолою *Ellobius (E.) tancrei (Blasius, 1884)*	0,01±0,01

Таблицада берилгендей Алай кырка тоосунда момолойлордун ичинен саны өтө жогору болуп Памир момолою экендиги аныкталды. Кыр чеке момолою менен корум момолойлорунун сандары бир кыйла жогору, б.а. булардын сандык жыштыктары 1,26±0,07 жана 0,96±0,08 капкан/сутканы түздү.

Момолойлордогу бүргөлөрдүн *(Aphaniptera)* митечилик ээлери боюнча алганда, эң көп санда кездешкен Памир момолоюнда 19 түр бүргө, корум момолоюнда 16 түр бүргө митечилик кылаары аныкталды. Бул чычкандардан табылган бүргөлөрдүн биологиялык көп түрдүүлүгү боюнча алганда сандык жактан жогорулугу Алай кырка тоосундагы чуманын Алай жаратылыштык очогунун Чыгыш Алай жана Батыш Алай мезоочокторунда жогору экендиги такталды. Булардын сандык көрсөткүчтөрү 2-таблицада келтирилди.

2 – таблица

Алай кырка тоосунун корум жана памир момолойлорунда митечилик кылуучу бүргөлөрдүн түрдүк курамы жана сандык көрсөткүчү

№	Бүргөлөрдүн түрдүк курамы	Корум момолою	Памир момолою
		Доминанттык индекси	
1.	Pulex irritans	2,97±1,69	1,06±0,76
2.	Citellophilus lebedewi	1,98 ±1,38	0,53±0,53
3.	Callopsylla caspius	18,8±3,89	9,57±2,14
4.	Frontopsylla elata glabra	2,97±1,69	1,59±0,91
5.	F.protera	1,98±1,38	2,66±1,17
6.	F.ornata	3,96±1,94	2,66±1,17
7.	F.ambigua	1,98±1,38	1,59±0,91
8.	A.montana	2,97±1,69	11,7±2,34
9.	A.phaiomydus	11,9±3,22	19,1±2,87
10.	A.ph.Iskus	10,9±3,10	-
11.	A.primaris primaris	5,94±2,35	13,3±2,47
12.	A.anceps	1,98±1,38	6,38±1,78
13.	Pectinoctenus nemorosus	6,93±2,53	1,59±0,91
14.	Ctenophthalmus assimilis	2,97±1,69	-
15.	Ct.golovi	0,99±0,98	-
16.	N.pl.ariana	20,8±4,04	17,5±2,77
17.	N.simla	-	0,53±0,53
18.	C.(A.) penicilliger	-	1,06±0,75
19.	C.sciororum	-	0,53±0,53
20.	Paradoxopsyllus naryni	-	2,13±1,05
21.	Rhadinopsylla angusta	-	1,59±0,91
22.	R.li ventricosa	-	1,06±0,75
23.	N.meridiana	-	3,72±1,38

Жалпысынан чуманын Алай жаратылыштык очогунун фауналык структурасы боюнча, моногасталдык мүнөзгө ээ болгон [5].

Ал эми, 1988-жылы Батыш Алай мезоочогунун аймагында биринчи жолу чуманын оору козгогучун *(Yersinia pestis)* момолойлордон жана чычкандардан табышкан. Ошентип, Алай очогунун моногасталдык мүнөзү өзгөрүлүп полигасталдык мүнөзгө айланган.

Башкача айтканда, 1983-жылы чуманын Алай жаратылыштык очогунда чуманын оору козгогуч бактериясы бир гана кызыл суурдан *(Marmota caudata)* жана алардын бүргөлөрүнөн *C.lebedewi, O.silantiewi, Rh. li ventricosa* жана *P.irritans* бөлүнүп алынган болсо, кийинки изилдөөлөрдө бул бактерия *(Y.pestis)* чычкан сымал момолойлордо да кездеше тургандыгы далилденди [3].

Ал эми, момолойлордо митечилик менен жашашкан бүргөлөрдүн ичинен бир гана *A.primaris* бүргөсүнөн чума бактериясы табылган.

Жыйынтыктап айтканда, учурда чуманын Алай жаратылыштык очогунда момолойлордун жана аларда жашаган бүргөлөрдүн эпизоотиялык орду чоң болуп эсептелет.

Адабияттар:

1. Борбугулов М. Кыргыз жергеси энциклопедия. Фрунзе, 1990. – б. 26-27.
2. Кизилов В.А. Численность и распределение арчевых и серебристых полевок в Алае //Зоол. журн.-1962. -Т.41, -вып. 10. –С.1580-1582.

3. Кулназаров Б.К., Эргешбаев М.Б., и др. Об изменений моногостального характера Алайского природного очага чумы //Материалы научно-практической конференции проблемной экологии, охраны и рационального использования природных ресурсов. –Ош, 1990. -С.137–138.
4. Кулназаров Б.К. и др. Методические указания для проведения НИР по зоологии и экспериментальной экологии в экспедиции, на производственной практике и при камеральной обработке полевых материалов в лаборатории: Для аспирантов, дипломников и соискателей. -Ош, 1993. -73с.
5. Рыскулов К.Р. Эпизоотологическая и эпидемиологическая характеристика Гульчинского участка очаговости Алайского природного очага чумы //XII межреспуб. науч. - практ. конф. противочумных учреждений Средней Азии и Казахстана. -Алма–Ата, 1985. -С.130-132.

УДК 576. 895. 775. 599. 32

Мамашов Т.А., Миралы кызы А.
ОшМУ

Тоо этеги алкактагы жасалма жээк экотондору зооноз-инфекциялык ооручулардын потенциалдык очоктору

Дана краткая видовая структура мышевидных грызунов, в предгорных искусственных прибрежных экотонов и их эпизоотологическое значение.

Статьяда тоо этегиндеги жасалма жээк экотондорундагы чычкан сымал кемирүүчүлөрдүн түрдүк курамы жана бул жаныбарлардын эпизоотологиялык мааниси каралган.

The article presents the study of species composition of rodents, in the foothills of artificial coastal ecotones and their epizootic significance.

Фергана өрөөнү, Орто-Азиядагы тоо аралык ири ойдуң болуп эсептелет да, түндүгүнөн Алай, Түркстан, түндүк батышынан Тураны, Чаткал, Түндүк чыгышынан Фергана тоо тизмеги менен чектешет [2].

Бүгүнкү күндө Фергана өрөөнүндө табигый ландшафттар таптакыр калган эмес, башкача айтканда мурдагы табигый ойдуңдар, жээк токойлордон турган ландшафттар, антропогендик экосистемаларга-айыл чарба аянттарына (айдоо жерлер, жайыттар) айыл-кыштак, шаарларга айланып кеткен. Ушуга байланыштуу бул өзгөрүлгөн антропогендик экосистемаларда жаныбарлардын сапаттык жана сандык көрсөткүчтөрү, көп өзгөрүүлөргө дуушар болуп жатышат.

Биз изилдеген Фергана өрөөнүндөгү антропогендик экосистемаларда чычкан сымал кемирүүчүлөрдүн тогуз түрү аныкталган (1-таблица.).

1-таблица

Фергана өрөөнүндөгү тоо этеги бийиктик алкактарда кездешкен чычкан сымал кемирүүчүлөрдүн түрдүк курамы

№	Түрлөр	%
1.	Токой барак куйругу (Dryomys nitedula Pallas, 1779)	2,88±0,28
2.	Кичине кошаяк чычкан (Allactaga elater Lichnstein, 1825)	0,24±0,08
3.	Кадимки момолой (Microtus arvalis Pallas, 1779)	6,16±0,14
4.	Тамариск кум чычкан (Meriones tamariscinus Pallas, 1779)	6,52±0,43

5.	Кызыл куйрук кум чычкан (Meriones libycus Lichtenstein, 1823)	11,7±0,55
6.	Токой чычкан (Apodemus sylvaticus Linnaeus, 1758)	14,9±0,61
7.	Үй чычканы (Mus musculus Linnaeus. 1758)	27,8±0,77
8	Түркстан келемиши (Rattus turkestanicus Satunin, 1903)	23,1±0,73
9.	Боз келемиш (Rattus norvegicus Berkenhout, 1769)	6,82±0,43

Биринчи таблицада берилгендей, тоо этеги алкактагы чычкан сымал кемирүүчүлөрдүн, антропогендик экосистемаларда таркалышы жана сандык жыштыктары анализденгенде, бул изилденген антропогендик экосистемалардын ичинен чычкандардын биологиялык көп түрдүүлүгү, жана сандык көрсөткүчтөрү, жасалма жээк экотондорунда (мелиоративдик, магистралдык, каналдарда) суу сактагычтардын (Кемпир-Абад, Төрт-Көл, Найман, Папан) жээктери, өзгөрүлгөн табигый дарыялардын жээктеринде өтө жогору экендиги далилденди. Мисалы, бул жасалма жээк экотондордогу чычкан сымалдуулардын жалпы сандык молдугу 27,9 % түзүшөт.

Жогорудагы маалыматтарга таянсак жасалма жээк экосистемаларда чычкан сымал кемирүүчүлөрдүн жашоосу үчүн өтө ыңгайлуу жана жашап көбөйүүгө чоң шарттар түзүлгөндүгү көрсөтүп турат.

Бул чычкан сымал кемирүүчүлөрдүн жаратылыштык зооноздук оорулар жана аларды ташып жуктуруучу сырткы мителер (бүргөлөр, кенелер, биттер ж.б.) зооноздук оору козгогучтарды (бактериялар, вирустар) менен паритоценоздук байланышта [1].

Бул чычкан сымал кемирүүчүлөр Кыргызстандын аймагында кээ бир зооноздор менен тыгыз байланышкан. Аларга туляремия, Лихорадка Ку , лептоспироз, ж.б. жаратылыш инфекциялык ооруу козгогучтарды алып жүрүүчүлөдөн болуп эсептелет, жыйынтыктап айтканда, тоо этегиндеги алкагында антропогендик экосистемаларда чычкан сымалдуулардын түрдүк курамы жана алардын сандык көрсөткүчтөрү жогоруулугу, ар түрдүү зооноздордун потенциалдык очокторунун калыптанышына өбөлгөлөр түзүлгөн. Ошондуктан бул жогорудагы зооноз инфекциялык ооруларды эпизоотологиялык чалгындоолорду жасалма жана өзгөрүлмө жээк экотондорунда жүргүзүү учурдун талабы болуп эсептелет. Мисалы, туляремия оорусунун козгогучу үчүн жээк экотондору өтө ыңгайлуу биотоптордон болуп эсептелет. Ошондой эле Лихорадка Ку кызыл куйрук кум чычкандан ал эми лептоспироз кадимки момолой чычкандардан табылган.

Адабияттар

1. Атабеков У.А. Түштүк Кыргызстандын чычкан сымал кемирүүчүлөрүнүн фаунасы:. автореф. Дисс. ...канд. биол. Наук. – Бишкек, 2013. – 24 с.
2. Борбугулов М. Кыргыз жергеси энциклопедия. Фрунзе, 1990. – б. 26-27.
3. Кулназаров Б.К. Млекопитающие юга Кыргызстана, проблемы их охраны. Биолого-почвенный институт НАН КР. -Бишкек, 2008. -216с.
4. Кулназаров Б.К. Паразитоценозы Алайского природного очага чумы / Б.К.Кулназаров, К.И.Алтыбаев, Г.А.Садыкова; Биол.-почв. ин-т Нац. АН Кырг.Респ. - Бишкек, 2008.- 136 с.

ИСТОРИЯ И ТЕРМИНОЛОГИЯ

УДК 1:159.9.01:057.66

Сулайманов Ш.А., Иманалиев К.Т.,
Джаанбаев М., Исаков А.Ж.
ОМОКБ, Клиника Манас руху, г.Ош

Медицина от эпохи кочевой цивилизации до эпохи глобализации

«Адамзаттык маанидеги «Рух Аалам Илимдер Медицинасы-Ош 3000».
Бул макалада авторлор кучмундур цивилизациясынын этногендик медицина илимдер системасынын ус\п-ун\г\\с\н\н рухий-эзотерикалык, диний-космикалык, илимий-философиялык этаптарын изилдешкен.

Учение Духовно Космической Медицины, названного «Глобал Манас Руху-Ош 3000».
В данной статье авторы привели основные этапы развития этногенной медицины кочевой цивилизации в духовно-эзотерическом, религиозно-космическом, научно-философском аспекте.

Teaching Spiritual Space Medicine entitled "Global Manas Ruhu Osh-3000".
In this article the authors researched the main stages of ethnogenesis medicine of nomadic civilization from the spiritual and esoteric, religious and space, scientific and philosophical point of view.

Этномедицина кочевой цивилизации - это наука о духовном оздоровлении общества. Народы кочевой цивилизации большое значение придавали небесным силам, небесным телам и небесным наукам |1|. Они через посредство небесных наук познавали себя, и через себя познавали Создателя т.е. Высший Космический Разум. |15| Они также прекрасно знали: единство Высшего Космического Духа, природы Адама и окружающей среды; чего мы сейчас часто забываем – необходимо соблюдать это Божье учение, о законах природы и об единстве Разума, Духа и тела человека. |4|

Следовательно, Разум человека и Дух человека; а также учение об астрологии и о Манасе относятся к небесным наукам, которые подчиняются Божьему закону. На основе Божьего закона и мировых духовных учений: как «Шаманизм», «Зороастризм», «Даосизм», «Буддизм», «Иудаизм», «Тенгрианство», «Христианство» и «Ислам», - Нами. (№00021 от 30.04.97 г.) были разработаны и прошли регистрацию в Государственном агентстве интеллектуальной собственности при Правительстве Кыргыской Республики (ГАНИС) - Новая Научная Система - «Система Небесных Наук», которая является вершиной этномедицины кочевой цивилизации и основой мировых духовно-эзотерических учений. |5,6,7,8,9,10,11,12,13| Кроме того, нами разработаны научно-космическая система об Адаме, что в истории мировой медицины должно служить как основной инструмент в самопознании человека и всего человечества в духовно-эзотерическом, психо-биоэнергетическом и нейрофизиологическом аспекте. |2,13|

Итак, мы познавая себя, познаем Создателя - Высшего Космического Разума и через познание Создателя познаем сущности Адама, а именно сущности каждого человека и всего человечества. |7,8,9|

Сегодня нам ясно, что информационная энергия Космоса, несущия информационный заряд, пронизывает любую материю, снимая и передавая информацию Высшего Разума. Отсюда становится ясно, что все вокруг нас заполнено информационным зарядом, а «слова» через астральное и ментальное тело действует на судьбу и на здоровье человека. Нам кажется, что все небесные науки, а именно: эзотерика, религия, философия, астрология, астрономия, а также этномедицина и учение о Манасе |14| все они зародились в недрах кочевых народов. |1,4,5,14|

Астрология и этномедицина кочевой цивилизации – все цивилизации в истории человека, независимо от того настолько далеко в прошлом они существовали, имели одни и те же названия и систему созвездий. Единственное здоровое обьяснение этому заключается в том, что сам Бог научил Адама значению созвездий и это передавалось дальше из поколения к поколению | Христианская газета. №10, «Твой путь», 2008 | .

Когда мы говорим, что Высший Космический Разум намного старше и мудрее нас, мы должны исходить из астрономических и астрологических понятий. Космические величины «пространства и время» во много раз превосходит наше земное, а наша Солнечная Система одна из молодых звездных систем Галактики, которая насчитывает сотни миллиардов звезд. Отсюда и понимание разности в возрасте нашего земного и Высшего Космического Разума. Кочевые народы впервые занимались астрономией, астрологией и другими небесными науками. | 1,15 |

Медицина кочевой цивилизации – это Арийская медицина, медицина Гуннов а также Саков | 4 | т.е.-это космическая медицина, а космическая медицина – это логика о Вселенной, а логика эта небесная наука т.е. Божественная наука: О космическом мышлении, космическом сознании, космическом разуме Самого Создателя. | 13 |

Таким образом, мы глубоко убеждены, что Тибетская медицина – это медицина кочевой цивилизации, которая была настолько ближе к Создателю как Отец, Сын и Святой Дух. Также мы знаем, что природа человека она Божественная, поэтому человека мы должны изучать не только в физическом плане, но и в духовно-эзотерическом, религиозно-космическом, научно-философском аспекте. | 2 |

Сегодня, мы выпускники Советской школы медицины, изучаем энергию человека, только в одном направлении т.е. в питательном; а не придаем значение наследственной, дыхательной, земной и космической энергии человека и ее ценность заключается в очищении, оздоровлении, лечении и реабилитации общества с учетом духовной, жизненной и сексуальной энергии каждого человека. Древние врачи знали, что энергия духа оживляет физическую структуру материи и обеспечивает психо-нейро-физиологические процессы организма. | 1,4,13,15 |

Медицина кочевой цивилизации основывается на единстве тела, духа и разума каждого человека и всего человечества. | 4,15 |

Учеными Академии Медицинских Наук Российской Федерации Ю.Н.Мишустин, Н.А.Агаджанян в газете «Московский комсомолец» от 15.12.2009 года была опубликована статья - «Летальный тупик в кардиологии», где была выдвинута идея о космической медицине. А в христианской газете «Твой путь» №10 2008 года ученые Аризонского университета США определили, что во время молитвы наступает полное отключение электрической активности коры головного мозга при полном сохранении сознания, т.е. определили секреты целительных свойств молитвы. Как известно, основная задача медицины кочевой цивилизации также было оздоровление Духа, Разума и Тела больных, а также создание и сохранение равновесие между Разумом, Духом и Телом. Вышеуказанные факты говорят о том, что великие ученые мира повернулись лицом к философии и медицине кочевой цивилизации.

Основные этапы развития мировой медицины от эпохи кочевой цивилизации до эпохи глобализации: | 7,13,14,15 |

1. Медицина кочевой цивилизации: Арийская медицина, медицина Гуннов и Саков т.е. Аюрведическая медицина.
2. Тибетская медицина
3. Древнеиндийская медицина – Авестийская медицина.
4. Древнекитайская медицина – Даоская медицина.
5. Древнегреческая медицина – Косская школа Гиппократа.
6. Древнеримская медицина – школа Галена.

7. Медицина центральной Азии и Арабского Востока т.е. медицина Абу Али Ибн-Сины.
8. Европейская медицина, в том числе Советская медицина.
9. Евро-Восточная медицина, медицина небесных наук им. «Глобал Манас Руху-Ош 3000». | 14,18,19 |

Сегодня, наши европейские коллеги придают большое значение философии, астрологии кочевой цивилизации. Например «Шаманизм» - это древнейшая религия на земле. Так, официальная власть Северной Америки дала официальное разрешение для проведения шаманских обрядов на природе в соединении с древней традицией - лечить больных методами шаманизма, применяя «Танец Солнца». Соответственно, мы как потомки Манаса, развиваем учение о Манасе, | 14 | применяя древние традиции предков и соединяя их с научными достижениями Европы (биофизических, геофизических, астрофизических, метафизических наук), разработали «методику и технику Космотерапевтического Целительства на основе Космобиоритмологического Календаря Адама с Учением Духовно Космической Медицины Доктора Джаанбаева им. Глобал Манас Руху-Ош3000». | 1,2,,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19 | .

Литература:

1. Абу Али Ибн Сина «Избранные Произведения». Академия наук Таджикской ССР отдел философии. Издательство «Ирфон» Душанбе-1980г. Том 1. стр.53, 104, 191, 196, 199, 201, 271, 303, 314.
2. Байбосунов К. «Единное Сознание Творчество и Духовные параллели физической эволюции мира». Издательство «Турар» Бишкек-2012г. стр.63, 112, 119, 159, 290, 367, 395.
3. Бадмаев Петр. «Основы врачебной науки Тибета». Издательство «Наука» Москва-1991г. стр.47,65.
4. «Большая медицинская энциклопедия народной медицины» Издательство «Наука» Москва-2008г. //Аюрведа- древнейшая медицина на земле стр.839
5. Гаваа Лувсан. «Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии» Издательство «Наука» Москва-1990г. стр 4, 39-192.
6. Джаанбаев М. Доклад: «Медицинская астрология и биоритмология» В I учредительном съезде народных лекарей и экстрасенсов Республики Кыргызстан. Бишкек-23.10.1991г.
7. Джаанбаев М. Произведение «Сущность Космобиоритмологии». В Государственном Реестре Кыргызпатента за №00021 от 30.04.1997г.
8. Джаанбаев М. «Календарь Космобиоритмологической графики Адама-Ощ 3000». В Государственном Реестре Кыргызпатента за №00046 от 21.10.1997г.
9. Джаанбаев М. «Космотерапия». Решение Национальной Академии Наук Кыргызской Республики от 18.04.2011г. №01-1851/ 299. У автора имеется «Сертификат-2010». Всемирной Организации Здравохранения от 01.06.2010г. «Ментальное здоровье».
10. Джаспер Стоун. «Чакры человека и воздействие на них минералами» Издательство «Кристалл» Санкт-Петербург 2011г. // Литотерапевт-США.
11. Дайсецу Судзуки. «Основы Дзен-Буддизма» Издательство главная редакция Кыргызской Энциклопедии, Бишкек-1993г.
12. Косоруков Ю. «Мишель Нострадамус». Издательство «Олимп» Москва-1999г.
13. «Куран» Издательство «Из-Басма». Бишкек-2009г.: 1-2аят,16-79аят,17-85аят,24-35аят,35-1аят,42-52аят,85-1аят.
14. Лю Гуань Юй «Даоская йога». Издательство Главная редакция Кыргызской Энциклопедии. Бишкек-1993г.// Ментальный план, Манас низший; Манас Высший-это Бессмертная душа, это ментальный план космоса, это учение о

мысли и о душе Вселенной стр.315,316,317. «Учение о Высшем Манасе» это сокровенная философия Индии.
15. Международный форум целителей «Истина Одна» Москва-2004г.// Сборник докладов.
16. Московский комсомолец 15.02.2009г. В книге «Выход из тупика»- ошибки медицины исправляет физиология, слово о космической медицине.
17. Омар В. Гаррисон. «Медицинская астрология» Издательство «Фан» Академия Наук Узбекской Республики, Ташкент-1994г.
18. Оранский И.Е. «Природные лечебные факторы и биологические ритмы» Издательство «Медицина» Москва-1988г. стр.22,25.
19. Саттаров И. «Астрофизика» Издательство « TURON-LOBOL»-Ташкент-2007г.

УДК: 413.232

Кошуева М., Ош МУ

К. Тыныстановдун “Зоологиялык терминдердин кыргызча-орусча сөздүгү” (27-дело)

Макалада окумуштуу К. Тыныстановдун “Зоологиялык терминдердин кыргызча-орусча сөздүгү” (27-делодогу архивдик материалы) лингвистикалык талдоого алынган жана сөздүктөгү терминдердин лексика-семантикалык, морфологиялык жол менен жасалышы каралган.

В данной статье проводится лингвистический анализ “Киргизско-русского словаре зоологических терминов” К. Тыныстанова (архивного материала дело № 27), также расматриваются лексико-семантический, морфологический способы образования терминов.

Кыргыз Республикасынын эгемендүүлүк алышы, бүгүнкү күндөгү мамлекеттик тилинин келечегине жол ачты. Ошондуктан ар бир кыргызстандык мамлекеттик тилдин өнүгүшүнө салым кошуусу абзел. Ал үчүн мамлекеттик тилибизди бала бакча, мектеп, түрдүү баскычтагы окуу жайларда, мекеме-уюмдардагы түрдүү кесип жана кызмат ээлерин мамлекеттик тилдеги тиешелүү окуу жабдыктары менен камсыз кылуу милдети турат. Ушул милдетти өз мойнубузга алып, окумуштуу, тилчи-илимпоз К.Тыныстановдун архивдик сөздүктөрүнө илимий иликтөө жүргүзүүгө аракет жасадык. Анткени коомчулук үчүн мамлекеттик тилдеги сөздүктөрдүн ролу чоң. Азыр түрдүү багыттагы терминдик сөздүктөр жокко эсе, бар болсо да коомчулукту канааттандырбайт. Ушул маселени чечүүдө кээ бир архивдик мурастарыбызды пайдалануунун зарылдыгы бар.

К.Тыныстановдун архивдик материалдарынын негизги бөлүгүн сөздүктөр түзөт. Бул демилгенин башында тилчи-окумуштуу К.Тыныстанов турган. Натыйжада, XX кылымдын 20-30-жылдарында кыргыз терминология илиминде, анын теориялык маселелерине караганда практикалык маселелери алдыга озуп кеткен.

Анын **27-делодогу** сөздүгү **«Русско-киргизский словарь зоологических терминов»** деп аталат. Көлөмү 141 бет. Кол жазма түрүндө. Эки тилде жазылган. Орусча бөлүгү кириллицада, кыргызча бөлүгү латын тамгасында. Сөздүктүн кыргызча-орусча бөлүгү өзүнчө башка китепчеде. Ал «Д.П.Дементьев. «Киргизско-русский словарь зоологических терминов» деп аталат. 72 бет. 1937-жылы жазылган.

Сөздүктүн орусча-кыргызча бөлүгүндө да Д.П.Дементьевдин авторлош экендиги көрсөтүлгөн. Биринчи бөлүк кол жазма түрүндө, экинчи бөлүк машинкада даярдалган.

Орусча-кыргызча бөлүгү алфавит тартибине салынган. 7031 сөз (термин) камтылган. Аягында кыргызча аталыштардын көрсөткүчтөрү берилген.

Негизинен, бул 27-делодогу сөздүк **«Русско-киргизский словарь зоологических терминов»** деп аталганы менен буга көбүнесе анатомиялык *(Почка-бөйрөк (45-б.), Предылечие-билек (45-б.), Позвонок-омуртка (43-б.), Подбородок-еек (42-б.), Подвесок-асма сөөк (42-б.)* ж.б.), медициналык багыттагы *(Лейкоцит-лейкосит (26-б.), Иньекция-инексийа (19-б.), Зоб-жемсөө (17-б.)* ж.б.) сөздөр (терминдер) киргизилген, зоологиялык терминдер аз кездешет. Булардан тышкары башка илимдерге тиешелүү терминдерди да кездештирүүгө болот. Мисалы, *Гусеница-ежеке бее саа* (11-б.), *Морской-теңиздик* (30-б.) ж.б. [1] .

Кыргыз улуттук терминология системаларын түзүү зарылчылыгы XX кылымдын 20-жылдарынын ортосунан башталгандыгы К.Тыныстановдун архивдик материалдарында даана чагылдырылган. Бул маданий революциянын баштоочусу да К.Тыныстанов экендигин анын жогорудагы түзгөн сөздүктөрү далилдеп турат. Мындай татаал ишти баштоодо же аркалоодо улуттук тилди мыкты билүү менен орус тилин да доор талап кылган деңгээлде өздөштүрүү зарыл. Ошондуктан термин түзүү ишинде да К.Тыныстанов орус терминологиясынын салттары менен тааныш болгон. Ал салттардын мыктыларын окумуштуу өз тажырыйбасында чыгармачылык менен пайдалана билген.

К.Тыныстанов сөздүк түзүү практикасында терминдик түшүнүктөрдү туюнтуу максатында кыргыз тилинин өзүнө гана мүнөздүү болгон тилдик бирдиктерди пайдаланган. Сөз (термин) жасоодо окумуштуу сөз жасоонун лексика-семантикалык, морфологиялык жана синтаксистик, айрым учурда лексика-морфологиялык жана морфолого-синтаксистик жолдорун тандап алган.

Сөз жасоо тил илиминин өзүнчө тармагы болуп саналат. Ага таяна турган болсок, сөз жасоо илими жаңы лексикалык мааниге ээ болгон уңгу, аффикстер жана приставкалардын жардамы менен баштапкы маанисин өзгөрткөн жана ар башка лексикалык маанилерге ээ болгон тилдик бирдиктердин айкалышынан жасалган сөздөрдү изилдейт [2: 21-29-б.] .

Сөздөрдүн жасалышы ар кандай адабий тилдин байышын шарттап турган лингвистикалык көрүнүш болуп саналат. Ал адабий тилдин колдонулушу биринчи кезекте анын сөз жасоо системасынын жашоосу жана өркүндөп турушу менен да шартташкан. Эгерде тил өзүнүн сөз жасоо мүмкүнчүлүгүн жоготсо, ал жок болууга бет алган болот.

XX кылымдын 20-жылдарына кайрылсак, К.Тыныстанов баш болгон улуттук тилчилердин зор эмгегинин натыйжасында кыргыз адабий тилинин бүгүнкү күндөгү лексикалык кору топтолду жана кыргыз тилинде сөз жасоонун өзүнчө системасы иштелип чыкты. Кыргыз терминологиясынын илимий негизи түзүлдү.

К.Тыныстанов кыргыз тилинде сөз жасоонун алгачкы моделдерин иштеп чыккан. Ал, биринчи кезекте, сөз жасоонун кыргыз тилиндеги ички ресурстарына кайрылган. Окумуштуунун бул аракети, биринчиден, эне тилинин ички бай мүмкүнчүлүктөрүн сезе билгендик катары, экинчиден, кыргыз тилин мүмкүн болушунча башка тилдерден өздөштүрүлүүчү тилдик бирдиктерден таза сактоо менен байланыштуу каралууга тийиш. Мунун далили катары К.Тыныстанов тарабынан жасалган сөздөрдүн –терминдердин (айрыкча, тил илими багытындагы) көбүнүн бүгүнкү күнгө чейин пайдаланып жаткандыгын көрсөтүүгө болот.

К.Тыныстанов терминдерди жасоодо сөз жасоонун бардык түрлөрүн жана моделдерин пайдаланган. Тактап айтканда, окумуштуу терминдерди жасоодо сөз жасоонун 3 ыкмасынан пайдаланат, башкача айтканда, эне тилдин ички мүмкүнчүлүктөрү аркылуу, жогоруда белгиленгендей, сөз жасоонун лексика-семантикалык, морфологиялык жана синтаксистик ыкмаларын пайдаланган.

Бул № 27 сөздүктөгү терминдердин көбү орус тилинен калькаланган. Калькалоо жолу менен жасалган терминдер бул башка тилден сөздү кабыл алуунун өзгөчө жолу же кабыл алынуучу сөздүн маанисин бере алуучу эне тилдин материалдарынан пайдаланып, жаңы термин түзүү болуп саналат. Калькандын жаралышына башка тилдеги сөздөрдүн мааниси, түзүлүшү себеп болгону менен,

пайдаланылган материал эне тилден болуп, калька аркылуу жасалган сөздөр да эне тилдеги сөз жасоонун ыкмаларына баш ийет. **Лексика-семантикалык жол (ыкма) менен термин жасоо,** бул- сөздүн түпкү маанисинин терминделиши же маанисинин кеңейиши - лексика -семантикалык ыкма. «Натыйжада сөз маанилеринин арбышынан (полисемия)-көп маанилүүлүктүн натыйжасында тилдин лексикасынын арбышы». [3, 210-б.] .

Лексика-семантикалык ыкманын башка ыкмалардан айырмасы, өзүнүн табигыйлыгы, тарыхый узак өнүгүү жолун басып өткөндүгүндө, эне тилдин ички ресурстарын пайдалана алуу мүмкүнчүлүгүндө. К.Тыныстановдун «Зоологиялык терминдердин орусча-кыргызча сөздүгүнөн» да эне тилдин ички ресурстарын пайдалануу аркылуу, лексика-семантикалык ыкма менен жасалган терминдерди кездештирүүгө болот. Мисалы: *Вертлуг-ийикбаш* (6-б.), *Вид-түр* (6-б.), Г*рудина-төш* (10-б.), *Железы паутинные – желе бездери (14-б.), Желудог – карын (14-б.),Клапан – капкак (21-б.)* ж.б.

Бул топко кирген сөздөрдүн (терминдердин) маанилик табиятына көз чаптырсак, илимпоз тилдеги көп маанилүүлүк кубулушун да ыктуу пайдаланган.

Зоологиялык терминдерди лексика-семантикалык аспектиде кароодо көп маанилүүлүк касиетинен тышкары башка да тилдик каражаттардын негизинде пайда болуу жагы да эске алынат. Б.а., бул 27- инвентардык номердеги терминдердин аттары узак убакыттардан бери келе жаткандыктан калькалоо, тавталогия, көп маанилүүлүктөн сырткары, синонимдер да кездешпей койбойт. Тактап айтканда, буларды фонетикалык жактан өзгөртүп айтуу же элдик жаңылыштыктары, диалектилик өзгөчөлүктөрүн да ушул лингвистикалык аспектиде кароого болот.

Мисалы: *Канатик – аргамжы (20),*
Кишечник – ичек (21-б.), Морской-теңиздик (30-б.),
Надкожица-үскү тери (31-б.) ж.б.

Бул аспектинин милдети морфологиялык жана синтаксистик аспектилерге караганда бир кыйла кеңири. Ушул өзгөчөлүктү эске алып, бул терминологиялык аталыштардын лексика-семантикалык мааниси жагынан бир нече топторго бөлүп кароого болот.

1) *Аткарган кызматына карай аталышы: Ствол ввыделительный-бөлгүч түтүк (56-б.), ж.б.*

2) *Формасына карата атоо: Сосуд полукружный-жарым тегерек түтүкчүк (54-б) ж.б.*

3) *Түстүк өзгөчөлүгүнө карата атоо: Оболочка серебристая-күмүш чел (34-б.), Пузырь желточный-саргылт чапчагы (48-б), Пятноглазное-чааралакей көз (48-б.), Тело красное-кызыл зат(57-б.),*

Морфологиялык жол (ыкма) менен термин жасоо, бул-мүчөлөрдүн жардамы менен сөз жасоо, башкача айтканда, мүчөлөп өзгөртүү жолу менен термин жасоо процессинде бир гана терминдик мааниге ээ болгон тилдик жаңы сөз пайда болот. Төмөндө сөздөр негизинен морфологиялык ыкмада «уңгу +мүчө» модели менен жасалган.

Мисалы: *Запонки- жапкыч (17-б.),*
Кривизма- иймек(25-б.),
Крылышк- канатчык(25-б.) ж.б.

К.Тыныстанов терминдерди морфологиялык жол менен жасоодо да кыргыз тилинин ички мыйзам ченемдүүлүктөрүн бекем сактаган. Илимпоз бул маселеде жалаң гана «уңгу + мүчө» моделин гана тандабай « уңгу +мүчө + мүчө» моделин да ыңгайына жараша пайдалана алган.

Мисалы*:* *Изменчивость – кубул+жу+чулук(18-б.),*
Конулировать тык+шыр+уу (18-б.),
Оперение-чал+гы+нак(35-б.) ж.б.

Түрк тилдеринин ичинен кыргыз тили тууранды сөздөрдүн көптүгү менен өзгөчөлөнөт. Элестүү этиштердин жасалышында тууранды сөздөрдүн ролу чоң. Бул маселеге да К.Тыныстанов эң алгач кайрылып, лингвистикалык сөздүктөрдү түзгөн. Окумуштуу зоологиялык терминдерди жасоодо да, бул маселени ыктуу пайдаланат.

Мисалы: *Килк+илде+к зат-вещества студенистые (12-б.),*
Килт+ыр сымал сокмо-ткань студенистая (12-б.),
Жылт эткич чайкалуу-колебания мерцательная (19-б.),
Жылт+ыр жаргакчык-перепонка мерцательная (19-б.),
Жалт+ыр епителий-эпителий мерцательная (16-б.) ж.б.

Илимпоз морфологиялык жол менен зоологиялык терминдерди жасоодо сөз жасоочу мүчөлөрдүн бир нечесин колдонгон.

Мисалы: *Жабыш+кы (46-б.),*
Кем+тик (46-б.),
Ий+гич (50-б.),
Урук+тук (50-б.),
Кирпик+түү, кирпик+чен (48-б.),
Үлүл+дүү (48-б.), Эм+гич (54-б.),
Бел түтүк+чү+гү (54-б.) ж.б.

Жыйынтыктап айтканда, жогорудагы сөздүктөрдүн басым жасай турган өзгөчөлүгү кайсы илимге тиешелүү болбосун, ал терминдердин аталышы улуттук адабий тилибиздин базасында жасалышы, анын практикалык мааниси болуп эсептелет. Андагы терминдердин кыргызча варианттары эне тилдин ички тилдик каражаттарынан жасалган. Бул сөздүктөрдү биринчи кезекте басмадан чыгаруу зарыл. Бул элдик мурас архивде түбөлүк сакталышы мүмкүн эмес, күн өткөн сайын сапатын жоготууда. Тактап айтканда, кээ бир сөздүктөр кол жазма түрүндө болгондуктан жазуулары өчө баштаган. Мисалы, 84-инвентардык номердеги «Куштар классы» деген сөздүктүн латынча аталышы барактын китепчеге тигилген жагына бекилип калгандыктан тытылып да кеткен, аны жазып алуу кыйындыкка турат.[4]. Мындай элдик мурастарды архивде эскиртпей, тиешелүү адистерге массалык маалымат каражаттары аркылуу маалымдоо керек. Антпесек кайсы бир күнү бул архивдик мурастардан куру кол калабыз.

Бул макалада сөз жасоонун лексика-семантикалык жана морфологиялык жолу менен жасалган терминдерге токтолдук.

Адабияттар

1. КРдин УИАсынын кол жазмалар фонду, 27-дело.
2. И.Абдувалиев, Т.Садыков. Азыркы кыргыз тили.Морфология.- Б. 1997,21-29-б.
3. Орузбаева Б.Ө.Сөз курамы.-Б. 2000, 210-б.
4. КРдин УИАсынын кол жазмалар фонду, 84-инвентарь.