

ISSN 1694-8068



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

КЫРГЫЗСТАНДЫН САЛАМАТТЫК САКТООСУ

№2 2019

ИЛИМИЙ ПРАКТИКАЛЫК ЖУРНАЛЫ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА
научно-практический журнал

HEALTH CARE OF KYRGYZSTAN
research and practice journal



Негизделген
Основан **1938** жыл
год

**Поздравляем медиков Кыргызстана
с профессиональным праздником!**

**С Днем медика от всей души поздравляем
Пусть жизнь одарит Вас счастливыми моментами и приятными
воспоминаниями**

Пониманием и благодарностью людей

Успехов в вашем деле и хорошего настроения

**Пусть ваш неоценимый благородный труд будет щедро вознагражден ,
пациенты всегда исполняют Ваши предписания, а родные никогда
не пользуются вашими услугами.**

Будьте счастливы, хранимы небесами всегда бодры и веселы.

**Сасибо за помощь, знания, веру, надежду, терпения , спасение жизней,
сохранение здоровья и вашу ЛЮБОВЬ !**

Поздравляем с днем медика!





КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО МИНИСТРЛИГИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

MINISTRY OF HEALTH OF THE KYRGYZ REPUBLIC

КЫРГЫЗСТАНДЫН САЛАМАТТЫК САКТООСУ
ИЛИМИЙ ПРАКТИКАЛЫК ЖУРНАЛЫ

НАУЧНО ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА

HEALTH CARE OF THE KYRGYZSTAN
RESEARCH AND PRACTICE JOURNAL

негизделген / основан 1938-жыл/год

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

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

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

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

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

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

РЕДАКЦИЯЛЫК КОЛЛЕГИЯСЫ/РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

Башкы редактордун орун басарлары / заместители главного редактора:

Бримкулов Н.Н., мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.,

Чубаков Т.Ч., мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.,

Жооптуу катчысы: / ответственный секретарь:

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

Редколлегиянын мүчөсү / Члены редколлегии:

Атамбаева Р.М. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Байызбекова Д.А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Батыралиев Т.А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Бебезов Б.Х. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Белов Г.В. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Джумабеков С.А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., ак. НАН КР

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

Мамытов М.М. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., ак. НАН КР

Муратов А.А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Тухватпиш Р.Р. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф.

Чолпонбаев К.С. ф-р. илим. д-ру проф. / д-р ф-р. наук проф.

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

Эл аралык редакциялык кеңеши / Международный редакционный совет:

Акматов М. К. Ph.D., Берлин, Германия

Асымбекова Э.У. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., Москва, РФ

Комаров Г. А. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., Москва, РФ;

Лобзин Ю. В. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., ак. РАН, Санкт-Петербург, РФ

Молдокулов О.А. мед. илим. канд. / канд. мед. наук. КР

ДССУ Өлкөлүк Офисинин Улуттук проф-дук Кызматкери/

Нац. профессор-ный сотрудник Странового Офиса ВОЗ, КР

Мур Малкольм мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., Бангкок, Таиланд •

Мусабаев Э. И. мед. илим. д-ру проф. / д-р мед. наук проф., Ташкент, РУз.

Осмонов Д. А. Ph.D, Бишкек, КР

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

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

Жазылуу индекси / Подписной индекс КЫРГЫЗ-
ПОЧТАСЫ: 77316



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО МИНИСТРЛИГИ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

MINISTRY OF HEALTH OF THE KYRGYZ REPUBLIC

КЫРГЫЗСТАНДЫН САЛАМАТТЫК САКТООСУ
ИЛИМИЙ ПРАКТИКАЛЫК ЖУРНАЛЫ

НАУЧНО ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА

HEALTH CARE OF THE KYRGYZSTAN
RESEARCH AND PRACTICE JOURNAL

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

founded in 1938

FOUNDER:

Ministry of Health of the Kyrgyz Republic

MASS MEDIA FOUNDER

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

REGISTERED IN THE MINISTRY OF
JUSTICE OF THE KYRGYZ
REPUBLIC

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

FOUNDER OF THE MEDIA:

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

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

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

Mergenova Ilmira Osmonovna

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

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

MAIL ADDRESS OF THE REDACTION

Kyrgyz Republic, Bishkek, Baitik Baatyr
str.34

Published 4 issues per year

EDITORIAL BOARD

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

Deputy editors-in-chief:

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

Executive secretary:

Aitmurzaeva G.T. cand. med. sci

Editorial members:

Atambaeva R.M. dr. med. sci., professor
Bayizbekova D.A. dr. med. sci., professor
Batyraliev T.A. dr. med. sci., professor
Bebezov B.Kh. dr. med. sci., professor
Belov G.V. dr. med. sci., professor
Junabekov S.A. dr. med. sci., professor, acad. of NAS KR
Junagulova A.S. dr. med. sci., professor
Mamytov M.M. dr. med. sci., professor, acad. of NAS KR
Muratov A.A. dr. med. sci., professor
Tuhvatshin R.R. dr. med. sci., professor
Cholponbaev K.S. dr. phar. sci., professor
Yrysov K.B. dr. med. sci., professor

International Editorial Council:

Akmatov M.K. Ph.D, Berlin, Germany
Asymbekova E.U. dr. med. sci., professor, Moscow, Russia
Komarov G.A. dr. med. sci., professor, Moscow, Russia
Lobzin Yu.V. dr. med. sci., professor, acad. RAS,
Saint-Petersburg, Russia
Moldokulov O.A. cand. med. sci., National professional
officer, WHO Country Office - Kyrgyzstan
Moore Malcolm dr. med. sci., professor, Tokyo, Japan
Musabaev E.I. dr. med. sci., professor, Tashkent, Uzbekistan
Osmonov D.A. PhD, Bishkek, Kyrgyzstan
Sinyavsky Yu.A. dr. biol. sci., Almaty, Kazakhstan
Favorov M. PhD, MD, DSc, professor, Atlanta, US

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

KYRGYZ POCHATSY subscription index: 77316

УДК: 614.25:616.1/4-058:378.22:001.817

УКРАИНАДА ЖАШ ОКУМУШТУУЛАРДЫН ЭМГЕКТЕРИНДЕ
«ЖАЛПЫ ПРАКТИКА-ҮЙ-БҮЛӨЛҮК МЕДИЦИНА»
ИЛИМИЙ БАГЫТЫНЫН ӨНҮГҮҮСҮ

Шекера О.Г., Медведовська Н.В.

*П.Л. Шупик атындагы дипломдон кийинки окутуу улуттук медицина академиясы,
Киев ш., Украина*

Корутунду: Изилдөөнүн актуалдуулугу. Өнүккөн мамлекеттердин тажрыйбасы көрсөткөндөй, алгачкы жардам көрсөтүү багытын өнүктүрүү, экономикалык жана медициналык натыйжалуу экенин тастыктаган. Мамлекеттик денгээлде бекитилген “жалпы практика-үйбүлөлүк медицина” кесибинин актуалдуу маселелерди чечүүдө илим жана практика үчүн инновациялык негизделген илимий багытта диссертациялык эмгектердин жасалуусу артыкчылыгы өсүүдө.

Изилдөөнүн максаты. Украинада үй бүлөлүк медицинанын калыптануусун негиздөө максатында колдонулган уюттуруучулук, илимий – усулдук ыкмаларды, жаш окумуштуулардын жүргүзгөн илимий изилдөө, диссертациялык эмгектеринин жыйынтыктарын анализдоо болуп саналат.

Материалдар жана ыкмалар. Изилдөө учурунда илимий документтерди, диссертациялык эмгектерди семантикалык баалоо, структуралык жана логикалык анализдөөнүн ыкмалары колдонулган. Изилдөө үчүн Украинада үй бүлөлүк медицинанын өнүгүүсүндө инновациялык аспектилер каралган жалпы практика-үй бүлөлүк медицина 14.01.38, ошондой эле 14.02.02- социалдык медицина кесиби боюнча жаш окумуштуулардын жасаган диссертациялык эмгектери жана пландаштыруу материалдары колдонулган.

Натыйжалары. Бул макалада илимий изилдөөнүн багыты негизделген жана каралган заманбап диссертациялык изилдөөлөрдүн жалпы көрүнүшү, алардын илимий жанылыктары, саламаттыкты сактоонун үй бүлөлүк медицина тармагынын өнүгүүсүндө теориялык жана практикалык мааниси көрсөтүлгөн. Калкка алгачкы медициналык жардам көрсөтүүдө жалпы практика- үй бүлөлүк медицина принцибине негизделип, жөнөкөйлөтүлгөн ыкмалардын илимий негиздүү натыйжалуулугун көрсөткөн.

Жыйынтык. Украинанын саламаттыкты сактоо тармагында алгачкы медициналык жардам багытын өнүктүрүү артыкчылыктуу болуп кала берип, анын инновациялык заманбап багытын илимий негизделүүсү олуттуу мааниге ээ.

Негизги сөздөр: Алгачкы медициналык жардам, адам каражаттары, үзгүлтүксүз кесиптик өнүгүү, илимий изилдөө, диссертациялык эмгектер.

РАЗВИТИЕ НАУЧНОГО НАПРАВЛЕНИЯ
«ОБЩАЯ ПРАКТИКА - СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА»
В РАБОТАХ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ В УКРАИНЕ

Шекера О.Г., Медведовська Н.В.

*Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика,
г.Киев, Украина*

Резюме: Актуальность исследования. Опыт развитых стран мира свидетельствует о доказанной экономической и медицинской эффективности первичной медицинской помощи. Внедрение современной первичной медицинской помощи в условиях Украины требовало научного осмысления и обоснования путей ее реализации в практическом здравоохранении. Целью исследования стал анализ результатов диссертационных исследований по утвержденной на государственном уровне научной специальности «Общая практика / Семейная медицина».

Материалы и методы. В ходе исследования были использованы методы семантического оценивания научных документов, диссертационных работ, методы структурного и логического анализа. Для исследования использованы материалы планирования и выполнения

диссертационных работ молодых ученых в Украине с момента утверждения научной специальности 14.01.38 – общая практика – семейная медицина, а также по специальности 14.02.02 – социальная медицина, в которых рассматривались инновационные аспекты развития семейной медицины в Украине.

Результаты. Рассмотрены и обоснованы направления научного поиска, их научная новизна, теоретическое и практическое значение развития семейной медицины для отечественного здравоохранения. Показана эффективность научно обоснованного внедрения оптимизированных подходов организации оказания первичной медицинской помощи населению на принципах общей врачебной практики – семейной медицины.

Выводы. Развитие первичной медицинской помощи остается приоритетным в отрасли здравоохранения Украины, научная составляющая обоснования инновационных современных векторов развития которого имеет существенное значение.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, кадровые ресурсы, непрерывное профессиональное развитие, научные исследования, диссертационные работы.

**DEVELOPMENT OF THE SCIENTIFIC DIRECTION
"THE GENERAL PRACTICE-FAMILY MEDICINE"
IN WORKS OF YOUNG SCIENTISTS IN UKRAINE**

Shekera O.G., Medvedovska N.V.

National Medical Academy for Post-Graduate Education of P.L. Shupik,
Kiev c., Ukraine

Summary: The relevance of research. The experience of the developed countries of the world demonstrates the proven economic and medical effectiveness of the development of primary health care. Further implementation of the organizational vector of the priority of providing primary health care, leading to the gradual replacement of over-specialization with an integrated family approach, required scientific understanding and justification of ways to implement it in practical public health. The priority of the scientific direction of dissertation work on the state-approved specialty “General practice - family medicine” with the justification of innovative for science and practice approaches to solving actual problems and tasks of the industry is increasing. The purpose of the study was to analyze the results of scientific work, dissertation research, which were conducted by young researchers in order to substantiate the formation of family medicine, its organizational, scientific and methodological approaches in Ukraine.

Materials and methods. In the course of the study, methods of semantic evaluation of scientific documents, dissertation works, methods of structural and logical analysis were used. For the study, materials were used for planning and performing dissertations of young scientists in Ukraine since the approval of the scientific specialty 14.01.38 - general practice - family medicine, as well as the specialty 14.02.02 - social medicine, which addressed innovative aspects of the development of family medicine in Ukraine.

Results. The article presents a review of modern dissertation research, which reviewed and substantiated modern areas of scientific research, their scientific novelty, theoretical and practical importance of the development of family medicine for domestic health care. The effectiveness of scientifically based implementation of optimized approaches to the organization of primary medical care to the population on the principles of general medical practice - family medicine is shown.

Conclusion. The development of primary medical care remains a priority in the healthcare industry of Ukraine, the scientific component of the substantiation of innovative modern development vectors of which is essential.

Key words: primary medical care, human resources, continuous professional development, scientific research, dissertation works.

Введение. Сегодня наука, как область человеческой деятельности, направлена на выработку и систематизацию объективных знаний о действительности. Опыт развитых стран мира свидетельствует о доказанной экономической и медицинской эффективности

развития первичной медицинской помощи, основанной на обеспечении реализации основоположных принципов равенности и доступности для всех слоев населения. Приоритетность развития первичной медицинской помощи остается незыблемой в Украине, несмотря на то, что за годы реформирования менялись его векторы и акценты. Дальнейшее внедрение организационного вектора приоритетности оказания первичной медицинской помощи, приводящее к постепенной замене чрезмерной специализации комплексным семейным подходом, требовало научного осмысления и обоснования путей его реализации в практическом здравоохранении. Современные условия требуют продолжения работы по обеспечению нормативно-законодательной базы функционирования и дальнейшего развития первичного звена здравоохранения Украины, ведется значительная организационная, научно-методическая и практическая работа по становлению первичной помощи именно на принципах семейной медицины. Возрастает приоритетность научного направления выполнения диссертационных работ по утвержденной на государственном уровне специальности общей врачебной практики – семейной медицины с обоснованием инновационных для науки и практики подходов к решению актуальных проблем и задач отрасли, с учетом передового опыта развитых стран мира, результатов доказательных исследований, международных проектов последних лет [1-4].

Целью исследования. Является анализ результатов научных работ, диссертационных исследований, проведенных с целью обоснования становления семейной медицины, ее организационных, научно-методических подходов в Украине.

Материалы и методы. В ходе исследования были использованы методы семантического оценивания научных публикаций, первичных документов, диссертационных работ, методы структурного и логичного анализа. Для исследования использованы материалы планирования и выполнения диссертационных работ с момента утверждения научной специальности 14.01.38 – общая практика – семейная медицина, а также по специальности 14.02.02 – социальная меди-

цина, в которых рассматривались инновационные аспекты развития семейной медицины в Украине.

Результаты. По итогам проведенных исследований, мы пришли к выводу, что несмотря на признание во всем мире эффективности организации оказания первичной медицинской помощи на принципах общей врачебной практики-семейной медицины, как фундамента здравоохранения, в Украине она пока не стала основной формой организации оказания медицинской помощи населению. Среди проблем, которые негативно влияют на качество оказания первичной медицинской помощи, заявлены: нерациональность инфраструктуры при низкой доступности медицинской помощи для населения; отсутствие действенной системы управления первичным звеном; недостаточная научная обоснованность, консервативность нормативно-правовой базы; недостаточное кадровое обеспечение с отсутствием мотивации медиков первичного звена к эффективной работе, в том числе за счет функционирования старых принципов финансирования. Изменение организационного вектора оказания медицинской помощи от чрезмерной специализации в пользу внедрения комплексного семейного подхода, требовало научного обоснования путей его реализации в практическом здравоохранении. Самой первой научной специальностью, по которой были начаты такие исследования в Украине, была и остается социальная медицина, объектами исследования которой определено: уровень и структура заболеваемости; демографические показатели; инвалидность; физическое развитие разных контингентов и факторы влияния на этот процесс; нормативно-правовая база, организационные формы, методы, принципы, виды оказания медицинской помощи разным категориям и группам населения, ее уровень, качество и эффективность, стандарты качества медицинской помощи, ее гарантированный уровень; финансово-экономическая деятельность органов, учреждений здравоохранения; международный и отечественный опыт деятельности системы здравоохранения и оказания медицинской помощи. Касаемо обоснования инноваций внедрения семейного подхода в медицинской отрасли многие диссер-

тационные работы посвящены исследованиям медико-социального обоснования оптимизации первичного медицинского обеспечения, комплексным исследованиям организации оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями по классам болезней или группам нозологий, оптимизации оказания первичной медицинской помощи отдельным категориям населения.

Одними из первых работ, посвященных научному обоснованию организации оказания первичной медицинской помощи с обоснованием усовершенствования управления ими были работы диссертантов с западных областей Украины, в частности Львовской, в которых этот опыт внедрялся впервые. Среди таких работ можно вспомнить: докторскую диссертацию «Медико-социальное обоснование оптимизации системы оказания первичной медико-санитарной помощи (на примере Львовской области)» (Хобзей М.К.) кандидатские работы «Научное обоснование организации амбулаторно-поликлинической помощи городскому детскому населению на этапе перехода к семейной медицине» (Мазур Т.М.), «Обоснование модели реорганизации и управления системой здравоохранения населения» (Дейкун М.П.), «Научное обоснование стратегических направлений реформ здравоохранения на региональном уровне» (Хунов Ю.А.). В этих работах были обоснованы программы развития здравоохранения, в том числе на региональном уровне, с учетом особенностей тенденций медико-демографической ситуации, состояния здоровья, объемов и характера лечебно-профилактической помощи. Одновременно с обоснованием целесообразности дальнейшего внедрения основ общей врачебной практики при оказании первичной медицинской помощи, развития стационар заместительных форм и выездных лечебно-диагностических бригад, научно представлены концептуальные подходы формирования региональной политики развития медицинской отрасли с использованием принципов стратегического и программно-целевого планирования, обоснованной необходимой кадровой и финансовой составляющей таких преобразований.

Отдельный перечень диссертационных работ был посвящен проблемам развития пер-

вичной медицинской помощи в сельской местности. Такие как: «Разработка и научное обоснование основных путей развития первичной медико-санитарной помощи на уровне первичного звена медицинских учреждений сельского здравоохранения» (Ставнийчук В.А.); «Особенности состояния здоровья и усовершенствование организации оказания медицинской помощи сельскому населению Закарпатья» (Шимон В.М.); «Медико-социальные и профилактические основы современной реорганизации первичной медико-санитарной помощи в селе» (Парий В.Д.); «Оптимизация системы информационного обеспечения управления реформированием первичной медико-санитарной помощью сельскому населению» (Бодак В.М.); «Организационно-технологическая модель усовершенствования первичной медико-санитарной помощи (на примере сельского населения Харьковской области)» (Шинкарева И.Н.). В них приведен анализ формирования инфраструктуры медицинских учреждений первичного звена в сельской местности, использования материально-технических, научно-информационных, кадровых ресурсов семейной медицины с обоснованием системы профилактического содержания работы первичного звена здравоохранения в сельской местности, структурной реорганизации оказания первичной медико-санитарной помощи в новых экономических условиях, предложена методология формирования информационных моделей сопровождения процессов управления приоритетным развитием семейной медицины.

В отдельных научных работах предметом исследования стала оптимизация распределения объемов медицинских услуг по уровням оказания помощи («Научное обоснование путей оптимизации распределения объемов медицинских услуг между уровнями медицинской помощи» (Крячкова Л.В.) с обоснованием целесообразности широкого внедрения стационар заместительных форм, дневных стационаров («Научное обоснование деятельности дневных стационаров общего профиля в условиях перехода к семейной медицине» (Галиенко Л.И.), концептуальных подходов к усовершенствованию финансирования первичной помощи («Научное обоснование

вание усовершенствования финансирования первичной медико-санитарной помощи на основе общей практики-семейной медицины» (Шевченко М.В.) и кадрового ее обеспечения («Научные основы формирования трудовых ресурсов здравоохранения в процессе развития семейной медицины в Украине» (Латишев Е.Е.) Научное обоснование целесообразности переориентации акушерко-гинекологической помощи на первичном уровне на семейной подход описана Лесовской С.Г.

Особенности организации и осуществления профилактики в условиях реализации целевых программ здравоохранения в условиях внедрения семейной медицины изучены в диссертационной работе «Обоснование и разработка системы организации профилактической деятельности в учреждениях первичной медико-санитарной помощи на основе семейного подхода» (Марчук Н.В.). Усилению акцента оказания медицинской помощи на профилактике посвящены диссертационные исследования: «Научное обоснование программы медико-профилактических технологий в современных условиях первичной медико-санитарной помощи сельскому населению» (Головчанская С.Е.); «Научное обоснование функционально-организационной модели сохранения репродуктивного здоровья сельских женщин на региональном уровне» (Еникеева В.Н.).

В многочисленных диссертациях исследована организация оказания медицинской помощи пациентам по отдельным классам и нозологиям, отдельным категориям населения с редкими, социально опасными заболеваниями, такие как: «Научное обоснование оптимизированной системы профилактики цереброваскулярных заболеваний у населения агропромышленного региона» (Плужникова Т.В.); «Разработка и обоснование модели первичной и вторичной профилактики артериальной гипертензии у сельского населения» (Навчук И.В.); «Обоснование и разработка системы медико-социальной профилактики инфицирования вирусом иммунодефицита человека среди подростков в условиях большого города» (Варивончик Д.В.); «Состояние и перспективы развития гериатрического направления в деятельности врача общей практики-семейной медицины» (Хаджинова Н.А.).

Научному обоснованию оптимизации ведения пациентов с сахарным диабетом 2 типа на первичном этапе посвящена докторская диссертация Ткаченко В.И., тема изучения функциональной желудочной диспепсии в практике семейного врача исследована Мелашенко С. Г. Особенности оказания медицинской помощи пациентам с инфекциями мочевыводящей системы представлены в диссертационном исследовании Михалко Я.О. «Особенности менеджмента пациентов с инфекциями мочевыводящих путей на этапе первичной медико-санитарной помощи». Клиническим аспектам патогенеза, диагностики и лечения хронической ишемии мозга посвящено исследование Демченко А.В., изучение структурно-функционального состояния миокарда у больных гипертонической болезнью с инсулин резистентностью запланировано в диссертации Колесника М.Ю.

Среди защищенных по специальности «Общая практика-семейная медицина» встречаются работы, в которых рассматриваются отдельные нозологии и состояния, такие как: профилактика, дифференцированный подход к лечению метаболического синдрома в семьях больных, инфицированных *Helicobacter Pylori* (Михалко Я. О.); железодефицитные анемии в семьях с *Helicobacter* ассоциированными заболеваниями (Албок Е. Й.); лечение и реабилитация больных с псориазом и поражением пищеварительной системы на амбулаторном этапе (Вантюх Н. В.); гипертоническая болезнь II стадии с включением гипокситерапии (Жулинская С. В.); гипертоническая болезнь II стадии в сочетании с ожирением, дислипидемией и инсулинорезистентностью (Качан И. С.); гипертоническая болезнь у пациентов приклонного возраста с применением психологических методов (Матвеев Л. Г.). Рассматривались также роль системного воспаления и оксидативного стресса в развитии сердечно-сосудистых нарушений и их фармакологическая коррекция у больных с сочетанием хронического обструктивного заболевания легких II-III стадии с гипертонической болезнью II стадии (Кривенко В. В.).

Обоснованию системы раннего выявления и совершенствования первичной профилактики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей школьного возраста

на уровне первичной медицинской помощи с учетом факторов риска посвящена диссертационная работа Мельник Д.В. на тему: «Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у школьников: медицинские и эпидемиологические особенности».

Взаимодействие государственных и негосударственных структур, образование надомных форм оказания длительной помощи людям пожилого возраста представлены в работах: «Медико-социальное обоснование системы оказания помощи населению пожилого возраста с дефектами психического здоровья» (Пинчук И.Я.); «Медико-социальное обоснование оптимизации психиатрической помощи населению пожилого и старческого возраста в условиях реформирования общей системы здравоохранения» (Дихтяр А.Ю.); «Медико-социальное обоснование усовершенствования системы оказания психиатрической помощи населению в условиях семейной медицины» (Бибык И.Г.).

Участие семейного врача в формировании здоровья населения были посвящены диссертационные работы Гаврилюк А.Ф. «Медико-социальное обоснование медицинской помощи населению сельского района в условиях внедрения семейной медицины», Карпинца И.Н. «Медико-социальное обоснование оптимизированной системы профилактики алкоголизма».

В Винницком национальном медицинском университете запланировано диссертационное исследование Пасечник И.П. на тему «Синдром жестокого поведения с детьми в практике семейного врача: общая концепция, междисциплинарный подход к диагностике, реабилитации и профилактике».

Доступность и качество оказания первичной медицинской помощи стали объектами исследования в работах Поцелуева В.И. «Обоснование системы мониторинга качества и доступности медицинской помощи в учреждениях семейной медицины (на примере сельского населения Сумской области)», Гутора Т.Г. «Система мониторинга здоровья населения на уровне первичной медико-санитарной помощи», Весельского В.Л. «Медико-социальное обоснование системы последовательности в оказании медицинской помощи сельскому населению в условиях внедрения

семейной медицины».

Ведение активного мониторинга планирования и выполнения диссертационных работ по специальности «общая практика-семейная медицина» будет способствовать активизации и популяризации этой относительно «молодой» научной специальности.

Как мы видим, основой этой научной деятельности является сбор фактов, их постоянное обновление и систематизация, критический анализ и, на этой основе, синтез новых знаний или обобщений, которые не только описывают наблюдаемые явления на уровне первичной медицинской помощи, но и позволяют построить причинно-следственные связи с конечной целью ее прогнозирования.

Внедрение научно обоснованных подходов происходило на этапах выполнения научных исследований, их наработки были учтены при обосновании усовершенствования нормативно-правовой базы отрасли, касательно организации оказания первичной медицинской помощи. В частности, было внесено изменения в Основы законодательства Украины о здравоохранении, где впервые дано определение первичной медицинской помощи на принципах общей врачебной практики, определены основы и права, обязанности семейных врачей, принят Закон Украины о порядке реформирования системы здравоохранения в пилотных регионах страны (Винницкой, Днепропетровской, Донецкой областях и г. Киеве). Начиная с 2012 г. у высших учебных заведениях IV уровня аккредитации и учреждениях последипломного образования внедрены циклы специализации по профилю «Общая врачебная практика-семейная медицина» по утвержденной Министерством здравоохранения Украины программе очно-заочной формы обучения с элементами дистанционного обучения.

При содействии Комитета Верховного Совета по вопросам здравоохранения, под руководством директора Института семейной медицины профессора Шекеры О. Г., был разработан проект Закона Украины «О первичной медицинской помощи на принципах семейной медицины», который в порядке законодательной инициативы, согласно статьи 93 Конституции Украины, статьи 89 Регламента Верховного Совета Украины, был вне-

сен на рассмотрение.

Законопроектом определяются правовые, организационные, экономические и социальные основы обеспечения граждан Украины и лиц, проживающих на ее территории, первичной медицинской помощью. Определены основные приоритеты, цель и основные задания, виды, субъекты, учет и отчетность первичной медицинской помощи. Отдельный раздел (II) посвящен государственной политике в сфере здравоохранения, касающейся первичной медицинской помощи; организации оказания первичной медицинской помощи на принципах семейной медицины (раздел III); порядок взаимодействия субъектов первичной медицинской помощи с учреждениями здравоохранения, которые оказывают другие виды медицинской помощи (раздел IV); права и обязанности пациентов (раздел V); кадровое, финансовое, материально-техническое и информационное обеспечение субъектов первичной медицинской помощи (раздел VI); образование и наука в этой сфере (раздел VII); участие общественности и международное сотрудничество (раздел VIII). Принятие и реализация разработанного проекта Закона обеспечит повыше-

ние качества, доступности, своевременности оказания первичной медицинской помощи, а также создаст условия для эффективного ее развития, дальнейшего продвижения реформ в сфере здравоохранения Украины.

Выводы. Таким образом, реформирование здравоохранения, начатое в Украине с организационной перестройки оказания первичной медицинской помощи нашло отражение во многих научных диссертационных исследованиях, результаты которых убеждают в эффективности дальнейшего развития ПМД на принципах ЗП/СМ. Развитие первичной медицинской помощи остается приоритетным в отрасли здравоохранения Украины, научная составляющая обоснования инновационных современных векторов развития которого имеет существенное значение. Обеспечение качества последипломного медицинского образования должно происходить с учетом передового мирового и отечественного опыта, по результатам которого этот процесс имеет много аспектов, является непрерывным и требует постоянного усовершенствования, в том числе с выполнением научных исследований по выбранным научным направлениям.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при подготовке данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Сайт Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA)
2. Наказ МОЗ України від 23.07.2001 N 303
3. Реформа первичной медицины: пошаговый план, как все будет происходить в 2018 году (https://24tv.ua/health/ru/medreforma_2018_v_u

- kraine_novye_pravila_medicinskoj_reformy_n9_34570)
4. Перелік наукових спеціальностей, затверджених наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України 14.09.2011 № 1057 (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1133-11>)

Для корреспонденции:

Шекера Олег Григорьевич, академик Академии наук высшего образования Украины, д.м.н., профессор, заслуженный врач Украины, директор Института семейной медицины НМАПО имени П. Л. Шупика.
Тел. +380-66-704-97-75. Эл.почта: associomed@ukr.net.

Медведовская Наталья Владимировна, д.м.н., профессор, профессор кафедры семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Института семейной медицины НМАПО имени П.Л.Шупика.

УДК 001.89

КЫРГЫЗСТАНДЫН ТҮШТҮК АЙМАКТАРЫНДАГЫ МЕДИЦИНА ИЛИМИНИН МАСЕЛЕЛЕРИ

Белов Г.В.¹, Калматов Р.К.¹, Эшмуратов Г.Б.².

1. Ош мамлекеттик университети, Ош ш., Кыргыз Республикасы

2. Жалал-Абад мамлекеттик университети, Жалал-Абад ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Авторлор бул көйгөйлүү макалада Кыргызстандын түштүгүндөгү өзгөчө социалдык жана климатогеографиялык шарттарда саламаттыкты сактоо системеларындагы практикалык иш чараларды жана илимий медициналык билми берүү менен абалды талдайт. Ошондой эле Кыргызстанда калктын жарымы түштүк аймагында жашайт ал эми баардык илимий борборлор жана ИИИ медициналык профилдер баш калаада (борбордо) жайгашкан. Регионалдык илимге жетишсиз көңүл буруу Кыргызстандын түштүгүндөгү дарылоочу климаттык шарттарда табигый дарылоочу ресурстарды рационалдык эмес колдонууга, эң начар эпидемиологиялык абалга, жашоо сапатын төмөн көрсөткүчтөргө алып келет. Түштүк аймактарындагы медицина окумуштууларын бириктирүү, 1-2 илимий багыттарга токтолуу, эксперименталдык жана клиникалык бириккен илимий борборду жана университеттердин консорциумун түзүү сунушталды.

Ачкыч сөздөр: коомдук ден соолук жана саламаттыкты сактоо, курортология, медициналык билим берүү.

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ КЫРГЫЗСТАНА НА ПРИМЕРЕ ЮЖНЫХ РЕГИОНОВ

Белов Г.В.¹, Калматов Р.К.¹, Эшмуратов Г.Б.².

1. Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызская Республика

2. Джалал-Абадский государственный университет, г. Джалал-Абад, Кыргызская Республика

Резюме: авторы анализируют ситуацию с научным сопровождением медицинского образования и практической деятельности системы здравоохранения в особых социальных и климатогеографических условиях юга Кыргызстана. При том, что в южных областях Кыргызстана проживает более половины населения, все научные центры и НИИ медицинского профиля располагаются только в столице. Недостаточное внимание к региональной науке приводит к нерациональному использованию природных лечебных ресурсов, лечебных климатических условий юга Кыргызстана, худшей эпидемиологической ситуации, низким показателям качества жизни. Предлагается объединить усилия ученых медиков южного региона, сосредоточиться на 1-2 научных направлениях, создать консорциум университетов и объединённого научного центра с клинической и экспериментальной базой.

Ключевые слова: общественное здоровье и здравоохранение, курортология, медицинское образование, Кыргызстан.

PROBLEMS OF MEDICAL SCIENCE OF KYRGYZSTAN ON THE EXAMPLE OF THE SOUTHERN REGIONS

Belov G.V.¹, Kalmatov R.K.¹, Eshmuratov G.B.².

Osh State University, Osh c., Kyrgyz Republic

Jalal-Abad State University, Jalal-Abad c., Kyrgyz Republic

Summary: the authors of the problem article analyze the situation with the scientific support of medical education and practical activities of the health care system in the specific social and climatic-geographical conditions of the south of Kyrgyzstan. With more than half of the population living in the southern regions of Kyrgyzstan, all scientific centers and research institutes of medical profile are located only in the capital. Insufficient attention to regional science leads to the irrational use of natural medicinal resources, therapeutic climatic conditions in the south of Kyrgyzstan, the worst epidemiological situation, and poor quality of life indicators. It is proposed to unite the efforts of medical scientists from the southern region, focus on 1-2 scientific areas, create a consortium of universities and a joint research center with a clinical and experimental base.

Key words: public health and health care, balneology, medical education, Kyrgyzstan.

На юге Кыргызстана проживает более половины населения, к медицинскому обслуживанию которого привлечены тысячи врачей [9]. В городе Ош, Джалал-Абад расположены межобластные, областные и городские клинические больницы, медицинские центры, оказывающие высокотехнологическую специализированную медицинскую помощь, требующие обеспечения квалифицированными кадрами, имеющими навыки научной работы.

Также в областных центрах действуют медицинские факультеты при государственных университетах, готовящие врачей не только для нужд региона, но и для других азиатских стран: Индия, Пакистан, Непал. Преподавание на международных медицинских факультетах ведется на английском языке. К преподаванию привлечены креативные молодые специалисты, которые готовы к серьезной научной работе. Конечно, нужны соответствующее оборудование и сама новая идея работы.

Какие темы могут обладать существенной научной новизной и быть интересным в научном мире?

Во-первых, надо понимать, что климатогеографические особенности Ферганской долины и Памиро-Тянь-Шаня оказывают существенное влияние на распространенность и течение многих инфекционных и неинфекционных заболеваний. А получение новых данных об особенностях течения заболеваний и их реабилитации в наших климатогеографических и медико-социальных условиях является актуальной задачей. Такие данные могут быть использованы учеными других стран для сравнительного анализа. При таком подходе результаты могут быть опубликованы в профильных журналах входящих в наукометрические базы международных систем Scopus, WoS и другие. Медицинскую реабилитацию надо признать приоритетным направлением медицинской науки для нашего региона, как она является таковой в последние десятилетия и в мировой медицинской науке.

Очень важно, что появился универсальный инструмент для оценки эффективности лечения заболеваний любых систем и органов от пограничных, стрессовых состояний, пси-

хических отклонений до глубокоиinvalidизирующей патологии. Таким инструментом является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), которая рассматривает здоровье как динамическое состояние, определяемое такими категориями как функция, структура, активность и участие, факторы внешней среды и личностные факторы. Пока кыргызскими учеными опубликованы лишь единичные работы с использованием МКФ [5]. Нами в ОшГУ с 2018 года выполняется НИР «Эпидемиология, патогенез и саноогенез заболеваний человека в измененных климатогеографических условиях юга Кыргызстана с позиций международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья». По ней утверждены темы 10 аспирантов докторантов по оценке здоровья относительно здоровых лиц проживающих в экологически благоприятных и неблагоприятных условиях, больных с патологией кардиореспираторной системы, нервной и костно-мышечной системы, зубочелюстной и пищеварительной системы, мочевыводящей и репродуктивной системы. Основным методом исследования является перевод клинических и морфофункциональных показателей в универсальную балльную систему, опрос по позициям активность и участие, оценка внешних факторов, взаимодействия пациента с родственниками, сообществами, с медицинской и социальной службами. Пока мы имеем англоязычную и русскоязычную версию МКФ, но для широкого внедрения МКФ в системе Минздрава и Минсоцразвития требуется разработка кыргызскоязычной версии. Нами подготовлены методические рекомендации на кыргызском языке по общей методологии и планируется выпустить 5-6 рекомендаций по важнейшим системам или национальное руководство.

Другое направление, по которому работы кыргызских ученых медиков будут обладать высокой новизной – это курортология и медицинская климатология. В чем суть климатогеографических особенностей нашей страны?

Природа щедро одарила Кыргызстан несметными курортными богатствами: природ-

ными лечебными ресурсами и уникальными климатическими условиями. В предгорьях и горах Кыргызстана более ста месторождений минеральных вод, множество лекарственных трав, лечебных солей, в поймах рек гигантские запасы иловых и торфяных лечебных грязей [2]. Ночные бризы с гор освежают южную землю, климат которой резко контрастирует с жаркими засушливыми долинами Казахстана и Узбекистана.

Лечение минеральной водой целебных источников, расположенных на территории Кыргызстана известно с глубокой древности. Подробные гидрогеологические описания источников Туркестана дали Мушкетов И.В. (1874-1886) и Андреевский А.И. (1882). Тейх Н.Б. в эти годы выполнил десятки гидрохимических анализов туркестанских минеральных источников в первом научном учреждении Туркестана – своей лаборатории в Ташкенте [3]. В начале восьмидесятых годов девятнадцатого века началось изучение и освоение Джалал-Абадского источника минеральных вод, о чем можно почитать в статье Ивана Бунина «Записки о Джелаль-Абад-Аюбских водах» (Военно-медицинский журнал, 1883). В 1885 году на курорте заработал госпиталь для солдат и офицеров от Туркестанского генерал-губернаторства. В. Вебер в 1912 году составил первую карту минеральных источников и лечебных грязей Средней Азии, включая территорию современного Кыргызстана. В двадцатых годах 20 века организацией курортного лечения на территории современного Кыргызстана занялось Среднеазиатское курортное управление. В этот период накоплено много данных о гидрогеологических характеристиках, химическом составе, радиоактивности многих источников, о климатологии лечебных местностей. В 1931 году вышла монография основателя Центрального института курортологии В.А. Александрова «Киргизия и ее курортные богатства. Киргизская Швейцария» – очень обширный труд, имеющий научное значение и по сей день [1].

Основным саногенным фактором является климат среднегорья. Солнечное, но не душное лето, долгая золотая осень, мягкая малоснежная зима, ранняя неветряная весна плавно переходят друг в друга. Расслаблению способствуют великолепные ландшафты, мо-

лодая зелень парков и лесопарков, не исчезающая до декабря месяца. На курортах лечение проводится не навязчиво (климатические условия, двигательный режим, сбалансированное питание воспринимается не как метод лечения, а как элементы обязательного обслуживания). Лечебное действие климата оказывается исподволь, без специального напряжения, в условиях среднегорья слегка заметная высотная гипоксия оказывает стимулирующее действие на тонкие биохимические процессы, способствует урегулированию функции систем и органов. В отличие от медикаментозной терапии, лечение природными физическими и преформированными факторами не дает аллергии и привыкания, требует гораздо меньших денежных затрат, к тому же более эффективно.

На счет эффективности: последние пятнадцать – двадцать лет под влиянием фармацевтических фирм в медицинском сообществе сложилось мнение, что природные физические факторы и физиотерапевтические процедуры не доказательны в отличие от фармакотерапии. Мы с такой постановкой дела были не согласны [4]. В настоящее время опубликовано около 60 тысяч работ, выполненных с позиций доказательности (рандомизированные, сравнительные, многоцентровые) показывающих большую эффективность медицинской реабилитации базирующейся на физических и функциональных методах терапии [7]. Так, систематический обзор и мета-анализ эффективности климатотерапии больных бронхиальной астмой в горах, проведенный Vinnikov D. с соавторами (2016), подтвердил достоверное улучшение показателей вентиляции в процессе климатотерапии [13]. Реабилитационная медицина признана одной из самых интенсивно развивающихся областей медицины – четвертое место по росту инвестиции в сооружения, оборудование, подготовку специалистов.

Однако, надо признать, имеющаяся инфраструктура санаториев и курортные богатства Кыргызстана в настоящее время используется очень слабо. Наши здравницы требуют модернизации физиотерапевтического оборудования, ремонта и реконструкции бальнеотехнических сооружений, внедрения в практическую работу современных

оздоровительных и лечебных технологий, прежде всего разработанных нашими коллегами из стран СНГ и показавших свою эффективность. Стационарный, амбулаторный и санаторно-курортный этапы реабилитации должны быть преемственными. Нам необходимо сблизить нормативные документы на санаторно-оздоровительные услуги, мы должны быть готовыми к аккредитации и сертификации этих услуг по стандартам гармонизированным с международными требованиями.

В целом развитие восстановительной и курортной медицины требует общегосударственного подхода. Государство должно признать здоровье населения стратегическим потенциалом, фактором национальной безопасности, стабильности и благополучия общества. Задача же медиков предложить эффективные методы реабилитации, обучить рабочих бережному отношению к своему здоровью. Ведь здоровье надо расценивать как социальное свойство личности, обеспечивающее в условиях рыночной экономики конкурентоспособность, благополучие семьи, профессиональное долголетие, обеспеченную старость.

По климатическим условиям Ошская, Джалалабадская и Баткенская области выгодно отличаются от Северного Кыргызстана и Внутреннего Тянь-Шаня. Здесь вследствие более высокого температурного фона и низких значений относительной влажности чаще создаются оптимальные условия для климатолечения в среднегорном и высокогорном поясах.

Во все сезоны года складываются благоприятные условия для аэротерапии (дневной и ночной сон на климатотерандах, дозированная ходьба, терренкур, спортивные игры). Для приема воздушных ванн условия различаются в зависимости от сезона года. Весной и осенью в естественной среде создаются условия для проведения холодных воздушных ванн в среднегорном поясе и умеренно холодных – в низкогорном.

Однако все эти рекомендации разработаны в шестидесятых- семидесятых годах прошлого века. Сейчас режимные наблюдения за месторождениями минеральных вод и лечебных грязей не проводятся. Происходят глобальные изменения климата. Потребность

в научных работах по курортологии и медицинской климатологии возрастает.

В составе рабочей группы Минздрава КР в рамках проекта ВОЗ при координации руководителя отдела по изменению климата Регионального офиса европейского Центра по окружающей среде и здоровью доктора Беттины Менне мы изучили влияние метеорологических факторов на состояние здоровья жителей города Бишкека на примере показателей заболеваемости и смертности за период 2003-2009 год [6]. Проведен корреляционный и регрессионный анализ параметров температуры, атмосферного давления, осадков на каждые сутки с учетом температурных волн холода и жары, предоставленных Агентством по Гидрометеорологии (Кыргызгидрометом) при МЧС КР, а также вызовов скорой помощи (по данным Станции скорой медицинской помощи) и смертности по 14 классам болезней (выборка из Республиканского архива ЗАГС КР). В исследование включены более 450 тысяч вызовов скорой помощи и 39087 случаев смерти жителей Бишкека. Анализ проводился в соответствии с международной классификацией болезней МКБ-10 по разделам A00-R99 – все болезни, I00-I99 – болезни системы кровообращения, из них выделялись классы: I00-I52 – болезни сердца, I70-I79 – болезни артерий, артериол и капилляров болезни, а также J00-J99 – болезни органов дыхания. Выделялись 6 возрастных групп: 0-1 год, 1-14 лет, 15-44 года, 45-64 года, 65-74 года, 75 лет и старше. Установлено, что между показателями обращаемости за скорой помощью населения по классу болезней сердца в возрастной группе 65-74 года и данными атмосферного давления, количества выпавших осадков имеется прямая взаимосвязь средней силы. В отношении температуры установлена обратная зависимость средней силы ($r = -0,6$). Такая же прямая зависимость от атмосферного давления, количества выпавших осадков, и обратная зависимость от температуры характерна для показателей смертности от всех естественных причины смерти для людей всех возрастов, а старцев в особенности.

На основании этих исследований разработана программа оптимизации сектора здравоохранения Кыргызской Республики по

адаптации к изменению климата на период 2011- 2015 годы [8]. Однако рекомендации, полученные на основе изучения ситуации в Чуйской долине, конечно, применимы именно к этой климатогеографической области. Для выводов применительно к Кыргызстану в целом эти исследования должны быть продолжены и дополнены анализом ситуации в Ферганской долине и, конкретно, городе Ош. Тогда стало бы возможно говорить о сезонной и текущей профилактике метеопатических реакций у значительных контингентов метеочувствительных больных. К такому проекту могли быть приобщена большая группа аспирантов и соискателей разных кафедр.

Вопросы экологии человека имеют для юга Кыргызстана первоочередное значение. Имеются регионы с повышенным радиоактивным фоном, с высоким содержанием в почве и водах ртути, кобальта и других тяжелых металлов, добываемых предприятиями горнорудной промышленности. Здесь нужны качественные высокотехнологические методы исследования. Областные учреждения санэпиднадзора, а также ветеринарного и фитосанитарного надзора в рамках проекта ЕАЭС аккредитовали испытательные лаборатории по определению в продуктах питания и воде солей тяжелых металлов, показателей радиоактивности, фосфорорганических и хлорорганических токсических веществ, антибиотиков, микробиологических, вирусологических и паразитологических показателей. Верифицированный фактический материал теперь будет накапливаться, можно будет провести анализ влияния этих загрязнителей на общественное здоровье. При этом нельзя спекулировать на проблеме, запугивать, стигматизировать население, необходимо сотрудничать с руководством предприятий и поселков, реально оценивать существующие риски.

Конечно, такие исследования раньше тоже проводились, прежде всего, НПО «Профилактическая медицина» организовывала экспедиции по приоритетным НИР и между-

народным проектам, выполнен ряд докторских диссертаций по гигиене труда и гигиене окружающей среды (Касымов О.Т., Шаршеннова А.А., Касымова Р.О., Кулданбаев Н.К. и др.). На постоянной основе в проблемных местностях работал институт медицинских проблем ЮО НАН [R.Toichuev; 2017].

Обязательным условием развития науки является возможность карьерного роста для молодых ученых. Ежегодно более 20 сотрудников медицинских факультетов поступают в аспирантуру. В университете более 25 докторов медицинских наук, в том числе по хирургии – 5, по патологической физиологии – 3, эпидемиологии – 3, в Бишкек много профессоров, не прерывающих связи со своей малой родиной. Открытие при ОшГУ Диссовета хотя бы по 1 медицинской специальности имеет для Южного региона государственное значение.

Заключение.

Медицинская наука в Кыргызстане, особенно в регионах, отличается мелкотемьем и слабой новизной, что видно из проводимых наукометрических исследований. Публикационная активность обеспечивается местными журналами. Цитируемость кыргызских ученых, за исключением десятка профессоров низкая. К международным проектам и грантам подключена узкая группа исследователей Бишкекских НИИ и работников Минздрава и его департаментов, практически без привлечения ученых из регионов.

Недостаточное внимание к региональной науке приводит нерациональному использованию природных лечебных ресурсов, лечебных климатических условий юга Кыргызстана, худшей эпидемиологической ситуации, низким показателям качества жизни. Предлагается объединить усилия ученых медиков южного региона, сосредоточиться на 1-2 научных направлениях, создать консорциум университетов и объединённого научного центра с клинической и экспериментальной базой.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Александров В.А. Киргизия и ее курортные богатства. Москва, Изд. Журн. «Советская Азия». 1931. – 392с.
2. Алымкулов Д.А., Саспеков С.С., Алымкулов Р.Д., Симоненко Т.С. Горно-рекреацион-

ные ресурсы Кыргызстана и использование их в курортно-оздоровительных учреждениях.- Бишкек. 2001. 160 с.

3. Белов Г.В. История изучения курортных ресурсов Кыргызстана // в кн.: Прошлое, настоящее и будущее курортологии и восстано-

- вительной медицины. Бишкек, 2007. –С.8-15.
4. Белов Г.В. Курортология, фитотерапия, физиотерапия и фармакотерапия: Соотношение эффективности и доказательности // Медицина Кыргызстана. 2010. №5. – С.15-17.
5. Белов Г.В., Джеенбаев Е.С., Махмадиев А.К., Фирсов С.А., Шериева Н.К. Значение международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья для травматологии и медицинской реабилитации Кыргызстан // Медицина Кыргызстана. 2015. №6. С.26-31
6. Касымов О.Т. Труд и горы: актовая речь на совместном ученом совете НПО «Профилактическая медицина» и Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б.Н. Ельцина, посвященная Дню науки Кыргызстана, произнесенная 10 ноября 2015 г. – Бишкек, 2015 г. – 44 с.
7. Оценка влияния изменения климата на здоровье населения Кыргызской Республики (заключительный отчет) / Касымов О.Т., Шаршенова А.А., Белов Г.В. и др. Бишкек, 2012. –127 с.
8. Пономаренко Г.Н. Доказательная физиотерапия – стратегия развития XXI века // Медицина Кыргызстана. 2017. –№3. –С.5-9.
9. Программа по сектора здравоохранения Кыргызской Республики по адаптации к изменению климата на период 2011- 2015 годы / Касымов О.Т., Шаршенова А.А., Белов Г.В. и др. // Сборник раб. группы МЗ КР. Бишкек, 2011. -75 с.
10. Статистика Кыргызстана / stat.kg
11. Шаршенова А.А., Усонкулова Г.Б., Железняк А.О. Гигиеническая оценка ртути в объектах окружающей среды // Здравоохранение Кыргызстана. 2016. № 2. С. 42-48.
12. R.Toichuev; L.V. Zhilova; G. Makambaeva et al. Assessment and review of organochlorine pesticide pollution in Kyrgyzstan. // Environmental Science and Pollution Research. Springer-Verlag GmbH 2017. pp 1–12.
13. Vinnikov D., Khafagy A., Blanc P.D., Brimkulov N., Steinmaus C. High-altitude alpine therapy and lung function in asthma: systematic review and meta-analysis. ERJ Open Res, 2016 2: 00097-2015; DOI: 10.1183/ 23120541.00097-2015

Для корреспонденции:

Белов Георгий Васильевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой патологии, базисной и клинической фармакологии международного медицинского факультета, г.Ош, Тел. 0550-101-118 e-mail: georgybelov54@gmail.com

Калматов Романбек Калматович, д.м.н., директор УНПЦ «Университетская клиника», г.Ош, Тел. 0770-450-654, e-mail: krkmtc@gmail.com

Эшмуратов Гуламкадыр Бахтыярович, докторант, завуч медицинского колледжа Джалал-Абадского государственного университета, г. Джалал-Абад, Тел. 0770-623-633, e-mail: turk4onok@mail.ru

УДК: 616.008

ӨРӨӨНДӨРДӨ ЖАШАГАН ЭТНИКАЛЫК КЫРГЫЗДАРДЫН АРАСЫНДАГЫ МЕТАБОЛИКАЛЫК СИНДРОМ ЖАНА АНЫН КОМПОНЕНТТЕРИ

*Керимкулова А.С., Бекташева Э.Э., Лунегова О.С., Абилова С.С., Неронова К.В.,
Алибаева Н.Т., Миррахимов Э.М.*

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

Корутунду: Издөөнүн максаты. Өрөндөрдө жашаган этникалык кыргыздардын арасындагы метаболикалык синдром (МетС) жана анын компоненттери аныктоо. Материалдар жана методдор: Кыргыз Республикасынын Чүй өөрөнүндөгү региондордо төмөнкү тоолук денгел (740-780 м) шарттарында жашаган, 30 жаштан жогору этникалык кыргыздарды кросс-секциондук изилдөө өткөрүлдү. Бейтаптарга жалпы клиникалык изилдөөлөр жүргүзүлгөн, антропометрикалык параметрлерин өлчөө, липиддик спектрин жана гликемияны аныктоо. МетС диагнозу, 2005-жылы Adult Treatment Panel III тарабынан аныкталган критериялары менен далилденген, абдоминалдык семирүү (критерийлер: эркектерде бел курчамы ≥ 94 см, аялдарда: ≥ 88 см) жана МетС 2 же андан көп компоненттери бар болгон учурда.

Жыйынтык. Изилдөөдөн өткөн этникалык кыргыздарда МетС 28% (153 изилденүүчүлөрдүн 44 дө) аныкталган, МетС бейтаптардын эркектер (33,3%) жана аялдар (24,7%) салыштырмалоого мүмкүн болгон ($p > 0,05$). Жаштын терцилинин жогорулашына карай, аялдарда МетС көбүрөөк кездешкен (4%, 31,4% и 38%). Эркектер арасында окшош тенденциясы байкалган, бирок биринчи жана экинчи терцилинде эле (36,7%, 40%, 17,6%). 20,9%, 28,1%, 17,6%, 12,4% жана 5,9% бейтаптарда жок дегенде МетС 1, 2, 3, 4 жана 5 компоненттери аныкталган. МетС бар бейтаптар арасында 40,9%, 38,6% жана 20,5%, МетС 3, 4 жана 5 компоненти далилденген.

Корутунду. Изилдөөдөн өткөн көпчүлүк этникалык кыргыздарда МетС жана анын компоненттери аныкталган, өзгөчө аялдар арасында. Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоосуна изилдөөнүн натыйжасынын мааниси жогору.

Негизги сөздөр: этникалык кыргыздар; метаболикалык синдром; абдоминалдуу семирүү; дислипидемия; артериалдык гипертония; гипертриглицеридемия.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ЕГО КОМПОНЕНТЫ В ГРУППЕ ЭТНИЧЕСКИХ КЫРГЫЗОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ НИЗКОГОРЬЯ

*Керимкулова А.С., Бекташева Э.Э., Лунегова О.С., Абилова С.С., Неронова К.В.,
Алибаева Н.Т., Миррахимов Э.М.*

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

Резюме: Цель. изучить метаболический синдром (МетС) и его компоненты в группе этнических кыргызов, проживающих в сельских районах в условиях низкогорья.

Материал и методы. Проведено кросс-секционное исследование этнических кыргызов старше 30 лет, проживающих в сельских регионах Чуйской долины, в условиях низкогорья (740-780 м). Пациентам проведено общеклиническое обследование с измерением антропометрических параметров, определением гликемии и липидного спектра. Диагноз МетС уточнялся по модифицированным критериям Adult Treatment Panel III, 2005г, при наличии абдоминального ожирения (критерий у мужчин: $OT \geq 94$ см, у женщин: ≥ 88 см) и 2-х и более компонентов МетС.

Результаты. МетС диагностирован у 28,8% (у 44 из 153) обследованных этнических кыргызов, число пациентов с МетС среди мужчин (33,3%) и женщин (24,7%) было сопоставимым ($p > 0,05$). У женщин МетС чаще выявлялся по мере увеличения терциля возраста (4%, 31,4% и 38%). Среди мужчин аналогичная тенденция наблюдалась только с первого по второй терциль (36,7%, 40%, 17,6%). Обнаружено, что у 20,9%, 28,1%, 17,6%, 12,4% и 5,9% пациентов по крайней мере имелись 1, 2, 3, 4 или 5 компонентов МетС соответственно. Среди пациентов с МетС у 40,9%, 38,6% и 20,5% было выявлено 3, 4 и 5 компонентов МетС соответственно.

Заключение. У значительной части обследованных этнических кыргызов выявлен МетС и его компоненты, особенно среди женщин. Полученные нами результаты имеют важное значение для здравоохранения в Кыргызской Республике.

Ключевые слова: этнические кыргызы; метаболический синдром; абдоминальное ожирение; дислипидемия; артериальная гипертензия; гипертриглицеридемия; низкогорье.

METABOLIC SYNDROME AND IT'S COMPONENTS IN ETHNIC KYRGYZES PERMANENT INHABITANTS OF LOW ALTITUDE REGION

*Kerimkulova A.S., Bektasheva E.E., Lunegova O.S., Abilova S.S., Neronova K.V.,
Alibaeva N.T., Mirrakhimov E.M.*

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

Summary: *Goal: To study the metabolic syndrome (MetS) and its components in a Kyrgyz ethnic group, living in rural areas in low altitude region.*

Material and methods. *A cross-sectional study of Kyrgyz ethnic group over 30 years old, living in the rural areas of the Chui Valley in the low altitude region (740-780 m) in Kyrgyz Republic was conducted. Clinical examination with anthropometric measurements, the testing of glycemia and lipid parameters was held in patients. MetS diagnosis was updated according to the modified criteria of Adult Treatment Panel III, 2005 year, in the presence of abdominal obesity (criteria for men: $OT \geq 94\text{cm}$, for women: $\geq 88\text{cm}$) and 2 or more MetS components.*

Results. *MetS was diagnosed in 28.8% (44 out of 153) of the examined Kyrgyz ethnic group, the number of patients with MetS among men (33.3%) and women (24.7%) was comparable ($p > 0.05$). In women, MetS was more frequently detected as the age of tertile increased (4%, 31.4%, and 38%). Among men, a similar trend was observed only from the first to the second tertile (36.7%, 40%, 17.6%). There was found that in 20.9%, 28.1%, 17.6%, 12.4% and 5.9% of patients at least there were 1, 2, 3, 4 or 5 MetS components, respectively. Among patients with MetS, 40.9%, 38.6%, and 20.5% were identified 3, 4, and 5 components of MetS, respectively.*

Conclusion. *MetS and its components were identified in a significant part of the examined Kyrgyz ethnic group, especially among women. Our results are important for health care in the Kyrgyz Republic.*

Keywords: *Kyrgyz ethnic group; metabolic syndrome; abdominal obesity; anthropometric measurements; glycemia; lipid parameters; low altitude region.*

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной заболеваемости и смертности во многих развитых и развивающихся странах. При этом важным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний является метаболический синдром (МетС) [1]. Его распространенность увеличивается во всем мире, что вызвано перениманием современного образа жизни с высококалорийным питанием и низким уровнем физической активности, способствующие распространению МетС особенно в развивающихся странах. МетС тесно связан с инсулинорезистентностью [2]. На инсулинорезистентность влияют генетические факторы [2, 3], и её частота значительно варьируется в разных популяциях [2]. Хотя ожирение и уровень физической активности вносят значимый вклад в частоту возникновения МетС, и другие факторы, такие как генетическая предрасположенность, также могут играть существенную роль [3-5]. Исследования, проведенные в различных этнических группах, подтвердили, что частота отдельных компонентов МетС в разных странах может варьировать [6-15].

Изучение распространенности МетС и его компонентов позволит помочь в определении более эффективных стратегий как на популяционном уровне, так и на уровне первичного звена здравоохранения, дабы в последующем уменьшить неблагоприятные последствия МетС. Поэтому оценка компонентов МетС у жителей страны может дать важную информацию о его патогенезе. Предыдущие исследования этнических кыргызов показали более высокую распространенность низких концентраций холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП-ХС), чем в западных популяциях, что, очевидно, свидетельствует о большей восприимчивости к формированию МетС [16]. Кроме того, ожирение распространено среди женщин кыргызов [17]. До сих пор исследования МетС и его компонентов у этнических кыргызов немногочисленны [18-20].

Таким образом, целью данного исследования является определение встречаемости МетС и его компонентов в группе этнических кыргызов, проживающих в сельских районах в условиях низкогорья.

Методы исследования.

Обследованы жители сельских регионов Чуйской долины Кыргызской Республики, проживающие в условиях низкогорья. В исследование были включены этнические кыргызы старше 30 лет, постоянно проживающие в селах: Красная Речка, Кызыл-Туу, Асылбаш, Иссык-Атинского и Сокулукского районов Чуйской области, расположенных на высоте 740-780 м, и откликнувшиеся на объявление о предстоящем обследовании. В исследование не включались лица с состояниями, потенциально влияющими на липидные показатели: оперативными вмешательствами, проведенными менее чем за один месяц до исследования; тяжелыми хроническими заболеваниями внутренних органов; дисфункцией щитовидной железы; хроническим алкоголизмом; приемом кортикостероидных, липидснижающих препаратов; беременные и лактирующие женщины, а также пациенты с СД, получавшие инсулинотерапию.

Пациентам проведено общеклиническое обследование, включавшее сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр с измерением антропометрических параметров: окружность талии (ОТ), бедер и роста (в см), а также веса (в кг). Подсчитывался ИМТ в кг/м² по формуле: ИМТ = вес (в кг) / рост (м²). Ожирение диагностировалось по критериям ВОЗ при ИМТ ≥ 30 кг/м². Абдоминальное ожирение (АО) подтверждалось при ОТ у мужчин ≥ 94 см, у женщин - ≥ 88 см [20]. Артериальное давление (АД) измерялось стандартным сфигмоманометром в положении сидя, после 10-минутного отдыха.

Лабораторное исследование включало определение липидного спектра (общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), ЛПВП-ХС), глюкозы крови натощак. Забор крови проводился утром натощак через 12ч периода голода. После центрифугирования из образцов крови отделялась сыворотка, которая замораживалась до -20°C и транспортировалась в *Dir adjoint du department Hommes, Natures, Musee de l'Homme* (Париж, Франция), где были проведены лабораторные анализы. Холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛПНП-ХС) рассчитывался по формуле Friedwald W. [21]. Дислипидемия диагностировалась согласно модифицированным критериям

АТР III [22].

MetC диагностировался с использованием модифицированных критериев Adult Treatment Panel (АТР) III, 2005г [22], включавших наличие АО и двух и более следующих состояний: уровень АД $\geq 130/85$ mmHg, либо прием гипотензивных средств; концентрация ЛПВП-ХС $< 1,03$ ммоль/л у мужчин и $< 1,3$ у женщин, или прием препаратов, повышающих концентрацию ЛПВП-ХС; повышение триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л, или прием препаратов, снижающих уровень триглицеридов; глюкоза крови $\geq 5,6$ ммоль/л, или прием гипогликемических средств. Таким образом, MetC устанавливался при наличии ≥ 3 -х из 5-ти критериев, из которых АО было обязательным критерием.

Дизайн исследования. Нами было проведено кросс-секционное исследование. Все пациенты дали письменное согласие на участие в исследовании. Протокол исследования был одобрен этическим комитетом Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

Статистический анализ проводился с помощью программы STATISTICA 7.0 (StatSoft Inc., США). Анализ вида распределения переменных и дисперсий распределений признаков проведен с помощью тестов Колмогорова-Смирнова и Левена. При нормальном распределении переменных и отсутствии различий дисперсий в сравниваемых группах данные представлены как среднее \pm стандартное отклонение, а при непараметрическом распределении - в виде медианы (Me) (25-75 процентиля). Различия характеристик пациентов в двух группах анализировались с помощью t-критерия Стьюдента для переменных с параметрическим распределением и критерия Манна-Уитни - для переменных с непараметрическим распределением. Сравнение групп по качественному бинарному признаку проводилось с построением и анализом таблиц сопряженности с последующим применением критерия χ^2 . Значения $p < 0,05$ считались достоверными.

Результаты.

Характеристики обследованных пациентов представлены в таблице 1. Пациенты были сопоставимы по возрасту, ИМТ и частоте ожирения; у мужчин были большие

показатели ОТ. Курение преобладало среди мужчин. Анализ липидного спектра показал, что средние уровни ОХС, а также медиана ТГ были больше у мужчин. В то же время средние значения ЛПВП-ХС, как и ожидалось, были выше у женщин.

Таблица 1. Клинические и лабораторные характеристики пациентов.

	Всего	Мужчины	Женщины	p
n (%)	153 (100)	72 (47,1)	81 (52,9)	
Возраст*, лет	50,8±8,2	51,9±8,7	49,8±7,5	0,1
Курение, n (%)	30 (19,6)	29 (40,3)	1 (1,2)	<0,0001
САД, мм рт.ст.	136 (126-150)	140 (129-155)	133 (123-145)	<0,05
ДАД, мм рт.ст.	89 (81-96)	91 (85-99)	85 (78-92)	<0,01
ИМТ*, кг/м ²	28,1±4,7	28,1±3,7	28,02±5,4	0,9
Ожирение, n (%)	53 (34,6)	22 (30,6)	31 (38,3)	0,3
ОТ*, см	93,1±11,04	98,2±9,6	88,5±10,3	<0,0001
ОХС*#	5,1±1,03	5,3±0,9	4,9±1,1	<0,05
ЛПВП-ХС*#	1,2±0,3	1,08±0,3	1,3±0,3	<0,0001
ТГ#	1,2 (0,9-1,7)	1,4 (1,1-2,3)	1,1 (0,8-1,3)	<0,0001
ЛПНП-ХС*#	3,2±0,9	3,4±0,9	3,1±0,9	<0,05
Глюкоза#	5,5 (5,2-6,0)	5,5 (5,2-6,2)	5,5 (5,1-5,8)	0,2

Примечания: * - данные представлены как среднее ± стандартное отклонение; модифицированные критерии метаболического синдрома для этнических кыргызов - применялись критерии абдоминального ожирения (ОТ ≥94 см у мужчин и ОТ ≥88 см у женщин) [20]; # - данные представлены в виде ммоль/л.

Встречаемость МетС в группе обследованных кыргызов была 28,8% (у 44-х из 153 пациентов; табл.2). В зависимости от возраста пациенты были распределены на подгруппы по терцилям. У женщин МетС чаще диагностировался по мере увеличения терциля возраста (4%, 31,4% и 38%). У мужчин также наблюдалась подобная тенденция с повышением числа пациентов с МетС с первого по второй терциль, тем не

менее в подгруппе мужчин старше 55 лет число пациентов с МетС диагностировано меньше (36,7%, 40%, 17,6%). В целом число выявленных пациентов с МетС среди мужчин (33,3%) и женщин (24,7%) было сопоставимым (p>0,05). Последующий анализ в возрастных подгруппах подтвердил статистически значимые различия по МетС среди мужчин и женщин только в 1-м терциле (p<0,01; табл. 2).

Таблица 2. Встречаемость метаболического синдрома по возрастам.

Группы	Мужчины		Женщины		Всего	
	Всего	МетС	Всего	МетС	Всего	МетС
1 терциль	30 (41,7)	11 (36,7)	25 (30,9)	1 (4)*	55 (35,9)	12 (21,8)
2 терциль	25 (34,7)	10 (40)	35 (43,2)	11 (31,4)	60 (39,2)	21 (35)
3 терциль	17 (23,6)	3 (17,6)	21 (25,9)	8 (38,1)	38 (24,8)	11 (28,9)
Итого	72 (100)	24 (33,3)	81 (100)	20 (24,7)	153 (100)	44 (28,8)

Примечания: МетС – метаболический синдром; все данные представлены в виде n (%); * - p<0,01 (женщины в сравнении с мужчинами); терцили возраста (годы) у мужчин: 1 - <49; 2 - 49-55; 3 - >55; у женщин: 1 - <48; 2 - 48-53; 3 - >53.

В таблице 3 описаны пропорции пациентов с различными компонентами МетС. Наряду с АО у пациентов обоих полов наиболее часто встречались такие компоненты МетС, как низкий уровень ЛПВП-ХС и артериальная гипертензия. Реже всего у женщин выявлялось

повышение ТГ, а у мужчин – гипергликемия. Среди мужчин и женщин выявлены статистически значимые различия относительно встречаемости таких компонентов МетС, как гипергликемия, артериальная гипертензия, гипертриглицеридемия (табл. 3).

Таблица 3. Встречаемость компонентов метаболического синдрома.

Компоненты МетС	Все пациенты			
	Всего, n=153	Мужчины, n=72	Женщины, n=81	p
гГликемия	20,9	27,8	14,8	<0,05
гТГ	24,8	38,9	12,3	<0,001
АО	62,1	68,1	56,8	нд
нЛПВП-ХС	51,6	50	53,1	нд
АГ	50,3	61,1	40,7	<0,05
	Пациенты с МетС			
	Всего, n=44	Мужчины, n=24	Женщины, n=20	p
гГликемия	54,5	62,5	45	нд
гТГ	56,8	70,8	40	<0,05
АО	100	100	100	-
нЛПВП-ХС	84,1	70,8	100	<0,01
АГ	84,1	91,7	75	нд

Примечания: данные представлены в %; гГликемия – гипергликемия; гТГ – гипертриглицеридемия; АО – абдоминальное ожирение; нЛПВП-ХС – низкий уровень ЛПВП-ХС; АГ – артериальная гипертензия.

У обследованных пациентов была проанализирована численность компонентов МетС. При этом мы обнаружили, что у 20,9%, 28,1%, 17,6%, 12,4% и 5,9% пациентов по крайней мере имелись 1, 2, 3, 4 или 5 компо-

нентов МетС соответственно (Рис. 1). Среди пациентов с МетС у 40,9% было обнаружено 3 компонента, у 38,6% - 4 компонента и у 20,5% - 5 компонентов МетС.

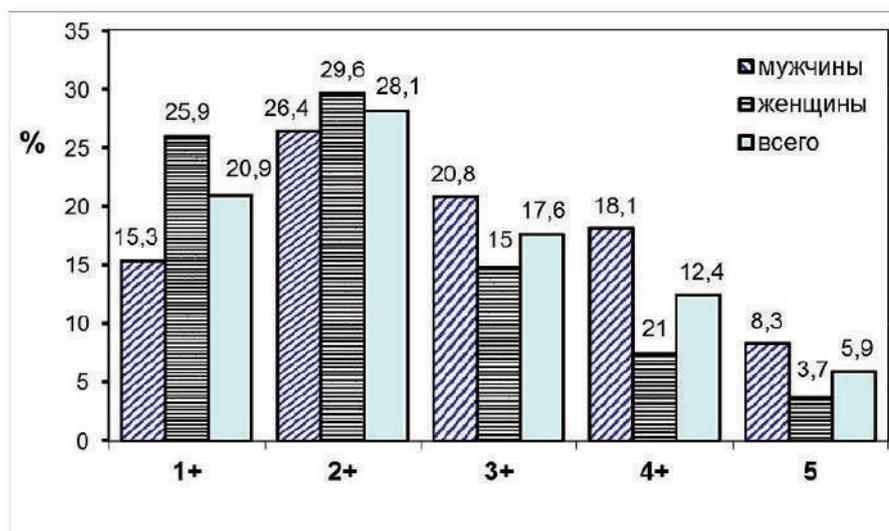


Рис. 1. Встречаемость компонентов метаболического синдрома в зависимости от пола

Обсуждение.

В настоящем исследовании были изучены постоянные жители сельских районов, расположенных в условиях низкогорья. В группе этнических кыргызов исследованы встречаемость МетС и его компонентов. Для подтверждения МетС использовались модифицированные критерии АТР III, 2005г [22]. МетС диагностировался при наличии АО, при этом за АО принимались значения $OT \geq 94$ см у мужчин и ≥ 88 см у женщин [20].

Распространенность МетС в разных странах и этнических группах существенно варьирует. Как правило сложности при сравнении результатов исследований обусловлены различиями в использованных методах, возрасте и других характеристиках пациентов, а также диагностическими критериями МетС. Следовательно, различия могут быть частично обусловлены как разными критериями, используемыми для определения МетС, так и особенностями изучаемых популяций.

В некоторых странах МетС чаще встречается среди женщин [9, 11, 12], в то же время в других странах распространенность МетС сопоставима у представителей обоих полов [10, 13-15]. По-видимому, более частое обнаружение МетС у женщин обусловлено непропорционально высокой распространенностью АО среди женщин в сравнении с мужчинами. Например, показатели АО у мужчин корейцев составили только 0,2%, но у женщин они достигли 27,3% [12]. В настоящем исследовании нами обнаружены значительные показатели АО: у 68,1% и 56,8% обследованных мужчин и женщин. Кроме того, в проведенных ранее исследованиях выявлены довольно большие когорты лиц с общим и АО среди обследованных женщин кыргызок [17,18]. В настоящем исследовании нами выявлено 30,6% и 38,3% пациентов с ожирением у мужчин и женщин соответственно. Похоже, что среди кыргызов общее и АО становятся актуальной проблемой как для женщин, так и мужчин.

Более высокая частота ожирения у кыргызов может быть объяснена преимущественным употреблением в пищу мясных, молочных продуктов, преобладанием углеводов в виде изделий из теста и относительно редким содержанием в рационе питания све-

жих овощей и фруктов [17]. Таким образом, очевидно, что среди населения должны применяться профилактические меры по изменению характера питания.

Компоненты МС. Исследования, проведенные в различных этнических группах, также показали, что частота отдельных компонентов МетС может варьироваться в различных странах и этнических группах [6-15]. Генетические факторы также могут играть важную роль в определении различных компонентов МетС у представителей разных этнических групп [3, 4]. Следовательно, оценка компонентов МетС в стране может помочь в поиске важной информации о патогенезе МетС. Например, исследованиями показано, что АО более выражено у жителей Южной Азии, чем у представителей западных популяций [5]. Среди обследованных этнических кыргызов наиболее частыми компонентами МетС были АО и низкий уровень ЛПВП-ХС и артериальная гипертензия. Указанные компоненты также преобладали у пациентов с МетС. Аналогичные данные получены и другими авторами, например, при исследовании американцев [6].

Отдельные компоненты МетС также различаются между мужчинами и женщинами в большинстве популяций. В целом, результаты исследований показали значительную распространенность ожирения, низкого уровня ЛПВП-ХС и гипергликемии у женщин, а повышенное АД и гипертриглицеридемия - у мужчин [6, 11, 15]. В нашем исследовании, за исключением гипергликемии, были получены аналогичные результаты. АО, повышенное АД, гипертриглицеридемия, гипергликемия чаще диагностировались среди мужчин. Наиболее часто выявляемыми компонентами МетС у женщин были АО и сниженный уровень ЛПВП-ХС. В то же время обнаруженные нами гендерные различия относительно АО и низкого уровня ЛПВП-ХС не были статистически значимыми. Известно, что различные этнические группы отличаются по антропометрическим параметрам. Поэтому определение МетС согласно критериям АТР III может быть некорректным при сравнении МетС у представителей разных этносов [9, 12]. Не являются исключением и этнические кыргызы, у которых критерии АО

также имеют свои особенности. Опубликованные ранее данные показали, что у этнических кыргызов более приемлемы диагностические значения окружности талии ≥ 94 см для мужчин и ≥ 88 см для женщин [20].

В заключении, встречаемость МетС среди взрослых этнических кыргызов, вероятно, достаточно высока, особенно среди женщин. При этом жители сельских регионов нуждаются в особом внимании органов здравоохранения с позиции ведения пациентов с МетС. Высокая распространенность МетС в Кыргызской Рес-

публике может привести к увеличению заболеваемости коронарной болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа, которые уже высоки по сравнению с большинством развитых или развивающихся стран [23]. Полученные результаты подтверждают необходимость более масштабных популяционных исследований по выявлению кардиометаболических факторов риска, которые в последующем могут послужить основой для разработки профилактических программ для МетС.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Isomaa B., Almgren P., Tuomi T., et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome // *Diabet Care.* – V. 24. – P. 683–689.
2. Grundy SM, Abate N, Chandalia M. Diet composition and the metabolic syndrome: what is the optimal fat intake? // *Am J Med.*–2002.–V.113.– P. 25S–29S.
3. Abate N. Obesity and cardiovascular disease. Pathogenetic role of the metabolic syndrome and therapeutic implications // *J Diabet Complicat.* – 2000. – V. 14. – P. 154–174.
4. Thomas G.N., Tomlinson B., Chan J.C.N., et al. An insulin receptor gene polymorphism is associated with diastolic blood pressure in Chinese subjects with components of the metabolic syndrome // *Am J Hypertens.* – 2000. – V. 13. – P. 745–752.
5. Das U.N.D. Metabolic syndrome X is common in South Asians, but why and how? // *Nutrition.* 2002. – V. 18. – P. 774–776.
6. Ford E.S., Giles W.H., Dietz W.H. Prevalence of metabolic syndrome among US adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey // *JAMA.* - 2002. – V. 287. – P. 356–359.
7. Onat A., Sansoy V. Metabolic syndrome, major culprit of coronary disease among turks: its prevalence and impact on coronary risk // *Arch Turk Soc Cardiol.* – 2002. – V. 30. – P. 8–15.
8. Azizi F., Salehi P., Etemadi A., Zahedi-Asl S. Prevalence of metabolic syndrome in an urban population: Tehran lipid and glucose study // *Diab Res Clin Pract.* – 2003. – V. 61. – P. 29–37.
9. Ramachandran A., Snehalatha C., Satyavani K., et al. Metabolic syndrome in urban Asian Indian adults – a population study using modified ATP III criteria // *Diabet Res Clin Pract.* – 2003.– V.60.– P.199–204.
10. Chuang S.Y., Chen C.H., Chou P. Prevalence of metabolic syndrome in a large health check-up population in Taiwan // *J Chin Med Assoc.* – 2004. – V. 67. – P. 611–620.
11. Gupta R., Deedwania P.C., Gupta A, et al. Prevalence of metabolic syndrome in an Indian urban population // *Int J Cardiol.*–2004.–V.97.– P. 257–261.
12. Kim E.S., Han S.M., Kim Y.I., et al. Prevalence and clinical characteristics of metabolic syndrome in a rural population of South Korea // *Diabet Med.* – 2004. – V. 21. – P. 1141–1143.
13. Duc Son L.N.T., Kunii D., Hung N.T., et al. The metabolic syndrome: prevalence and risk factors in the urban population of Ho Chi Minh City // *Diabet Res Clin Pract.* – 2005. – V. 67. – P. 243–250.
14. Enkhmaa B., Shiwakua K., Anuurada E., et al. Prevalence of the metabolic syndrome using the Third Report of the National Cholesterol Educational Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (ATP III) and the modified ATP III definitions for Japanese and Mongolians // *Clin Chim Acta.* – 2005.–V.352.– P.105–113.
15. Thomas GN, Ho SY, Janus ED, et al. The US National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel III prevalence of the metabolic syndrome in a Chinese population// *Diabet Res Clin Practice.*– 2005.–V. 67. – P. 251-7.
16. Керимкулова А.С., Лунегова О.С., Миррахимов А.Э., и др. Ассоциация лептина с дислипидемией в группе этнических киргизов // *Клиническая лабораторная диагностика.* – 2014. – V. 1. – P. 9-12.
17. Moldobaeva M.S., Vinogradova A.V., Esenmanova M.K. Risk of Type 2 Diabetes Mellitus Development in the Native Population of Low-

- and High-Altitude Regions of Kyrgyzstan: Finnish Diabetes Risk Score Questionnaire Results // High Alt Med Biol. – 2017. – V. 18(4). – P. 428-435.
18. Kerimkulova A.S., Lunegova O.S., Mirrakhimov A.E., et al. Association between the intima-media thickness of the extracranial carotid arteries and metabolic syndrome in ethnic Kyrgyz // BMC Cardiovasc Disord. – 2018. – V. 22. – N. 18(1). – P. 199.
19. Mirrakhimov E.M., Kerimkulova A.S., Lunegova O.S., et al. The association of leptin with dyslipidemia, arterial hypertension and obesity in Kyrgyz (Central Asian nation) population // BMC Res Notes. – 2014. – V. 30. – N. 7. – P. 411.
20. Mirrakhimov A.E., Lunegova O.S., Kerimkulova A.S., et al. Cut off values for abdominal obesity as a criterion of metabolic syndrome in an ethnic Kyrgyz population // Cardiovasc Diabetol. – 2012. – V. 22. – N. 11. – P. 16.
21. Friedewald W.T., Levy R.I., Fredrickson D.S. Estimation of the concentration of low density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge // Clin Chem. – 1972. – V. 18. – P. 499-502.
22. Grundy S.M., Cleeman J.I., Daniels S.R. et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute scientific statement // Curr Opin Card. – 2006. – V. 21. – P. 1-6.
23. Kaliev M.T., Meimanaliev T.S., Djumagulova A.S., Habicht J. Prevalence of noncommunicable diseases risk factors in the Kyrgyz Republic // Ter Arkh. – 2018. – V. 14. – N. 90(1). – P. 45-48.

Для корреспонденции:

Керимкулова Алина Суйунтбековна - к.м.н., доцент., КГМА им. И.К. Ахунбаева, 0(996)550 773231, 0 (996) 312 622790, E-mail: alinakg@gmail.com

Бекташева Эркайым Эсенбековна - КГМА им. И.К. Ахунбаева, 0(996)779118339 E-mail: erkaiym0702@gmail.com

Лунегова Ольга Сергеевна - к.м.н., КГМА им. И.К. Ахунбаева, 0(996)553 740580 E-mail: olga.lunegova@gmail.com

Абилова Саамай Сагынбаевна - к.м.н., доцент., КГМА им. И.К. Ахунбаева, 0(996)773 105025, E-mail: abilova_s@mail.ru

Неронова Ксения Вадимовна - КГМА им. И.К. Ахунбаева, 0(996)772 701344, E-mail: ksenichka31@yandex.ru

Алибаева Назира Тилекбаевна - КГМА им. И.К. Ахунбаев, 0(996)556 651965, E-mail: arina79723@mail.ru

Миррахимов Эркин Мирсаидович - д.м.н., профессор., КГМА им. И.К. Ахунбаева, 0(996)779 146629, 0 (996) 312 663175, E-mail: erkmirr@gmail.com

УДК: 616.127-089.168

ЖЕКЕ МЕНЧИК «БИКАРД» КЛИНИКАСЫНЫН ШАРТТЫНДАГЫ АОРТО-КОРОНАРДЫК АРТЕРИЯ АЙЛАНЫП КЫЙЫШТЫРУУ ОПЕРАЦИЯСЫНЫН ТҮЗДӨН-ТҮЗ ЖАНА УЗАК МӨӨНӨТТӨГҮ НАТЫЙЖАЛАРЫ

Молдоташев И.К., Осмонов Д.А., Кудайбергенова Н.Т., Мустафа Унал, Назаров А.К., Ташмаматов А.Ж., Калыкулов Т.Р., Токтогулова А.С., Ахметова Э.О.

«Бикард» клиникасы, Бишкек ш. Кыргыз Республикасы

Корутунду: Изилдөөнүн максаты. Жеке менчик «Бикард» клиникасынын шартындагы аорта-коронардык артерия айланып кыйыштыруу (АКААК) ыкмасы менен, коронардык жүрөк оорусу менен ооруган бейтаптардын миокардын реваскуляризациялоо натыйжаларынын анализин жүргүзүү, аларды андан ары кароо жана калыбына келтирип далылоонусун жакшыртуу.

Материал жана ыкмалар. Изилдөө материалы иретинде 2016 жылдын март айынан 2018 жылдын февраль айына чейинки аралыкта «Бикард» жеке клиникасында АКААК операциясы болгон 234 бейтаптардын натыйжалары изилдеди. Бардык бейтаптарга АКААК операциясы жасалма кан айлануу жана кардиоплегия шарттарында жүргүзүлдү. 11 бейтапка операция инфаркт миокардтын курч мөөнөтүндө жасалды. Хирургиялык дарылоодо, тез арада жана узак мөөнөттүү жыйынтыктары изилденди.

Изилдөөнүн жыйынтыктары. Жалпысынан ооруканадагы өлүм 3,4% ды түзгөн. АКААК операциясы инфаркт миокардтын курч мөөнөтүндө жасалган бейтаптар тобунан бир бейтап көз жумган (9%). Узак мөөнөттүү жыйынтыктарды изилдөөдө, эки жыл жашагандардын саны 97,8% ды түзгөн. Ооругандардын басымдуу көпчүлүгү дары-дармектерди үзгүлтүксүз ичип, көнүгүү жасап, кан басымын көзөмөлгө алып, спирт ичимдиктери менен тамекиден баш тартып, арыктап жана жашоо сапатын жакшыргананы байкашкан. Бейтаптардын жарымынан азы диспансердик байкоодо үзгүлтүксүз болгон жана бейтаптардын ондон бир бөлүгү гана коронардык клубтан жана жүрөктүн калыбына келтирүү борборунан окушкан жана көзөмөлгө алынган.

Жыйынтык. “Бикард” жеке менчик клиникасында хирургиялык миокарды реваскуляризациялоо жыйынтыгы эл аралык стандарттарга жооп берет. Узак мөөнөттүү натыйжалары (эки жыл ичинде) боюнча, дарыгерлердин аракеттери менен бейтаптарды толугу менен диспансердик көзөмөлгө алуунусу жана андан аркы алдын алуу иш-чараларын жүргүзүлүшү талап кылынат.

Негизги сөздөр: ЖКО (жүрөктүн коронардык оорусу), АКААК, КМИ (курч миокардтын инфаркты), жүрөктү калыбына келтирүү, жеке менчик клиникасы.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ «БИКАРД».

Молдоташев И.К., Осмонов Д.А., Кудайбергенова Н.Т., Мустафа Унал, Назаров А.К., Ташмаматов А.Ж., Калыкулов Т.Р., Токтогулова А.С., Ахметова Э.О.

Клиника «Бикард», г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Цель исследования. Провести анализ результатов реваскуляризации миокарда у больных коронарной болезнью сердца (КБС) методом аорто-коронарного шунтирования (АКШ) в условиях частной клиники «Бикард» для оптимизации их дальнейшего ведения и улучшения исходов заболевания.

Материал и методы. Материалом исследования стали результаты АКШ у 234 пациентов, прооперированных в частной клинике «Бикард» с марта 2016 года по декабрь 2018г. У всех больных проведена операция АКШ в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии. У 11 пациентов она сделана в остром периоде инфаркта миокарда. Нами изучены как непосредственные, так и отдаленные результаты хирургического лечения.

Результаты исследования. Общая госпитальная летальность составила 3,4%. В группе пациентов, где АКШ проводилось в остром периоде инфаркта миокарда, (в первые сутки) умер один больной (9%). Анализ отдаленных результатов показал, что двухгодичная выживаемость составила 97,8%. Установлено, что подавляющее большинство

пациентов регулярно принимали медикаментозное лечение, контролировали артериальное давление, занимались физическими нагрузками, отказались от алкоголя, курения, снизили вес и отмечали улучшение качества жизни. Менее половины пациентов находились на регулярном диспансерном наблюдении и только десятая часть прошли обучение в коронарном клубе и кардиореабилитационном центре.

Ключевые слова: КБС, АКШ, ОИМ, кардиореабилитация, частная клиника.

IMMEDIATE AND LONG-TERM RESULTS OF CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING IN THE CONDITIONS OF THE PRIVATE CLINIC “BICARD”

Moldotashev I.K., Osmonov D.A., Kudaibergenova N.T., Mustafa Unal, Nazarov A.K., Tashmamatov A.Zh., Kalykulov T.R., Toktogulova A.S., Akhmetova E.O.

Bikard clinic, Bishkek c., Kyrgyz Republic

Summary: *The aim of the study-to analyze the results of myocardial revascularization in patients with coronary heart disease by coronary artery bypass grafting in a private clinic to optimize their further management and improve the outcomes of the disease.*

Material and methods. *The study was based on the results of coronary artery bypass grafting in 234 patients operated in a private clinic "BICARD" from March 2016 to December 2018 year. All patients underwent coronary artery bypass grafting in cardiopulmonary bypass and cardioplegia. In 11 patients, it was made in the acute period of myocardial infarction. We have studied both immediate and long-term results of surgical treatment.*

Research result. *Total hospital mortality was 3.4%. In the group of patients where coronary artery bypass grafting was performed in the acute period of myocardial infarction, one died (9%). Analysis of long-term results showed that the two-year survival rate was 97.8%. It was found that the vast majority of patients regularly took medication controlled blood pressure engaged in physical activity refused alcohol Smoking reduced weight and noted an improvement in quality of life. At the same time, about a third of patients were hospitalized (from 1 to 6 times) called an ambulance (10%) and received a disability of group 2. It is important to note that only about half of the patients were on regular dispensary observation and only 10% were trained in the coronary club.*

Conclusion. *The immediate results of surgical revascularization in the private clinic "BICARD" meet international standards. Long-term results (within 2 years) indicate that further efforts of doctors are needed for a more complete medical prophylactic examination of patients and for secondary prevention of coronary heart disease.*

Key words: *CHD, CABG, AMI, cardiac rehabilitation, private clinic.*

Введение. Кыргызстан характеризуется самыми высокими показателями преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в Европейском регионе ВОЗ, занимает второе место по смертности от цереброваскулярных заболеваний и третье место по смертности от ишемической болезни сердца. Применительно к смертности от ССЗ наблюдается значительные гендерные различия, причем преждевременная смертность среди мужчин превышает преждевременную смертность среди женщин в 2-3 раза. Среди населения широко распространены факторы сердечно-сосудистого риска: примерно половина мужчин курит и более трети взрослого населения (в возрасте от 25 до 64 лет) характеризуется наличием трех или более факторов сердечно-сосудистого риска [1,2,3]. Наряду с медикаментозной терапией КБС, в последние

годы получили широкое развитие методы хирургической коррекции данной патологии. Не стало исключением и КР, где помимо государственных учреждений, появились и частные клиники, внедрившие у себя современные методы реваскуляризации миокарда в городах Бишкек и ОШ. По мере накопления клинического материала возникает необходимость их анализа с целью выявления недостатков и упущений для дальнейшей оптимизации и улучшения результатов лечения КБС.

Цель исследования. Провести анализ ближайших и отдаленных результатов (через 2 года) хирургической реваскуляризации миокарда у больных КБС методом АКШ в условиях частной клиники «Бикард» для оптимизации их дальнейшего введения и улучшения исходов заболевания.

Материал и методы. Проведен анализ ближайших и отдаленных (через 2 года) результатов АКШ у 234 пациентов, прооперированных в частной клинике «Бикард» с марта 2016 года по декабрь 2018 г. У 229 больных проведена операция АКШ в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии, а в 5 случаях на работающем сердце. У 11 пациентов АКШ сделано в остром периоде инфаркта миокарда. Всем больным перед операцией по стандартным методикам снималась ЭКГ на аппарате «МАС-400», ЭхоКГ на аппарате «ViViD 7», коронарография на ангиографической установке фирмы «Toshiba».

Результаты и их обсуждения. Среди оперированных пациентов было 155 мужчин и 45 женщин в возрасте от 36 до 87 лет. Средний возраст мужчин составил 62,5 года, а среди женщин 64,8 года.

Максимальное количество шунтов у одного больного было 5 – у 16, 6 - у одного, 4 - у 47, 3 - у 57, 2 - у 68, 1 - у 11. В среднем на одного больного приходилось 3 шунта. По виду оперативного вмешательства пациенты распределялись следующим образом: у 182 больных произведена операция АКШ, у 7 - АКШ одновременно с протезированием аортального клапана, у 3 - АКШ с одновременной тромбэктомией, у 2 - АКШ с пластикой митрального клапана, у 2 - АКШ с протезированием митрального клапана, у 2 - АКШ с протезированием аортального и митрального клапанов сердца и с радиочастотной аблацией, у 1 - АКШ с тромбэктомией и аневризмэктомией, у 1 - АКШ с протезированием митрального клапана с тромбэктомией и с радиочастотной аблацией. Общая госпитальная летальность составила 3,4%, что сопоставимо с мировыми стандартами, которая не превышает 1-3% [4,5,6]. Причинами летального исхода были: острая сердечная недостаточность и тромбоэмболия легочной артерии.

В настоящее время госпитальная летальность от ОИМ значительно различается в зависимости от того, как организовано оказание неотложной кардиальной помощи в стране. Так, по данным регистра ОИМ в г.Бишкек за последние 3 года внутрибольничная смертность колеблется от 22 до 25%. В Германии в целом по стране этот показатель в 2005 - 2009

годы достигал 11,3% [7]. Считают, что при своевременной госпитализации и реваскуляризации миокарда инвазивными вмешательствами госпитальную летальность можно снизить до 4-5%. АКШ в остром периоде ИМ остается трудной задачей и по данным ряда авторов смертность колеблется от 8 до 23% [8,9,10], а при кардиогенном шоке достигает 33,7% [11]. В нашем случае в группе пациентов, где АКШ проводилось в остром периоде ИМ умер один больной (9 %).

Известно, что пациенты с низкой сократительной способностью левого желудочка сердца, относятся к категории высокого риска и уровень осложнений и смертности после операций АКШ, у них выше чем у больных с сохраненной фракцией выброса ЛЖ [12,13]. Результаты наших исследований подтверждают такие исходы заболевания. Так, среди 234 больных было 16 больных с фракцией выброса ЛЖ ниже 40%. После операции АКШ 3 из них умерли (1 в стационаре, 2 - после выписки из стационара), 3 больных после операции чувствовали себя хуже, а у 10 больных отмечалось улучшение общего самочувствия.

Анализ отдаленных результатов по данным специального опросника показал, что подавляющее большинство пациентов регулярно принимали медикаментозное лечение (95%), контролировали артериальное давление (80%), занимались физическими нагрузками (85%), отказались от алкоголя (72%), курения (66%), снизили вес (60%) и отмечали улучшения качества жизни (73%). В то же время около трети больных (29%) получили стационарное лечение (от 1 до 6 раз), вызвали скорую помощь (10%) и получили инвалидность II группы (28%). Важно отметить, что только около половины (48%) пациентов находились на регулярном диспансерном наблюдении и только 10% прошли обучение в коронарном клубе и кардиореабилитационном центре. Ранее проведенные нами исследования эффективности реабилитационной помощи у больных с острым инфарктом миокарда в г. Бишкек на амбулаторном уровне показали, что под постоянным наблюдением врачей центров семейной медицины находится лишь третья часть пациентов. Не фиксируется достижения пациентами целевых уровней основных факторов риска КБС,

отсутствует контроль за проведением физической реабилитации, не проводится оценка трудоспособности, не назначается психологическая реабилитация [14].

По результатам, полученным через 2 года мы можем сделать следующие выводы:

Первое - наибольшие трудности у наших пациентов были связаны со снижением веса и с курением. Второе - только половина пациентов находилась под наблюдением врачей и только десятая часть больных пожелали пройти амбулаторную кардиореабилитацию. По данным американских исследователей даже в развитых странах мира лишь около 30% больных, перенесших АКШ, проходят кардиореабилитацию. Согласно международ-

ным рекомендациям кардиореабилитацию необходимо начинать еще в предоперационном периоде, продолжать в стационаре, а затем в амбулаторных условиях с обязательным проведением физических тренировок под наблюдением медицинского персонала [15].

В заключение можно сказать, что непосредственные результаты АКШ в частной клинике «Бикард» соответствуют мировым стандартам. Следующим важным этапом должно стать внедрение современных методов кардиореабилитации, как в предоперационном, так и в амбулаторно-поликлинических условиях. Отдельной проблемой является реорганизация оказания неотложной кардиологической помощи в КР.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Farrington Jill, Pozella F.R., Яковлев А., Ротарь О. Обзор организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте миокарда и инсульте в Кыргызстане. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017.
2. Кыдыралиева Р.Б., Молдоташев И.К., Кудайбергенова Н.Т., Осмонов Д.А. К вопросу об истории развития кардиологии в Кыргызской Республике. Сообщение I (Советский период). Здравоохранение Кыргызстана. 2017. № 1. С. 29-34.
3. Кыдыралиева Р.Б., Молдоташев И.К., Кудайбергенова Н.Т., Осмонов Д.А. К вопросу об истории развития кардиологии в Кыргызской Республике. Здравоохранение Кыргызстана. 2017. № 2. С. 39-44.
4. Бокерия Л.А. Малоинвазивная реваскуляризация миокарда у больных со сниженной сократительной способностью левого желудочка. //Л.А. Бокерия, В.Ю. Мерзляков, Д.И. Феодоридис, А.И. Скопин, А.А. Захаров, М.В. Желихажева, Х.К. Мамаев, И.В. Ключников // *Анналы хирургии*. 2006. №1. С. 10 – 14.
5. Бокерия Л.А. Операции коронарного шунтирования на работающем сердце и в условиях искусственного кровообращения у больных с ишемической болезнью сердца с поражением основного ствола левой коронарной артерии. // Л.А. Бокерия, В.Ю. Мерзляков, И.В. Ключников, А.А. Захаров, А.И. Скопин, М.В. Желихажева и др. // *Сердечно – сосудистые заболевания*. Бюллетень НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Десятая ежегодная сес-

6. Ишемическая болезнь сердца и факторы риска (сравнение показателей в странах Европы, США и России) / Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаков, И.В. Самородская и др. // *Грудная и сердечно – сосудистая хирургия* – 2007. №4. С. 6 – 10.
7. Freisinger E, Fuerstenberg T, Malyar NM, Wellman J, Keil U, Breithart G, Reinecke H. German nationwide data on current trends and management of acute myocardial infarction: discrepancies between trials and real-life. *Eur Heart J*. 2014 Apr; 35 (15): 979-88.
8. Buffet P, Villemot JP, Danchin N, Amrein D, Juilliere Y, Ethevenot G, Cherrier F. [Emergency coronary after transluminal angioplasty. Immediate results and long-term outcome of 100 operations]. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1992 Jan; 85 (1): 17-23.
9. Шарипов И.М., Ярбеков Р.Р., Исмаев А.А., Омонов С.Х., Вахидов Т.З. Результаты операции аортокоронарного шунтирования на работающем сердце у больных с низкой фракцией выброса левого желудочка. XXII Всероссийский съезд сердечно – сосудистых хирургов 27 – 30 ноября 2016.
10. Grothusen C, Friedrich C, Attmann T, Meiner J, Ohnewald E, Ulbricht U, Huenges K, Haneya A, Frank D, Graesner JT, Schoettler J, Cremer J. Coronary artery bypass surgery within 48 hours after cardiac arrest due to acute myocar-

- dial infarction. Eur J Cardiothorac Surg. 2017 Aug 1; 52(2):297-302.
11. Davierwala PM, Leontyev S, Verevkin A, Rastan AJ, Mohr M, Bakhtiary F, Misfeld M, Mohr FW. Temporal Trends in Predictors of Early and Late Mortality After Emergency Coronary Artery Bypass Grafting for Cardiogenic Shock Complicating Acute Myocardial Infarction. Circulation. 2016 Oct 25; 124(17): 1224-1237.
12. Dzubur A, Mekic M, Pesto S, Nabil N. Echocardiographic Parameters as Life Quality Predictors in Patients After Myocardial Infarction Treated with Different Methods. Med Arch. 2016 Dec; 70(6):419-424.
13. Khan AN, Sabbagh S, Ittaman S, Abrich V, Narayan A, Austin B, Rezkalla SH. Outcome of early revascularization surgery in patients with ST – elevation myocardial infarction. J Intery Cardiol. 2015 Feb; 28(1): 14-23.
14. Молдоташев И.К., Кудайбергенова Н.Т., Буларкиева Э.А., Муханова А.К. Оценка качества оказания реабилитационной помощи больным с острым инфарктом миокарда в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Бишкек //ЦАМЖ. XVII. – 2011. №5. – С.62-66.
15. Российские клинические рекомендации по коронарному шунтированию больных ишемической болезнью сердца: реабилитация и вторичная профилактика. Российское кардиологическое общество. Кардиосоматика 2016, С. 5-63.

Для корреспонденции:

1. Молдоташев Ишенбай Курманович- д.м.н, профессор.
Кардиореабилитационного центра «Рекард»,
E-mail: moldotashev53@mail.ru тел: +996550302053
2. Осмонов Дамир Асылбекович - phd., главный врач клиники «Бикард»,
E-mail: bikardclinic@gmail.com, тел. :+996772931606
3. Кудайбергенова Назира Торобаевна- д.м.н. и.о. профессора на кафедре терапии Международной высшей школы,
e-mail: nazira_@mail.ru, тел: +996709190728
4. Мустафа Унал - руководитель кардиохирургического отделения клиника «Бикард»,
E-mail): bikardclinic@gmail.com
5. Назаров Асан Кубанычбекович - зав. реанимационным и операционным блоком,
E-mail: bikardclinic@gmail.com
6. Ташмаматов Абдыашим Жаныбаевич- врач, кардиохирург, E-mail:
bikardclinic@gmail.com
7. Калыкулов Талант Романович- заведующий отделением интервенционной кардиологии и рентген-эндоваскулярной хирургии.,
E-mail: bikardclinic@gmail.com, тел: +996553552280
8. Токтогулова Аида Сабыржановна- заведующий реабилитационным отделением.,
E-mail: bikardclinic@gmail.com, тел: +996706100561
9. Ахметова Элеонора Оналовна - врач, кардиолог,
E-mail: eleonora_1989-14@mail.ru, тел: +996704336680.

УДК: 616.714:616.831-001.3/4]-07-089

БАШ МЭЭНИН ГЕМОМРАГИЯЛЫК КАН КУЮЛУУЛАРЫН ДАРЫЛООНУН ХИРУРГИЯЛЫК АСПЕКТИЛЕРИ

Мамражапова Г. Т.

*И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
Бишкек ш. Кыргыз Республикасы*

Корутунду: Гипертензивдик мээ кан куюлуусу менен жабыркаган 140 бейтапты (эркектер - 82, аялдар - 58) хирургиялык даарылоонун натыйжаларына сереп жасалган. Дифференцирленген жол супратенториалдык мээ ичиндеги жарааттык эмес кан куюлууларды дарылоодо тескери көрсөтмөлөр жок болсо, латералдык жана аралаш гематомаларды пункциондук ыкма менен, ал эми лобардык гематомаларды ачык ыкма менен, сөөк-пластикалык трепанацияны колдонуу аркылуу, жараатты жетиштүү көлөмдө карап, катуу мээ чел кабыгын сөзсүз түрдө герметикалык жабууну камтыйт.

Негизги сөздөр: гемомрагиялык инсульт, мээ ичиндеги гематома, хирургиялык дарылоо, транскортикалдык ыкма, акыбет.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТНЫХ ГЕМАТОМ

Мамражапова Г. Т.

*Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

Резюме: Представлен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 140 больных с гемомрагическим инсультом с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями в полушария большого мозга (мужчин 82, женщин 58). Дифференцированный подход к хирургическому лечению супратенториальных внутримозговых кровоизлияний нетравматической этиологии при отсутствии противопоказаний предполагает показанным удаление латеральных и смешанных гематом пункционным методом, а лобарных - открытым методом, выполненным путем костнопластической трепанации, обеспечивающей достаточный обзор операционной раны с обязательным герметичным закрытием твердой мозговой оболочки.

Ключевые слова: гемомрагический инсульт, внутримозговая гематома, хирургическое лечение, транскортикальный доступ, исходы.

SURGICAL ASPECTS OF MANAGEMENT FOR HEMORRHAGIC STROKE HEMATOMAS

Мамражапова Г. Т.

*Kyrgyz State Medical Academy named I.K. Akhunbaev
Bishkek c., Kyrgyz Republic*

Summary: Retrospective analysis of 140 cases (male - 82, female - 58) with hypertensive intracerebral hemorrhage underwent surgical management was presented. Differentiated approach for surgical management of non-traumatic supratentorial intracerebral bleeding in absence of contraindications means puncture method of removal for lateral and miscellaneous hematomas, and an open method for lobar hematomas using osteoplastic craniotomy allowing enough view of operative field with obligatory dura mater tight closing.

Key words: hemorrhagic stroke, intracerebral hematoma, surgical management, transcortical approach, outcome.

Актуальность. Гемомрагический инсульт (ГИ, гипертензивное внутримозговое кровоизлияние, первичное внутримозговое кровоизлияние) - это полиэтиологическое заболевание, характеризующееся преимущественно внутримозговым кровоизлиянием, не

связанное с инфарктом мозга, опухолью, травмой, разрывом аневризмы и артериовенозной мальформацией [1-3].

На долю ГИ приходится от 4 до 30% инсультов. Частота развития ГИ колеблется от 13 до 271 на 100 000 населения и зависит от

климата, генетических особенностей населения, социального развития государства, традиций (питание, образ жизни) и уровня профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. ГИ чаще встречается у представителей негроидной и монголоидной рас, жителей крупных городов, и в регионах с очень жарким климатом [4-5].

Расположение гематом, как правило, не зависит от этиологии ГИ, за исключением случаев ЦАА. Известно, что для таких инсультов характерно лобарное (субкортикальное) кровоизлияние. Согласно материалам различных исследователей, у 55-76% больных гематомы располагаются в области базальных ганглиев и таламуса, у 15-47% имеют субкортикальную локализацию, у 4-13% - стволую, у 5-10% - мозжечковую, у 1-2% располагаются в головке хвостатого ядра и у 1,5-12,8% больных наблюдаются множественные кровоизлияния [5].

В отделении нейрохирургии НИИСП им. Н. В. Склифосовского с января 1997 г. по декабрь 2009 г. прооперированы 264 больных с ГИ. У 116 (44%) больных обнаружены путаменальные гематомы, у 89 (33,6%) субкортикальные, у 38 (14%) мозжечковые, у 15 (6%) – таламические, у 5 (2%) - смешанные и у 1 (0,4%) пациента - в стволе [1-5].

Материал и методы. Работа включает в себя результаты анализа данных комплекса клинических, диагностических обследований и лечения 140 больных с геморрагическим инсультом с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями в полушария большого мозга (мужчин 82, женщин 58).

Обследование больных производилось по стандартной клинической методике: анализировались жалобы, собирался анамнез, проводился неврологический осмотр, рентгенологическое дообследование, а также в некоторых случаях - спинномозговая пункция. Проводили исследование ликвора, при этом определяли антитела к основному белку миелина (ОБМ) с помощью иммуноферментного анализа по оптической плотности. При среднем значении коэффициента оптической плотности $0,268 \pm 0,45$ оптических единиц нами диагностировался ишемический инсульт, при среднем значении $0,44 \pm 0,35$ оптических единиц - геморрагический инсульт.

Ликвор, полученный при проведении люмбальной пункции, подвергали иммуноферментному анализу на содержание интерлейкина-8 (IL-8). При содержании IL-8 в ликворе - 80-1100 пг/мл мы диагностировали геморрагический инсульт, а при содержании IL-8 в ликворе - 50-95 пг/мл нами диагностирован ишемический инсульт («Способ диагностики нетравматических внутречерепных гематом» №6/2017 от 15.08.2017г.; «Способ дифференциальной диагностики мозговых инсультов» №7/2017 от 15.08.2017г.). По завершении этого этапа формировались показания к применению тех или дополнительных диагностических методов.

Результаты. В настоящее время методы хирургического лечения геморрагического инсульта включают открытые, мини-инвазивные (пункционные) вмешательства, наружное дренирование желудочков и их комбинации. К мини-инвазивным операциям относят пункционную аспирацию содержимого гематомы, ее локальный фибринолиз и нейроэндоскопию.

Открытые вмешательства выполняют при всех субкортикальных гематомах, а также при путаменальных и мозжечковых гематомах, вызывающих быстрое прогрессирующее нарастание компрессии и дислокации мозга. При субкортикальных гематомах вмешательства производят только после церебральной ангиографии и исключения артериовенозной мальформации (АВМ).

Суть операции - энцефалотомия с удалением сгустков крови и остановкой кровотечения. Достоинства: хороший обзор зоны кровоизлияния, быстрое устранение сдавления мозга и внутречерепной гипертензии. Недостатки: дополнительная травматизация мозга с риском повредить функционально значимые зоны мозга, необходимость общего обезболивания и применения микрохирургической техники, обязательное пребывание больного в послеоперационном периоде в отделении реанимации.

При субкортикальных гематомах используют наиболее короткий доступ - транскортикальный. Транскортикальный доступ - стандартная энцефалотомия с учетом минимального расстояния от коры до гематомы в обход функционально значимых зон.

Применяют для удаления субкортикальных, путаменальных и мозжечковых гематом. При субкортикальной гематоме доступ определяется локализацией кровоизлияния. Иногда субкортикальная гематома может иметь сложную форму (неправильную, вытянутую), распространяться в глубь мозга, и ее обнаружение без навигации затруднительно или сопряжено с необходимостью выполнения более широкой энцефалотомии. В этом случае с помощью навигации можно легко установить место выхода гематомы на кору и рассчитать направление мозговой раны с использованием минимальной энцефалотомии.

Для открытого удаления путаменальной гематомы, как правило, используют транскортикальный доступ через задненижние отделы конвекситальной поверхности лобной доли.

Трепанацию черепа выполняют в проекции внутримозговой гематомы (ВМГ), дугообразно разрезают твердую мозговую оболочку (ТМО), при необходимости для остановки кровотечения из эпидурального пространства ее подшивают к краю трепанационного окна. В бессосудистой зоне коры мозга проводят пункцию ВМГ. После попадания в гематому и аспирации ее жидкой части по ходу пункционной иглы выполняют экономную энцефалотомию (длиной 1-3 см). На дальнейших этапах вмешательства применяют операционный микроскоп или налобную лупу с освещением. Мозговую рану разводят самоудерживающимися ретракторами. После аспирации сгустков крови останавливают кровотечение электрокоагуляцией и аппликацией ватников, пропитанных изотоническим раствором натрия хлорида или перекисью водорода. Следует помнить, что при удалении путаменальной гематомы манипуляции на глубине более 3,5 см от коры мозга опасны повреждением внутренней капсулы. При субкортикальных ВМГ после удаления кровоизлияния необходима тщательная ревизия образовавшейся полости для исключения АВМ.

Стенки полости гематомы желателно выложить гемостатической сеткой или тонкой губкой типа «Surgicel». На завершающем этапе операции, если нет пролабирования мозга в трепанационное окно, зашивают ТМО, костный лоскут устанавливают на

место. Для релаксации мозга перед зашиванием ТМО можно перелить пациенту гипертонический раствор, если это необходимо.

Транссильвиевый трансинсулярный доступ в определенной степени позволяет обойти функционально значимые зоны конвекситальной коры мозга, осуществить доступ непосредственно к островку, а через него - к базальным ядрам мозга. Недостатками доступа являются значительная длительность его выполнения, трудность достижения необходимой релаксации мозга при наличии большой внутримозговой гематомы. Кроме того, нейрохирург должен иметь опыт выполнения микрохирургических операций в области основания мозга.

Положение больного: на спине с поворотом головы на 45° в сторону интактного полушария. Голову жестко фиксируют в скобе Мейфилда. Разрез мягких тканей и краниотомия. Выполняют дугообразный разрез мягких тканей головы по передней границе роста волос от средней линии до уровня козелка уха. После выпиливания костного лоскута в лобно-височной области дополнительно резецируют наружные отделы большого крыла основной кости и нижние отделы чешуи височной кости.

Микрохирургический коридор и энцефалотомия. Рассекают цистерны внутренней сонной артерии, хиазмальную, конечной пластинки, что облегчает ретракцию лобной и височной долей, и цистерну сильвиевой щели. Возможна дополнительная перфорация мембраны Лилиеквиста для лучшего оттока ЦСЖ. После аспирации ЦСЖ и релаксации мозга широко раскрывают сильвиеву щель и осуществляют подход к островку. Кору островка рассекают вдоль средних отделов нижнего края латеральной борозды на протяжении 1,5-2 см. Окончание операции такое же, как при транскортикальном доступе.

Транскаллезный доступ предложен Т. Напо и соавт. в 1978 г. для удаления таламo-вентрикулярных и смешанных гематом, осложнившихся гемотампонадой одного желудочка или более. В настоящее время для удаления таламических гематом его не применяют. Для обеспечения подхода к путаменальной гематоме используют модифицированный контралатеральный транскаллезный доступ.

При отсутствии выраженной дислокации мозга для облегчения ретракции медиальной поверхности полушария мозга перед операцией целесообразно установить поясничный дренаж ЦСЖ необходимо выполнить непосредственно перед выполнением вмешательства на мозге.

Положение больного: на спине. Голова жестко фиксирована в скобе Мейфилда с небольшим поворотом в сторону гематомы. Разрез мягких тканей и краниотомия. Выполняют U-образный или линейный разрез мягких тканей головы над сагиттальным синусом со стороны интактного полушария мозга с захождением за среднюю линию на 2-4 см впереди от коронарного шва и на 2 см взади от него. Костный лоскут выпиливают также с захождением за срединную линию.

Микрохирургический коридор и энцефалотомия. Твердую мозговую оболочку разрезают дугообразно основанием к верхнему сагиттальному синусу со стороны интактного полушария. Медиальную поверхность полушария смещают латерально до обнажения мозолистого тела. Разрезают передне-латеральные отделы корпуса мозолистого тела (сразу после колена, ближе к противоположному, пораженному полушарию). Перикаллезные артерии либо разводят в стороны, либо отводят в сторону непораженного полушария. Латеральнее противоположного бокового желудочка (или трансвентрикулярно) через лучистый венец (*corona radiata*) выходят к путаменальной гематоме.

Данный хирургический метод не получил широкого распространения в связи с длительностью операции, сложностью доступа, большой глубиной мозговой раны, риском развития венозных инфарктов, возможным повреждением парасагиттальных вен, высокой частотой развития каллезного мутизма и нарушении бодрствования.

Операция мини-инвазивного (пункционного) удаления внутримозговых гематом состоит из двух этапов: первый - предоперационное планирование и расчеты и второй - непосредственно операция.

Предоперационное планирование и расчеты включали в себя: определение локализации и объема гематомы по данным КТ или МРТ. Объем гематомы рассчитывали по до-

операционным томограммам планиметрическим способом или как объем эллипсоида; перенос точки (или точек) цели и контуров гематомы с компьютерных томограмм на обзорные рентгенограммы черепа в двух проекциях. Для этого на рентгенограммы переносили томографические срезы, на которых выявлена гематома. Затем на томограммах намечали точки цели (участки гематомы), в которые следует ввести канюлю. Далее определяли расстояние от точек цели до средней линии и до наружной пластинки лобной кости и переносили полученные данные на краниограммы с учетом дивергенции рентгеновских лучей; выбор места наложения фрезевого отверстия и анализ структур мозга по траектории канюли. После переноса на краниограммы точек цели на конвексительной поверхности черепа отмечали центр фрезевого отверстия и соединяли его с точками цели. Линии, соединяющие эти точки (траектории канюли), не должны проходить через функционально важные структуры головного мозга.

Непосредственно перед операцией на кожу головы больного наносили ряд ориентиров: сагиттальную линию, точку пересечения ее с коронарным швом и центр фрезевого отверстия, который отсчитывали от сагиттальной линии и от коронарного шва. Основные этапы операции заключались в следующем. Больного укладывали на операционный стол, а голову - на подголовник с фиксаторами. На стороне расположения гематомы накладывали фрезевое отверстие в черепе корончатой фрезой диаметром 25 мм и вскрывали твердую мозговую оболочку. С помощью предварительных расчетов вводили канюлю в рассчитанные участки гематомы. После попадания канюли в точку цели внутрь канюли вводили катетер, через который отсасывали небольшое количество свертков крови для контроля нахождения канюли в гематоме. Затем в канюлю вводили полихлорвиниловую трубочку и присоединяли к электроотсосу. Гематому удаляли медленно, собирая в мерную банку. После того как объем удаленной гематомы соответствовал объему, рассчитанному до операции, или когда отсасывание прекращалось, операцию заканчивали и канюлю удаляли из мозга.

Открытое удаление внутримозговых

гематом. Разработка и внедрение метода мини-инвазивного (пункционного) удаления интравентрикулярных гематом не исключает использование открытого метода. Это обусловлено тем, что встречается сравнительно большая группа лобарных гематом (по нашим данным 27%), а также гематом глубинного расположения, но распространяющихся на одну из долей мозга и разрушающих кору, при которых остается более рациональным и технически проще открытый метод. Тем более, что в таких случаях требуется тщательная ревизия операционной раны и ложа удаленной гематомы, направленных на поиск источника кровотечения.

При кровоизлияниях в полушария головного мозга производили ограниченную резекционную (диаметром 3-5 см) краниотомию или трепанацию и костнопластическую трепанацию. При резекционной краниотомии и трепанации твердую мозговую оболочку вскрывали крестообразным разрезом, а при костнопластической трепанации - по форме трепанационного окна. Далее производили пункцию гематомы с помощью металлической канюли для поиска гематомы. После попадания в гематому производили линейную коагуляцию коры длиной 2-2,5 см, шпателями раздвигали мозговое вещество в направлении гематомы, создавая канал в мозгу около 3 см в диаметре. Затем под контролем зрения с помощью отсоса и окончатого пинцета удаляли свертки крови. Гемостаз осуществляли турундами с перекисью водорода или укладкой в ложе удаленной гематомы гемостатической губки. При резекционной краниотомии и трепанации твердую мозговую оболочку оставляли не ушитой, а после костно-пластической трепанации ее ушивали узловыми швами.

Необходимо отметить, что до настоящего времени оптимальная техника трепанации при открытом удалении интравентрикулярных гематом не определена (ограниченная краниотомия, трепанация или расширенная костнопластическая трепанация).

Есть мнение, что костнопластическая трепанация обеспечивает более свободный подход к гематоме и создает большие возможности для ревизии полости гематомы. Однако, достаточно обоснованных преимуществ костнопластической трепанации сформировано не

было. В связи с этим мы провели исследование по определению оптимальной техники и совершенствованию методики открытого удаления интравентрикулярных гематом.

Для оценки и сопоставления способов краниотомии были отобраны большие группы открытого удаления, т.е. вероятность развития послеоперационных осложнений была одинаковой как в группе ограниченной краниотомии и трепанации (47 больных), так и костнопластической трепанации (12 больных). Эти две группы были близки по характеристикам исходных параметров (возрасту, срокам операций и объемам гематом).

Исследование показало, что после резекционной краниотомии и трепанации достоверно чаще при лобарных и глубоких гематомах возрастали перифокальные изменения (отек) в 1,6-3 раза, чем после костнопластической трепанации на 1-3 сутки после операции. Также чаще при резекционной краниотомии и трепанации обнаружено нарастание степени дислокационного синдрома при лобарных и особенно при глубоких гематомах. Показатель тотальности удаления гематом был также значительно лучше после костнопластической трепанации. После резекционной краниотомии и трепанации заметно чаще наблюдались повторные кровоизлияния (в 7 наблюдениях), чем после костнопластической трепанации (в 3 наблюдениях) и чаще отмечались кровоизлияния по ходу операционного канала. Кроме того, в большинстве наблюдений после резекционной краниотомии, когда не ушивалась твердая мозговая оболочка, отмечался пролапс мозга в резекционное отверстие и формировалась дополнительная клиновидная зона отека коры и подлежащего белого вещества. Таким образом, анализ КТ/МРТ дал нам убедительные доказательства преимуществ костнопластической трепанации и показал, что ушивание твердой мозговой оболочки является обязательным.

Совершенствование операции открытого удаления гематом было направлено на снижение ее травматичности. Основываясь на данных КТ/МРТ была разработана методика «проекционных подходов», т.е. разметки подхода в том месте, где гематома ближе всего прилежит к черепу, но с учетом расположения

функционально важных зон мозга. Такая методика обеспечивает наиболее короткий доступ к гематоме и сопровождается незначительной травмой мозга.

Сравнительная оценка открытого и мини-инвазивного (пункционного) методов при гематомах глубинной локализации. Влияние операции как дополнительного травмирующего фактора нами допускалось, но оценить его степень до КТ/МРТ не представлялось возможным. Принято было считать, что операционная травма по сравнению с разрушениями, вызванными самим кровоизлиянием, не имеет существенного значения и не может повлиять на течение заболевания. Применение КТ/МРТ после операций позволило нам получить ряд новых данных и оценить вклад операционной травмы в развитие послеоперационных осложнений. Для этого проведено сравнение методов открытого удаления и мини-инвазивного (пункционного) на группе больных с гематомами глубинной локализации (соответственно 37 и 64 наблюдения) по следующим показателям - динамике объема поражения, тотальности удаления гематом, частоте повторных кровоизлияний и морфологическим изменениям в случаях летального исхода. Динамика объема поражения, оцененная в различные сроки до конца 3-й недели после операции, позволила выявить достоверное возрастание перифокальных изменений на 1-3, 4-7, 15-21 сутки после открытого удаления, что клинически выражалось некоторым снижением уровня бодрствования по шкале ком Глазго у больных в первые 3 суток после операции. Причем нарастание перифокальных изменений выявлено в большинстве повторных исследований при открытом удалении внутримозговых гематом (в 19 из 30), в то время как после мини-инвазивного (пункционного) удаления увеличение объема поражения, после операции было обнаружено только в 5 из 29 контрольных исследований, а в остальных чаще

отмечалось уменьшение и редко они соответствовали дооперационным.

Способ открытого удаления при глубоких гематомах не имел преимуществ по сравнению с мини-инвазивным (пункционным) и по показателю тотальности удаления гематом, хотя последний метод не ставит задачей абсолютное («до чистых стенок») удаление гематомы. Так при открытом удалении у 22 больных глубокие гематомы удалены тотально, у 8 - субтотально и у 2 - частично. В то же время при мини-инвазивном (пункционном) - у 25 тотально и у 4 - субтотально. В остальных случаях установить степень удаления гематом было невозможно из-за повторных кровоизлияний.

При морфологическом исследовании канал после мини-инвазивного (пункционного) удаления гематом (12 случаев) был диаметром не более 5 мм, а после открытого удаления внутримозговых гематом (23 случая) он представлял значительно большие размеры. Морфологические изменения после мини-инвазивного (пункционного) удаления гематом мало отличались от таковых после открытого удаления, однако они имели существенно меньшую степень повреждения вещества мозга.

Заключение. Разработка и внедрение метода мини-инвазивного (пункционного) удаления внутримозговых гематом не исключает использование открытого метода. Это обусловлено тем, что встречается сравнительно большая группа лобарных гематом, а также гематом глубинного расположения, но распространяющихся на одну из долей мозга и разрушающих кору, при которых остается более рациональным и технически проще открытый метод. Совершенствование операции открытого удаления гематом было направлено на снижение ее травматичности. Основываясь на данных КТ/МРТ была разработана методика «проекционных подходов».

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дашьян, В.Г. Наш опыт хирургического лечения геморрагического инсульта [Текст] / В.Г. Дашьян, С.А. Буров, В.В. Крылов // *Вопр. невропатол. Инсульт (Приложение к журналу) // Материалы II Российского Международного конгресса «Цереброваскулярная патология и*

инсульт». - СПб., 2017. - С. 297-298.

2. Хирургия геморрагического инсульта [Текст] / В. В. Крылов, В. Г. Дашьян, С. А. Буров, С. С. Петриков. - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2012. - 336с.

3. Ырысов, К.Б. Дифференцированное хирургическое лечение нетравматических супратен-

ториальных внутримозговых гематом [Текст]
/ К.Б. Ырысов // Вестник КГМА им. И.К.
Ахунбаева, 2017. - №1. – С.105-110.

4. Ырысов К.Б., Мамытов М.М., Турганбаев
Б.Ж. Прогностические критерии при выборе
лечения больных с гипертензивными внутри-

мозговыми кровоизлияниями // Здравоохране-
ние Кыргызстана, 2008. - №3. – С. 82-85.

5. Thalamic hemorrhage. A prospective study of
100 patients / E. Kuniral et al. // Stroke. - 2015. -
Vol 26. N 6. - P. 964-970.

Для корреспонденции:

*Мамражапова Гулзавера Туратбековна, аспирантка кафедры
нейрохирургии КГМА им. И. К. Ахунбаева. г. Бишкек, Кыргызстан.
тел: 0772 687 182; e-mail: gulzavera-2014@mail.ru*

УДК: 616.24-073.173(23.03)

ТООЛУУ АЙМАКТАРДА ӨПКӨ ӨНӨКӨТ ООРУ БЕЙТАПТАРДЫН 10 ЖЫЛДЫН ИЧИНДЕ ОСТЕОПОРОЗ СЫНЫГЫНА КАБЫЛУУ МҮМКҮНЧҮЛҮГҮН БААЛОО

Мамажунусова А.А., Винников Д.В., Лобанченко О.В., Бримкулов Н.Н.

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

Корутунду: Изилдөөнүн максаты. Кыргызстандын Нарын областында деңиз деңгээлинен 1500-2500м бийиктикте жашаган калктын, өпкө өнөкөт оорулары остеопороз менен айкалышкан учурдагы клиника функционалдык өзгөчөлүктөрүн изилдөө болуп саналат.

Материалдары жана ыкмалар. Нарын областынын 158 туруктуу жашоочуларын сурамжылоодо алардын арасында өпкөнүн өнөкөт оорусу II-III ст GOLD боюнча ($N=86$, $54,9 \pm 2,6$ жаш) жана өпкө ооруларынын белгилери жок ($N=72$, $56,8 \pm 3,2$ жаш), ошондой эле контролдук тобу ($N=100$, Бишкек шаарынын тургундары, деңиз деңгээлинен 760 м жогору), ошондой эле ЕХА3000 экиэнергетикалык рентген остеоденситометрдин жардамы менен соок минералдык тыгыздыгын аныктоо. 10 жылдын ичинде сынуу мүмкүнчүлүгүн аныктоо үчүн FRAX электрондук сурамжылоо ыкмасы колдонулган.

Натыйжалары. Остеопороз сыныгынын өзгөрүлүүчү коркунуч факторлору болуп саналган тамеки жана алкоголь ичимдиктерин колдонуу, өпкө өнөкөт сыркоолорунун арасында эле эмес, тоолуу аймактардын дени сак жашоочуларынын арасында дагы тастыкталган. Тоолуу аймактарда жашаган өпкө өнөкөт оорулуулардын арасында орто остеопороз менен ооругандар 45% тузуп, дени сак тургундардан бир кыйла көп экендиги далилденген. Өпкө өнөкөт оорулуулардын арасында 10 жылдын ичинде остеопороз сыныгына кабылуу мүмкүнчүлүгү, Нарын областынын дени сак тургундарына караганда, ошондой эле контролдук тобуна ($p < 0,05$) салыштырганда алда канча көп болуп чыкты.

Жыйынтыгы. Тоолуу аймактарда жашаган өпкө өнөкөт оорулуулардын 10 жылдын ичинде сынуу коркунучу көп болгондуктан, туура келген алдын алуу чараларын жүргүзүү керек.

Негизги сөздөр: Өпкө өнөкөт оорусу, FRAX, остеопороздун коркунуч факторлору, ортобийик тоолуу аймактар.

ОЦЕНКА 10-ЛЕТНЕЙ ВЕРОЯТНОСТИ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ НА ВЫСОКОГОРЬЕ

Мамажунусова А.А., Винников Д.В., Лобанченко О.В., Бримкулов Н.Н.

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

Резюме: Целью нашего исследования было изучение клинико-функциональных особенностей течения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в сочетании с остеопорозом у жителей Нарынской области Кыргызстана, проживающих на высоте 1500-2500 м над уровнем моря (н.у.м.).

Материал и методы. У 158 постоянных жителей Нарынской области, включая больных ХОБЛ II-III стадии по GOLD ($N=86$, возраст $54,9 \pm 2,6$ года) и лиц без признаков болезней органов дыхания ($N=72$, возраст $56,8 \pm 3,2$ лет), а также контрольной группы ($N=100$, жители Бишкека, 760 м н.у.м.) было проведено анкетирование, а также оценка минеральной плотности костной ткани (МПКТ) с помощью двухэнергетического рентгеновского остеоденситометра ЕХА3000. Для определения вероятности перелома в 10-летней перспективе использовали электронную анкету FRAX.

Результаты. Модифицируемые факторы риска остеопоротических переломов, такие как курение и употребление алкоголя, были достоверно более распространены как в группе

больных ХОБЛ, так и среди здоровых жителей высокогорья в сравнении с контрольной группой. Вторичный остеопороз выявлен у 45% больных ХОБЛ высокогорья, что достоверно больше, чем среди здоровых жителей высокогорья. У больных ХОБЛ риск развития остеопоротических переломов в 10-летней перспективе оказался значительно большим в сравнении со здоровыми жителями Нарынской области, а также контрольной группой ($p < 0,05$).

Выводы. Значительно больший риск перелома в 10-летней перспективе у больных ХОБЛ на высокогорье требует проведения соответствующих профилактических мероприятий.

10-YEAR PROBABILITY OF OSTEOPOROTIC FRACTURES IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT HIGH ALTITUDE

Matazhunosova A.A., Vinnikov D.V., Lobanchenko O.V., Brimkulov N.N.

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

Summary: The aim of this analysis with to evaluate clinical and functional attributes of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) combined with osteoporosis in those residing in Naryn Province of Kyrgyzstan at 1500-2500 meters above sea level (MASL).

Materials and methods. We offered questionnaire to 158 permanent residents of Naryn Province, including COPD GOLD stage II-III ($N=86$, age $54,9 \pm 2,6$ years), subjects with no known respiratory disease ($N=72$, age $56,8 \pm 3,2$ years) and controls ($N=100$, Bishkek residents, 760 MASL). We then measured bone mineral density (BMD) with bi-energy X-ray EXA3000 osteodensitometer and used FRAX questionnaire to calculate 10-year probability of fractures.

Results. The most pronounced modifiable osteoporotic fractures risk factors, such as smoking and alcohol, were significantly more prevalent in COPD patients and healthy high-altitude residents compared to controls. We found secondary osteoporosis in 45% of high-altitude COPD patients, significantly greater than in healthy high-altitude residents. COPD patients showed significantly greater 10-year osteoporotic fractures risk compared to healthy Naryn Province residents as well as controls ($p < 0,05$).

Conclusions. Greater 10-year risk of osteoporotic fractures in COPD patients at high altitude necessitates active prevention.

Key words: COPD, FRAX, osteoporosis risk factors, middle and high altitude.

Введение.

Остеопороз – системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани, приводящее к увеличению хрупкости кости и риску переломов (1,5,7). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время остеопороз занимает четвертое место среди неинфекционных заболеваний (2,6, 11), а наиболее тяжелым осложнением остеопороза являются малоэнергетические переломы, приводящие к существенному ограничению трудоспособности и снижению качества жизни (2,6,9). Остеопороз может быть причиной переломов любой локализации, но наиболее характерны переломы проксимального отдела бедра, тел позвонков и дистального отдела предплечья (6,9). Риск переломов шейки бедра на протяжении жизни у женщин белой расы составляет 15%, тогда как у мужчин

всего 5% (7,9,11). Медицинская и социальная значимость проблемы обусловлена еще тем, что перелом шейки бедра в 20% случаев становится причиной смерти, а 50% больных в дальнейшем остаются инвалидами, нуждаясь в дорогостоящих реабилитационных мероприятиях. В связи с этим мероприятия, направленные на раннюю диагностику, выявление групп риска и профилактику остеопороза, становятся все более актуальными (1,11).

Факторы внешней среды, такие как гипобарическая гипоксия на высокогорье, могут взаимодействовать с основными патогенетическими факторами остеопороза, приводя к утяжелению основного заболевания. Так, проживание в условиях экстремального высокогорья более 5000 метров над уровнем моря (н.у.м.) может приводить к заметному ухудшению показателей костного метаболизма, а сниженное атмосферное давление может

ускорять резорбцию костной ткани за счёт формирования новых остеокластов (2,3), однако число исследований по влиянию умеренного высокогорья на костный метаболизм остается незначительным. Тем не менее, есть указания на то, что даже в таких условиях показатели костного метаболизма ухудшаются. Так, в исследовании 1300 солдат на высоте 3450 метров н.у.м. было показано (7) значительное ухудшение показателей маркеров костного метаболизма и минеральной плотности костной ткани (МПКТ) по сравнению с контрольной группой (Западные Гималаи, Индия).

Наиболее частой встречающимся коморбидным состоянием у больных остеопорозом является хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (3,4,5). Учитывая, что для горного Кыргызстана наряду с другими респираторными заболеваниями ХОБЛ является актуальной проблемой, а течение ХОБЛ в условиях высокогорья имеет выраженные особенности (3,4), сочетание ХОБЛ с остеопорозом может отягощать течение обоих заболеваний, но такие исследования не проводились. Более того, в отсутствие популяционных исследований распространенности и выраженности остеопороза у населения Кыргызстана, оценить общий ущерб от заболевания, включая его сочетанную форму с ХОБЛ, не представляется возможным. Также в литературе отсутствуют сообщения о характере течения и прогноза ХОБЛ в сочетании с остеопорозом у жителей горных регионов. Поэтому целью нашего исследования было изучение клинко-функциональных особенностей течения ХОБЛ в сочетании с остеопорозом у жителей Нарынской области (на высоте 1500-2500 м н.у.м.).

Материал и методы.

Дизайн исследования - одномоментное поперечное. Нами обследовано 158 постоянных жителей Нарынской области (1500-2500 м н.у.м.) в возрасте от 40 до 80 лет, из которых в группу больных ХОБЛ II-III стадии по GOLD вошли 86 человек (соотношение женщин с мужчинами - 33/53). Средний возраст пациентов составил $54,9 \pm 2,6$ года, а стаж болезни $18,3 \pm 7,3$ лет. Вторая группа (лица без признаков болезней органов дыхания) состояла из 72 пациентов (соотношение

женщин с мужчинами = 43/38, средний возраст $56,8 \pm 3,2$), жителей той же Нарынской области. В качестве группы сравнения обследовали 100 сопоставимых по возрасту и полу жителей города Бишкек (Чуйская долина, 760 м н.у.м.).

Комплексное обследование включало стандартизованные опросники, общеклинический осмотр, антропометрию и скрининговую спирометрию. С целью выявления факторов риска остеопороза (ФРОП) использовалась анкета, разработанная международным фондом остеопороза, в которой учитывались возрастные, гендерные, антропометрические параметры, а также сопутствующие заболевания, приём медикаментов, алиментарный фактор и семейный анамнез по случившимся переломам у родителей. Согласно рекомендациям Международного общества денситометрии, оценку МПКТ осуществляли по Т-критерию, поскольку средний возраст обследованных превышал 50 лет. МПКТ определяли с помощью двухэнергетического рентгеновского остеоденситометра ЕХА3000 (Osteosis, Южная Корея).

Согласно GOLD (5), ХОБЛ диагностировали при наличии персистирующего кашля с отделением мокроты при установленных факторах риска. Диагноз ХОБЛ подтверждали спирометрическим исследованием. Спирометрию проводили на портативном аппарате «SpiroLab III» (Италия) утром натощак в положении сидя после 15-минутного отдыха. Инструкции по выполнению дыхательных маневров давались на русском, а при необходимости – и на кыргызском языках. В ходе спирометрии регистрировали и анализировали такие показатели, как жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ), форсированная ЖЕЛ (ФЖЕЛ), объём форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), а также отношение ОФВ1 /ФЖЕЛ. Рассчитывали процентное снижение всех показателей от должной величины по нормативам ECSC.

Для определения вероятности перелома в 10-летней перспективе использовали электронную анкету FRAX. Компьютерная программа имеется в свободном доступе на сайте Шеффилдского университета (<http://www.shef.ac.uk/FRAX>). Результатом подсчета FRAX являются два показателя: 1) 10-летний абсолют-

ный риск основных остеопоротических переломов (проксимального отдела бедра, дистального отдела предплечья, плеча и клинически манифестного перелома позвонка); 2) 10-летний риск перелома проксимального отдела бедра.

Статистическая обработка полученного материала проводилась с использованием прикладного пакета статистических функций Microsoft Excel. Вариационные ряды сравниваемых групп (больные ХОБЛ жители высокогорья, здоровые жители высокогорья и здоровые жители г. Бишкек) тестировали на наличие статистически значимых отличий их дисперсий с помощью т-теста, бинарных величин – с помощью теста хи-квадрат. Небинарные величины представлены в виде

средних величин в группе \pm стандартное отклонение. Статистически значимыми (достоверными) считали отличия при вероятности случайности отличий менее 5% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение.

Группа больных ХОБЛ высокогорья не отличалась от здоровых жителей высокогорья по полу и возрасту (табл. 1). Также нами не обнаружено отличий этих групп от группы жителей низкогогорья. Группа больных ХОБЛ имела достоверно меньше показатели спирометрии в сравнении с обеими группами здоровых. Стаж курения у жителей высокогорья, как больных ХОБЛ, так и здоровых, был значительно большим в сравнении со здоровыми жителями Бишкека.

Важнейшие модифицируемые факторы

Таблица 1. Антропометрические спирометрические показатели, а также статус курения сравниваемых групп

	Жители Нарынской области		Жители г. Бишкек	P _{1-2,3}
	Больные ХОБЛ	Здоровые		
	N = 86	N = 72	N = 100	
Мужчины	53 (61 %)	38 (53 %)	55 (55 %)	
Женщины	33 (39 %)	34 (47%)	45 (45 %)	
Возраст, лет	54,9 \pm 2,6	56,8 \pm 3,2	54,8 \pm 1,8	
Рост, см	163,2 \pm 13,7	159,0 \pm 8,7	169,3 \pm 7,1	
Масса тела, кг	68,3 \pm 16,6	70,0 \pm 15,3	73,8 \pm 8,5	
ИМТ, кг/м ²	24,7 \pm 1,7	27,9 \pm 2,2	25,7 \pm 0,5	
<i>Показатели функции внешнего дыхания</i>				
МСВ, % от долж.	57,1 \pm 19,6	92,9 \pm 13,1	96,4 \pm 18,3	< 0,05
ЖЕЛ, % от долж.	66,8 \pm 20,9	97,5 \pm 12,7	101,0 \pm 15,9	
ФЖЕЛ, % от долж.	67,9 \pm 17,3	98,1 \pm 13,5	107,2 \pm 14,3	
ОФВ ₁ , % от долж.	57,3 \pm 24,5	88,9 \pm 9,3	99,6 \pm 19,8	< 0,05
<i>Статус курения</i>				
Стаж курения, годы	18,36 \pm 7,33	15,05 \pm 8,27	8,3 \pm 6,2	<0,05

риска остеопоротических переломов, такие как курение и употребление алкоголя, были достоверно более распространены как в группе больных ХОБЛ, так и среди здоровых жителей высокогорья в сравнении с контрольной группой (табл. 2). Значительно больший

стаж курения даже здоровых жителей высокогорья в сравнении с Бишкеком отразился также и на некоторых показателях спирометрии: в этой группе снижение ОФВ₁ составил 88,9 \pm 9,3% против 99,6 \pm 19,8% в контрольной.

Таблица 2. Оценка риска 10-летнего перелома (в том числе перелома шейки бедра) с помощью алгоритма FRAX у жителей Нарынской области

	Жители Нарынской области		Жители г. Бишкек
	Больные ХОБЛ	Здоровые	
	N = 86	N = 72	N = 100
Предшествующий перелом, %	21 ± 8,7	30 ± 10,6	12 ± 6,3**
Перелом бедра у родителей, %	4 ± 4,5	5 ± 5,9	2 ± 2,8
Курение в настоящее время, %	47 ± 10,7	36 ± 11,2*	11 ± 6,1**
Употребление алкоголя, %	12 ± 6,9	21 ± 10,7*	9 ± 5,7***
Риск 10-летнего перелома, %	32,0 ± 6,5	25,0 ± 4,6*	8,5 ± 5,1**
Риск перелома шейки бедра, %	10,0 ± 1,7	6,7 ± 1,7*	1,1 ± 2,4**
Вторичный остеопороз, %	45 ± 10,6	25 ± 11,0*	21 ± 8,1****

Примечания: * - статистически значимая разница в сравнении с больными ХОБЛ,
** - статистически значимая разница в сравнении с жителями Нарына,
*** - статистически значимая разница в сравнении со здоровыми Нарына,
**** - статистически значимая разница в сравнении с больными ХОБЛ.

Вторичный остеопороз по данным остеоденситометрического обследования и снижения значения T-критерия на более, чем 2,5 стандартных отклонений, выявлен у 45% больных ХОБЛ высокогорья, что достоверно больше, чем среди здоровых жителей высокогорья. Как видно из табл. 2, у больных ХОБЛ риск развития остеопоротических переломов в 10-летней перспективе оказался значительно большим в сравнении со здоровыми жителями Нарынской области, а также контрольной группой. Таким образом, проблема остеопороза у лиц с ХОБЛ, проживающих в условиях высокогорья, является серьезной проблемой, требующей дальнейших исследований.

Выводы.

1. Риск остеопоротического перелома в 10-летней перспективе у пациентов с ХОБЛ, проживающих в Нарынской области, был достоверно выше по сравнению со здоровыми жителями ($32,0 \pm 6,5\%$ против $25,0 \pm 4,6\%$; $p < 0,05$).
2. В группе здоровых, постоянно проживающих в Нарынской области, наличие предшествующих переломов в анамнезе, повышающих вероятность нового перелома, составила 30%, что даже превышало аналогичный показатель у больных ХОБЛ (21%).
3. Как у пациентов с ХОБЛ, так и здоровых лиц, проживающих в Нарынской области, 10-летний риск основных остеопоротических переломов был достоверно выше, чем у жителей низкогогорья (г.Бишкек).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аудит состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Международный Фонд остеопороза, 2010. Интернет: osteoporosis.belmapo.by/downloads/2011/global_problem_osteoporoz.pdf.
2. International Osteoporosis Foundation (Международный фонд остеопороза) Интернет-сайт: <http://www.iofbonehealth.org/health-professionals/frax.html>

3. Миррахимов М.М., Убайдуллаев А.М., Бримкулов Н.Н. Пульмонология в республиках Центральной Азии: состояние и будущие перспективы//Центральноазиатский медицинский журнал. – 1997. – № 3 (1). – С. 79–85.
4. Кудайбердиев З.М. Клинико-функциональные особенности легочного сердца, развившегося в условиях высокогорья в результате

- хронического бронхита // Терапевтический архив. – 1986. – № 3. – С. 56–59.
5. Clinician’s guide to prevention and treatment of osteoporosis // National Osteoporosis Foundation. — 2013. — 54 p.
6. Lewiecki E.M. Fracture Risk Assessment in Clinical Practice: T-scores, FRAX, and Beyond. // Clin Rev Miner Metab. – 2010. - №8. – С. 101—112.
7. Minakshi B., Anand S.M., Karan P., Rajesh K., Rajeev B., Saroj K.V., Dishari G., Yogendra K.S., Ramesh C.S. Alterations in different indices of skeletal health after prolonged residency at high altitude. // High Altitude Medicine and Biology. - 2014. - Vol. 15. - №2. – P. 15-19.
8. Kanis J.A., Johnell O., Oden A. FRAX and the assessment of fracture probability in men and women from the UK //Osteoporos. Int. — 2008. — № 19. — P. 385-397.
9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease // US Dept of Health and Human Services. — 2012. — 88 p.
10. Schoene, R.B. Lung disease at high altitude / R.B. Schoene // Adv. Exp. Med. Biol. — 1999. — № 474. — P47—56.
11. Marshall D., Johnell O., Wedel H. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. // British Medical Journal. – 1996. - №312. – P. 1254—1259.
12. Cummings S.R., Bauer D.C. Filtering FRAX. // Osteoporosis International. – 2010. - №21. – С. 537—541.
13. Weinwright SA, Marshall LM, Ensrud KE et al. Hip fracture in women without osteoporosis. // J Clin Endocrinol Metab. – 2005. - №5. – P. 2787—2793.

Для корреспонденции:

Мамажунусова А.А. – аспирант кафедры семейной медицины
последипломного обучения КГМА им. И.К.Ахунбаева,
E-mail: anamat08@mail.ru

Винников Денис Владимирович - д.м.н., и.о. доцента кафедры эпидемиологии,
биомедстатистики и доказательной медицины
Казахского национального университета им. Аль-Фараби,
заведующий НИЛ здоровья и окружающей среды медицинского факультета,
E-mail: denisvinnikov@mail.ru

Лобанченко Ольга Валерьевна – к.м.н. доцент кафедры
госпитальной терапии КГМА им. И.К.Ахунбаева,

Бримкулов Нурлан Нургазиевич - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой
семейной медицины последипломного обучения КГМА им. И.К. Ахунбаева,
тел. 0559-957777, E-mail: brimkulov@list.ru

УДК 614.39:618.146-006.6(574.51-22)

САЛАМАТТЫК САКТООНУН АЙЫЛДЫК ЗВЕНОСУНДАГЫ ЖАТЫН МОЮНЧАСЫНЫН РАК СКРИНИНГИН УЮШТУРУУНУ ЖАКШЫРТУУ

Утегенова А.Б.¹, Касымова Р.О.².

1. Казакстан медициналык «Коомдук саламаттык сактоо жогорку мектеби» университети, Алматы ш., Казакстан Республикасы;

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

Корутунду: Казакстан Республикасынын Алматы обласынын түштүк аймагындагы жаңы пайда болгон зыяндуу ишиик ооруларынын маалыматтары, жатын моюнчасынын рагынын скринингин жүргүзүүнүн жыйынтыктары келтирилген. Алматы областы боюнча Улуттук скрининг программасын аткарууга анализ жүргүзүлгөн. Онкологиялык кызматынын негизги көрсөткүчтөрү белгиленген. Онкопатологияны өз учурунда аныктоо үчүн жана жаңы пайда болгон зыяндуу ишиик ооруларын төмөндөтүүгө багытталган иш аракеттер сунушталган.

Жатын моюнчасынын рагы потенциалдуу алдын ала сактоого мүмкүн болгон оору болуп саналат жана борбордук звеносу жогорку тобокелдиктеги адамдын папиллома вирусу - ЖТ АПВ болуп саналган, так өтө инвазивдик фазага жана бүгүнкү күндө белгилүү этиологияга ээ болгондуктан скрининг үчүн абдан туура келет. Дүйнөлүк практикада жатын моюнчасынын рак проблемаларын чечүүдөгү өзгөртүүчү пункту жатын моюнчасынын жалпы цитологиялык изилдөөлөрүн – цитологиялык скринингди жүзөгө ашыруу болду. Жатын моюнчасынын рагынын цитологиялык скрининги – бул ооруну алдын алууга багытталган скринингдин жеке түрү. Цитологиялык скринингдин түпкү милдети – ишиик алдындагы ооруларын аныктоо жана дарылоо, негизинен жатын моюнчасынын өтө инвазивдик рагын жана аны дарылоо. Жатын моюнчасынын рагынан болгон ооруларды жана өлүмдү төмөндөтүү боюнча дүйнөдөгү жетишкендиктерге карабастан Казакстанда оорунун өсүүсүнө карата тенденциясы сакталууда. Ошентип, канцер-каттоо маалыматтары боюнча 2016ж. жатын моюнчасынын жаңы 1730 окуясы жана 647 өлүмү катталган.

Жатын моюнчасынын рагынан болгон өлүмдү төмөндөтүү боюнча программасынын азыркы учурдагы концепциясы негизги үч абалга негизделген: 1 – алгачкы алдын алуу (мүмкүн болгон тобокелдик факторлорду жок кылуу менен туура жашоо образын түзүү), 2 – экинчи алдын алуу (сапаттуу жана жакшы уюштурулган аялдар арасындагы скрининг), 3 – жатын моюнчасынын инвазивдик рагы үчүн учурдагы бирдиктүү диагностиканын протоколдорун жана дарылоону, паллиативдик дарылоону жүзөгө ашыруу. Ушундай гана комплекстүү ыкма биздин өлкөдөгү жатын моюнчасынын рагынан болгон ооруларды жана өлүмдү көрүнүктүү төмөндөтүүгө мүмкүнчүлүк берерине биз ишенебиз.

Саламаттык сактоонун айылдык звеносунда Улуттук скрининг программасын аткарууну туруктуу көзөмөлдөө алыскы райондордогу онкологиялык пациенттерге онкодиспансердин адистеринин консультациясы, дистанциялык диагностикасы үчүн (телемедицина) мүмкүнчүлүктөрдү кеңейтти. Аймактардагы максаттуу индикаторлордун ай сайын мониторинги онкологиялык жардам көрсөтүүнү көзөмөлдөөнү күчөткөн.

Негизги сөздөр: жатын моюнчасынын рагы, скрининг, жаңы пайда болгон зыяндуу ишиик оорулары, аныктоо, адамдын папиллома вирусу.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В СЕЛЬСКОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Утегенова А.Б.¹, Касымова Р.О.²

1. Казахский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения»,

г. Алматы, Республика Казахстан;

2. Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены сведения о заболеваемости злокачественным новообразованием в южном регионе Алматинской области Республики Казахстан, результаты проведения скрининга рака шейки матки. Проведен анализ выполнения Национальной скрининговой программы по Алматинской области. Показаны основные показатели работы онкологической службы. Предложены направления деятельности для своевременного выявления онкопатологии и снижения заболеваемости злокачественными новообразованиями.

Рак шейки матки является потенциально предотвратимым заболеванием и идеально подходит для скрининга, так как имеет четкую преинвазивную фазу и, на сегодняшний день уже известную этиологию, центральным звеном которой является вирус папилломы человека высокого риска - ВПЧ ВР. Поворотным пунктом в мировой практике в решении проблемы рака шейки матки явилось внедрение массовых цитологических обследований шейки матки - цитологического скрининга. Цитологический скрининг рака шейки матки - это единственный вид скрининга, направленный на предупреждение заболевания. Основная задача цитологического скрининга - это выявление и лечение предопухолевых заболеваний и, главным образом, преинвазивного рака шейки матки, и их лечение. Несмотря на достигнутые в мире успехи по снижению заболеваемости и смертности от рака шейки матки, в Казахстане сохраняется тенденция к увеличению заболеваемости. Так, по данным канцер-регистра в 2016 году было зарегистрировано 1730 новых случая рака шейки матки (РШМ) и 647 смертей.

Современная концепция программы по снижению смертности от рака шейки матки основана на трех основных положениях: 1 – первичная профилактика (здоровый образ жизни с исключением возможных факторов риска, вакцинация определенных групп населения), 2 - вторичная профилактика (качественный и хорошо организованный скрининг женского населения), 3 – внедрение единых для всех современных протоколов диагностики и лечения инвазивного рака шейки матки и паллиативное лечение. Мы убеждены, что только такой комплексный подход позволит существенно снизить заболеваемость и смертность от рака шейки матки в нашей стране.

Постоянный контроль за выполнением Национальной программы скрининга в сельском звене здравоохранения расширило возможности дистанционной диагностики (телемедицина), для консультаций онкологических пациентов из отдаленных районов специалистами онкодиспансера. Ежемесячный мониторинг целевых индикаторов в регионе усилило контроль за оказанием онкологической помощи.

Ключевые слова: рак шейки матки, скрининг, заболеваемость злокачественным новообразованием, выявляемость, вирус папилломы человека.

IMPROVING THE ORGANIZATION OF CERVICAL CANCER SCREENING IN RURAL HEALTH CARE

Utegenova A.B.¹, Kasymova R.O.²

1. Kazakhstan Medical University «Kazakhstan School of Public Health»,
Almaty c., Republic of Kazakhstan

2. Kyrgyz-Russian Slavonic University, Bishkek c., Kyrgyz Republic

Summary: The article presents data on the incidence of malignant neoplasm in the southern region of the Almaty region of the Republic of Kazakhstan, the results of cervical screening. The analysis of the implementation of the National screening program in the Almaty region. The main indicators of cancer services are shown. The directions of activity for the timely detection of cancer and reduce the incidence of malignant tumors are proposed.

Cervical cancer is a potentially preventable disease and is ideal for screening since it has a clear pre-invasive phase and, to date, already known etiology, the Central link of which is the human papillomavirus at high risk (HPHR). The turning point in the world practice of solving the problem of cervical cancer was the introduction of mass cytological examinations of the cervix - cytological screening. Cytological screening of cervical cancer is the only type of screening aimed at preventing the disease. The main objective of cytological screening is the detection and treatment of precancer-

ous diseases and, mainly, pre - invasive cervical cancer, and their treatment. Despite the progress made in the world to reduce morbidity and mortality from cervical cancer, Kazakhstan tends to increase morbidity. Thus, according to the data of the cancer registry in 2016, there were 1730 cases of new cases of cervical cancer and 647 deaths.

The modern concept of the program to reduce mortality from cervical cancer is based on three main provisions: 1 - primary prevention (a healthy lifestyle with the exception of possible risk factors, vaccination of certain groups of the population); 2 - secondary prevention (high-quality and well-organized screening of the female population); 3 - the introduction of uniform for all modern protocols for the diagnosis and treatment of invasive cervical cancer and palliative treatment. We are convinced that only such an integrated approach will significantly reduce the incidence and mortality from cervical cancer in our country.

Continuous monitoring of the implementation of the National screening program in rural health has expanded the possibilities of remote diagnosis (telemedicine), for consultation of cancer patients from remote areas by specialists of cancer dispensary. Monthly monitoring of target indicators in the region has strengthened the monitoring of cancer care.

Key words: cervical cancer, screening, neoplasm incidence, detection, human papillomavirus.

Проблемы ранней диагностики рака шейки матки (далее – РШМ) всегда привлекали повышенное внимание как исследователей, так и практиков. Основная причина такого внимания - особое положение рака шейки матки среди всех форм злокачественных новообразований. В то же время рак шейки матки является потенциально предотвратимым заболеванием и идеально подходит для скрининга, так как имеет четкую преинвазивную фазу и, на сегодняшний день уже известную этиологию, центральным звеном которой является вирус папилломы человека высокого риска - ВПЧ ВР. В развитых странах в последние десятилетия рак шейки матки стал сравнительно редким заболеванием благодаря хорошо организованным успешным программам скрининга, а в ближайшем будущем уровень заболеваемости снизится еще больше из-за широкого использования вакцин от ВПЧ ВР.

Поворотным пунктом в мировой практике в решении проблемы рака шейки матки явилось внедрение массовых цитологических обследований шейки матки - цитологического скрининга. Цитологический скрининг рака шейки матки - это единственный вид скрининга, направленный на предупреждение заболевания. Основная задача цитологического скрининга - это выявление и лечение предопухлевых заболеваний и, главным образом, преинвазивного рака шейки матки, и их лечение.

Поэтому, в отличие от других видов скрининга при цитологическом скрининге

рака шейки матки в качестве основного показателя эффективности в мире используется не смертность, а заболеваемость, потому как в какой-то мере проводимый скрининг способствует снижению заболеваемости раком шейки матки [1].

Массовые цитологические обследования женщин в СССР начали внедряться в 70-х годах. В течение 10 лет по всей стране было развернуто 300 централизованных цитологических лабораторий. К 1980 году в РСФСР охват женщин цитологическими исследованиями достиг 43,3%, на Украине 65-67%, в Белоруссии 83,3%, в Надави 41,8%. Рак шейки матки в СССР был выделен в статистических отчетах как отдельная форма рака с 1963 года [2].

С момента первого использования пап-теста в качестве скринингового теста прошло 60 лет, однако до сих пор он остается одним из наиболее распространенных методов скрининга. Сравнительно недавно программы скрининга стали дополняться новыми тестами, такими как определение ВПЧ высокого онкогенного риска [3-4].

Несмотря на достигнутые в мире успехи по снижению заболеваемости и смертности от рака шейки матки, в Казахстане сохраняется тенденция к увеличению заболеваемости. Так, по данным канцер-регистра в 2016 году было зарегистрировано 1730 новых случая РШМ и 647 смертей [5].

Учитывая, что средний возраст заболевших РШМ находится между 40 и 50 годами, т.е. приходится на наиболее социально актив-

ный период жизни, не сложно представить какой урон наносит обществу РШМ.

Современная концепция программы по снижению смертности от РШМ основана на трех основных положениях: 1 – первичная профилактика (здоровый образ жизни с исключением возможных факторов риска, вакцинация определенных групп населения), 2 – вторичная профилактика (качественный и хорошо организованный скрининг женского населения), 3 – внедрение единых для всех современных протоколов диагностики и лечения инвазивного РШМ и паллиативное лечение. Мы убеждены, что только такой комплексный подход позволит существенно снизить заболеваемость и смертность от РШМ в нашей стране.

ГКП на ПХВ «Алматинский региональный онкологический диспансер» обслуживает территорию Алматинской области южного региона, 10 сельских районов, с общей численностью населения 1 357 507 тыс. человек. Численность онкобольных состоящих за 2018 год на учете 8473. Всего функционируют 105 женских смотровых кабинетов в поликлиниках центральных районных больниц. Количество всего женщин, посетивших в 2018 году поликлинику составляет 670280, из них прошли женские смотровые кабинеты – 136568 (26,2%), число женщин, осмотренных с применением цитологии составило 87323.

По результатам анализа выполнения скрининговых программ за 2018 год по южному региону Алматинской области в структуре заболеваемости злокачественных новообразований рак шейки матки находится на четвертом месте, занимая 6,8% от всех локализаций.

По южному региону Алматинской области в 2016-2018 года в рамках скрининга на раннее выявление предопухолевых и злокачественных новообразований шейки матки осмотрено 189554 женщины в возрасте 30, 35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет со 100%-ным охватом от запланированного объема. В динамике за 3 года охват женщин скринингом ЗН шейки матки не менялся и соответствовал 100%.

В среднем, за исследуемых 3 года уровень выявляемости предопухолевых состояний шейки матки по южному региону Алматинской области несколько ниже в

сравнении с республиканским показателем (на 0,9%). Этот факт может свидетельствовать либо о высоком уровне настороженности и диагностики в поликлинике, либо о высоком уровне онкозаболеваемости прикрепленного населения, обусловленном факторами риска.

В 2018 году в целом по южному региону Алматинской области цитологическое исследование мазков проведено у 100% обследованных женщин, при этом патологические изменения выявлены в 12,9% случаев, в т.ч.:

- ASC-H – 2,1% случаев;
- LSIL – 7,0% случаев;
- HSIL – 3,8% случаев.

Кольпоскопические исследования прошли 0,02% из общего числа обследованных женщин. Биопсия проведена в 0,14% случаев из числа всех осмотренных. При этом были выявлены:

- CIN I – 0,13 %;
- CIN II – 0,21%;
- CIN III – 0,04 %;
- AIS – 0 %.

Анализ по возрастным группам показал, что наибольшая выявляемость предопухолевых состояний шейки матки отмечается в возрасте 40-49 и 35-39 лет. Анализ структуры выявленного РШМ по стадиям показал, что на I стадию приходится 53,3%, на II стадию 46,6%. Выявляемость по южному региону Алматинской области по раку шейки матки при проведении скрининга представлена на таблице 1.

Таким образом, по Южному региону Алматинской области идет ежегодный прирост онкологических больных, так в 2016 году состояло на учете – 7272 больных, в 2017 году – 7916, в 2018 году – 8473 больных. Идет прирост показателя заболеваемости на 4,8%, уменьшение показателя смертности на -1,6% и увеличилось число впервые выявленных больных ЗН I-II стадии на - 1,8%. Отмечается снижение числа впервые выявленных больных ЗН IV стадией: если абсолютное число больных в 2017 году составляло 203, то за 2018 год составило 191.

Постоянный контроль за выполнением Национальной программы скрининга в сельском звене здравоохранения расширило возможности дистанционной диагностики (телемедицина), для консультаций онкологиче-

Таблица 1 - Раннее выявление рака шейки матки

	Целевые группы (возраст)					
	всего	% к обследо- ванным	30-49 лет	% к обследо- ванным	50-70 лет	% к обследо- ванным
Исполнение	68 911	99%	39875	57%	29036	42%
Материал неадекватный (клеток нет или недостаточно)	207	0.3%	124	59%	83	40%
Атипические клетки не обнаружены	59703	86%	30258	50%	29445	49%
ASCUS	404	0.5%	258	63%	146	36%
ASC-H	1080	1.5%	547	50%	533	49%
LSIL	4687	6.8%	2589	55%	2098	44%
HSIL	2681	3.8%	1475	55%	1206	44%
CIS	23	0.03%	10	43%	13	56%
AGS	40	0.05%	24	40%	16	0.02%
AIS	30	0.04%	18	60%	12	40%
Рак (цитология)	30	0.05%	23	56%	18	43%

ческих пациентов из отдаленных районов специалистами онкодиспансера. Ежемесячный мониторинг целевых индикаторов в регионе усилило контроль за оказанием онкологиче-

ской помощи. Дальнейшее обучение специалистов поликлиник онконастороженности повысит раннюю выявляемость и качество проводимой скрининговой программы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ранняя диагностика рака шейки матки на уровне первичной медико-санитарной помощи. Цитологический скрининг: Методические рекомендации / Под ред. д.м.н. Нургазиева К.Ш. – Алматы, 2012.
2. Аксель Е.М. Состояние онкологической помощи населения России и стран СНГ в 2006 году / Е.М. Аксель // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. - 2008. - Т. 18, № 2 (прил. 1). - С. 8-51.
3. Алмухамедова Б.Г., Алиева Д.А., Игисинов Н.С., Юсупов Б.Д. Оценка заболеваемости и

- смертности от рака шейки матки в городе Ташкенте // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2018. - №2. - С. 74-80.
4. Шарипова И.П., Садирова Ш.С., Шарапов С.М., Зоитов И.С., Алиева Л.Е., Мусабаев Э.И. Современные подходы к диагностике вируса папилломы человека (ВПЧ) и ее связи с папилломатозом гортани // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2018. - №2. - С. 95-101.
5. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2018 год. Статистические материалы. - Алматы, 2019.

Для корреспонденции:

Утегенова Айгерим Бакытовна – врач акушер – гинеколог родильного отделения ГКП на ПХВ «Центральная районная больница» Талгарского района Алматинской области РК, докторантка (PhD) 2 года обучения Казахстанского медицинского университета «Высшая школа общественного здравоохранения», г.Алматы; Конт.тел.: +77028362221; e-mail: magnolia_@mail.ru

Касымова Рано Оморовна – д.м.н., профессор кафедры гигиены медицинского факультета КРСУ им. Б.Н. Ельцина, г. Бишкек, Кыргызская Республика. Конт. тел.: +996707 535353; e-mail: docha02@bk.ru

УДК 618.19:616-036.22-006

ЭМЧЕК БЕЗИНИН ШИШИК ООРУСУНУН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ЖАНА ЭТИОЛОГИЯЛЫК АСПЕКТИЛЕРИ

Тухватшин Р.Р.¹, Жексенова А.Н.², Топчубаева Т.М.¹, Калдыбаева А.Т.²

*1. И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргызстан Республикасы*

*2. Марат Оспанов атындагы Батыш-Казакстан мамлекеттик медициналык университети,
Алматы ш., Казакстан Республикасы*

Корутунду: Эмчек безинин шишик оорусунун азыркы чактагы эпидемиологиялык жана этиологиялык аспектинин коргозмосу. Эмчек безинин шишик оорусунун осуусундогу социалдык-экологиялык жана климат-географиялык факторлору корсотулгон. Эмчек безинин шишик оорусу Жер шаарындагы белгилуу аймактарга таралуусу гана эмес, андан тышкары оорунун этиопатологиялык озгочолуктору каралат, жана эмчек безинин шишик оорусунун денгээли ошондон коз каранды.

Негизги создор: Эмчек безинин шишик оорусу, тирүү калуу, оорунун таралышы, оруунун себеби, оруунун динамикасы, оорунун далилдоосу, ооруну дарылоосу.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тухватшин Р.Р.¹, Жексенова А.Н.², Топчубаева Т.М.¹, Калдыбаева А.Т.²

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

*Западно-Казакстанский медицинский университет им. М. Оспанова,
г. Алматы, Республика Казакстан*

Резюме: Представлены современные эпидемиологические и этиологические аспекты рака молочной железы (РМЖ). Показана роль социально-экологических и климатогеографических факторов в частоте развития РМЖ. Подчеркивается необходимость не только в констатации распространенности РМЖ в отдельных регионах Земли, но и в учете особенностей этиопатогенеза болезни, от которых также зависит уровень заболеваемости РМЖ.

Ключевые слова: рак молочной железы, выживаемость, эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика, лечение.

EPIDEMIOLOGICAL AND ETIOLOGICAL FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF BREAST CANCER

Tukhvatshin R.R.¹, Zheksenova A.N.², Topchubaeva T.M.¹, Kaldybaeva A.T.²

Kyrgyz State Medical Academy. I.K. Akhunbaeva, Bishkek c., Kyrgyz Republic

West Kazakhstan Medical University M. Ospanova, Almaty c., Republic of Kazakhstan

Summary: The present epidemiological and etiological aspects of breast cancer (BC) are presented. The role of socio-ecological and climatic-geographical factors in the frequency of development of breast cancer is shown. It emphasizes the need not only to ascertain the prevalence of breast cancer in certain regions of the Earth, but also to take into account the characteristics of the etiopathogenesis of the disease, on which the incidence of breast cancer also depends.

Key worlds: breast cancer, survival, epidemiology, etiology, pathogenesis, diagnosis, treatment.

По данным ВОЗ из всех случаев рака у женщин на долю рака молочной железы приходится 16% и он остается самым распространенным видом рака среди женщин во всем мире [1]. Этот вид рака – РМЖ в Европейском регионе составляет 28% среди всех разновидностей онкологических патологии.

На сегодня, из мировых лидирующих мест в онкопатологии, рак молочной железы (РМЖ) занимает - 1,7 миллиона случаев или 11,9 %, что в некоторой степени опережает рак легких и кишечника - 1,4 миллиона случаев 9,7 %.

Среди неопластических процессов молоч-

ной железы, количество повторно диагностированных случаев заболевания выросло более чем на 20%, при этом уровень смертности вырос – на 14%. Рак молочной железы является наиболее частой причиной онкологической смерти среди женщин [2].

Поиск научной литературы позволил выявить достаточно много обзоров опубликованных по этой проблеме, в которых рассматриваются самые различные этиологические факторы, способные поддерживать высокую заболеваемость. Причем, в отличие от других болезней, на частоту РМЖ практически не влияет уровень жизни и развития здравоохранения, судя по большой распространенности РМЖ в странах Африки, Южной Америки и Азии, чем допустим в таких технологически передовых странах как США или Англия.

Так, по данным GLOBOCAN в 2012 году в мире выявлено 1 671 149 новых случаев РМЖ и 521 907 случаев смерти от рака молочной железы, при этом уровень заболеваемости в экономический развитых странах выше, в то время как смертность в экономический менее развитых странах максимальна [3].

Это обусловлено тем, что в тех странах, где система здравоохранения вооружена высокотехнологичным оборудованием, врачи способны диагностировать раковые болезни на ранних стадиях, что позволяет, учитывая относительно хорошую сохранность в этот период других систем организма (иммунная, ССС и др.), проводить полноценную лучевую или химиотерапию (или комбинированную). При отсутствии метастазов эффективно хирургическое лечение. Соответственно в этих странах наблюдаются и достаточно высокие показатели пятилетней выживаемости. К примеру, в США смертность от РМЖ составляет 2,3%, причем с тенденцией к снижению, что связано как с эффективной ранней диагностикой, так и с использованием самых современных методов лечения.

По литературным данным, большинство случаев заболевания раком молочной железы регистрируется у женщин в возрасте 50 лет и старше, в то же время РМЖ встречается и у молодых женщин. Из всех новых случаев рака молочной железы около 11% приходится на

долю женщин моложе 45 лет, в то время, как из практики известно, заболевание женщины в возрасте 37 лет и менее [4, 5].

В отличие от США или Европы - в Индии, имеющей значительное отличие по климатическим и бытовым условиям, сложилась схожая ситуация, за период с 2008 по 2012 годы, в связи с увеличением заболеваемости РМЖ на 11,54% и ростом смертности - на 13,82%. Надо отметить, что среди обследованных у 5% индийских женщин, страдающих РМЖ, возраст на 10 лет моложе по сравнению с западными женщинами и возраст от 40 до 50 лет - у них этот интервал пика заболеваемости РМЖ [6].

Сравнивая со страной, другого полушария Земли, к примеру, с Австралией, видно, что в 2014 году было диагностировано 16 753 человека, впервые заболевших раком молочной железы (140 мужчин и 16 614 женщин). По некоторым оценкам, в Австралии в 2018 году предполагалось, что будет диагностировано 18 235 случаев рака молочной железы, т.е. возрастание (148 мужчин и 18 087 женщин) [7].

Представляет интерес заболеваемость РМЖ в Западной Африке - около 30 000 новых случаев и более чем 16 000 случаев смерти от этой патологии в среднем за год. Тогда как в Восточной Африке заболеваемость значительно ниже - около 18 000 новых случаев и соответственно 10 000 смертей [8]. Для сравнения, в Западной Европе заболеваемость в пять раз выше, чем в Западной Африке, где в этот же год выявили 40 000 смертей от злокачественных опухолей молочной железы [9].

Существует и своя статистика по этому кругу вопросов в бывших странах союза независимых государств (СНГ). Ежегодно около 46 тыс. женщин заболевали раком молочной железы в России и среди онкологических заболеваний женщин неопластические процессы молочной железы занимали первое место (19,3%) [10].

Оказалось, что имеются различия в заболеваемости РМЖ и в зависимости от этнической принадлежности. Так, между женщинами славянской и крымско-татарской этнических групп существуют определенные различия в развитии и течении РМЖ. Заболеваемость

мость РМЖ женщин крымско-татарской группы более низкая, чем в славянской этнической группе (65,2 на 100 тыс. женского населения).

Среди стран СНГ низкий уровень заболеваемости РМЖ характерен для республик Средней Азии: в пределах от 20,4 (Таджикистан) до 27,3 (Киргизия); высокий – в Прибалтике (48,7–52,1), Армении (74,1) [11].

Если рассматривать причины заболеваемости РМЖ с позиций проживания пациентов в различных климато-географических условиях и экономического благополучия страны, то возникает проблема дифференцировки этиологических факторов - между влиянием климатических условий, укладом жизни, бытовых факторов, предпочтений в пищевых продуктах, способных прямо или косвенно повлиять на канцерогенез, в частности и на репродуктивную (гормональную) систему женщины.

Выходом из этой ситуации, на наш взгляд, мог бы стать анализ по заболеваемости РМЖ тех стран, где на их территории присутствуют одновременно различные климатогеографические факторы. К таким странам, к примеру, относится Кыргызстан, где на относительно небольшой площади (190 тыс. км²) есть горные регионы, полупустыни, горно-морские районы и др. Причем, что благоприятно для анализа этиологических факторов – практически одинаковый этнический состав с многолетними традициями быта, приготовлением и употреблением определенных пищевых продуктов.

Так, по данным Т.К. Субанбаева, И.С. Игисинова, И.О. Кудайбергеновой, проанализирована эпидемиологическая ситуация с помощью оригинального метода картографирования, который позволяет выделить зоны с низкими и высокими уровнями онкологической заболеваемости. Оказалось, что в южных районах Кыргызстана к району с очень низкими показателями заболеваемости РМЖ относится Алайский район (1,4 ± 0,9%), а с очень высоким показателем – города Ош и Джалал-Абад, с высоким – Тогуз-Торауский район (16,9 ± 7,2 %).

За период с начала календарного 2016 года по 15 октября 2016 года в Казахстане зарегистрировано 3476 диагностических за-

ключений по онкологии молочных желез и заболеваемость на 100 000 населения составила 19,6 [12]. С 2004 года отмечается постепенное увеличение числа случаев выявления РМЖ у женщин от 18 528 до 22965 в 2008 году.

В разрезе областей по Казахстану высокие показатели по РМЖ определяются в Восточно-Казахстанской области, в северных регионах по сравнению с показателями южного региона [13].

В динамике возрастные показатели рака молочной железы имели тенденцию к росту в возрастных группах 30-39 лет и старше 50 лет. Стандартизованные показатели заболеваемости РМЖ статистически значимо отличались от грубого показателя и в динамике также имели тенденцию к росту [14].

Клинико-эпидемиологическая характеристика метастатического РМЖ в Северо-Восточном регионе РК не имеет географической особенности, ей присуще общемировая тенденция черт РМЖ. Интересен тот факт, что казашки с диагнозом МРМЖ были в среднем на 6 лет моложе пациенток русской национальности.

При ранжировании по патологии одними из рейтинговых или более высокими являлись зарегистрированные данные по РМЖ среди женщин (5,8-8,4) в Актыбинской области [15, 16]

По результатам полученных данных о РМЖ в Республике Узбекистан помимо роста заболеваемости и смертности от РМЖ среди женского населения, также отмечено наличие возрастных особенностей среди пациенток коренного этноса в сторону «омоложения» заболевания при всех молекулярно-биологических (фенотипических) подтипах РМЖ [17].

Таким образом, хотя уровень болезней раком в Азии ниже, чем на Западе, но в отношении РМЖ коэффициенты смертности от рака выше. В Азии отмечают широко распространенной в онкологии среди представительниц женского пола - РМЖ являются самыми высокими при онкологическом поражении молочной железы. Уровень заболеваемости увеличивается вместе с доходом страны, особенно при раке молочной железы [18].

В заключении отметим, что проанализированные данные из литературным источни-

кам свидетельствуют о значимости в онкологической патологии РМЖ. Однозначно, что предпринимаемые скрининговые методы обследования оправдывают показатели высокой заболеваемости, что дает надежды на своевременное выполнение лечебных мероприятий и, соответственно, определенную выживаемость. В то же время, до сих пор нет стабильно хороших показателей по выживаемости при РМЖ и заметной динамики в сторону снижения показателей смертности на какой либо определенной территориальной части планеты; нет желаемого полного искоренения проблемы в государствах с высоким уровнем жизни. Проблема многоцентровая, систематизированная и имеет некий замкнутый круг в жизни общественности и причина кроется, на наш взгляд, в отсутствие целенаправленных научных исследований этиологических факторов, способных повлиять на репродуктивную систему у женщин, например, влияние климатических факторов той или иной страны на время становления менструальной функции, уровень гормонов. Или, к примеру, в исследованиях С. И. Игисинова

[19, 20] показан гипоксический фактор проживания в горной местности и его связь с частотой развития раковых болезней. Последнее нацеливает ученых обращаться к решениям вопросов общей и частной онкологии с позиции исследования не только эпидемиологии – как науки констатирующей факт заболеваемости, но и на изучение этиопатогенеза болезни, имеющего свои особенности в каждом регионе Земли, для диагностики и эффективного лечения с целью совершенствования управления данной патологией.

Изданный, более 5 лет назад "Всемирный доклад о борьбе с раком, 2014 год", посвященный Всемирному Дню борьбы с раком раскрыл имеющиеся тенденции по заболеваемости раком и смертности от него, которые отражают напряженность в темпах роста бремени этого заболевания. В докладе авторами красной нитью излагается срочность и необходимость также и политического сопровождения и срочной реализации эффективных стратегических подходов в профилактике и для создания ограничения распространения рака.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Blok EJ, Bastiaannet E, van den Hout WB, Liefers GJ, Smit VTHBM, Kroep JR, van de Velde CJH. Систематический обзор клинической и экономической ценности профилей экспрессии генов для инвазивного раннего рака молочной железы, доступных в Европе. *Cancer Treat Rev.* 2018 Jan, 62: 74-90 DOI: 10.1016/j.ctrv.2017.10.012. [PubMed]-[NCBI].
2. Chinese Journal of Cancer Research. Journal Citation Reports, Clarivate Analytics. (/data/down/2013ChinaCancerReport.pptx)/Том30,№1 (февраль 2018 г.)/(issue/418.html) / Рак в Пекине, 2014г.
3. Lykkesfeldt A.E., Iversen B.R., Jensen M.B., Ejlersen B., Giobbie-Hurder A., Reiter B.E., Kirkegaard T., Rasmussen B.B. Aurora kinase A как возможный маркер устойчивости к эндокринной системе в раннем раке молочной железы рецептора эстрогена. *Acta Oncol.* 2018-, 57 (1): 67-73. DOI: 10.1080/0284186X.2017.1404126. [PubMed]-[NCBI].
4. Nikbakht P., Bahrampour A. Определение факторов, влияющих на выживание рака молочной железы с помощью нечеткой модели логистической регрессии.-Дж РЭС Мед Наук.

2017;22:135. DOI:10.4103/jrms.jrms405 17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5767811>

5. Rojas K., Stuckey A. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol.* 2016 Dec;59(4):651-672. DOI: 10.1097/GRF.000000000000239 [Indexed for MEDLINE]

6. Байсалбаева А.С. Особенности заболеваемости раком молочной железы в Восточно-Казахстанской области / А.С. Байсалбаева, Н.С. Игисинов, Т.А. Адылханов // *Medicin.* – 2016. - №5. – С. 30 – 34.

7. Бейсебаев Е.Н. Эпидемиология рака молочной железы в Казахстане. Оценка роли социальных детерминантов в скрининговых исследованиях и 5-летней выживаемости женщин с заболеванием рака молочной железы. Алматы, 2015 г.

8. Бекмухамбетов Е.Ж., Мамырбаев, Джаркенов Т.А., Макенова, Имангазина З. Распространенность злокачественных новообразований в Актюбинской области Казахстана. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.* 2015; 12.; том. 16 выпуск 18 стр. 8149-8153.

9. Громова А.Л. Натуральный прогестерон и агонисты дофаминергических рецепторов в

лечении синдрома циклической масталгии. В кн.: Материалы III международной ежегодной онкологической конференции «Проблемы диагностики и лечения рака молочной железы». «Белые ночи Санкт-Петербурга 21-23 июня 2006г.». СПб.; 2006: 25-27.

10. Д. Г. Заридзе, Д. М. Максимович. Профилактика злокачественных новообразований. V-Петербургский Международный онкологический форум // Сборник, т. 4, №2(2017) [https://DOI.org/10.17650/2313-805X-2017-4-2-8-25](https://doi.org/10.17650/2313-805X-2017-4-2-8-25)

11. Игисинов С.И. Влияние высокогорья, этнического состава и особенностей быта на развитие и течение рака пищевода: (На модели Кыргызстана) / С.И. Игисинов: автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – С-Пб, 1992. – 46 с.

12. Катажина Якубовская, Луиза Kanczuga-кода, Войцех Киселевский, Мариуш Кода, Вольдемар Famulski. Плоскоклеточный рак молочной железы как клиническая диагностическая проблема. // Мол Клини Онкол. 2018 Арг; 8(4): 587-591. DOI: 10.3892/МСО.2018.1581.

13. Л. А. Нелюбина, К.П. Лактионов. Причины заболевания раком молочной железы и возможности его профилактики Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, т. 24, №2, - 2013.

14. Л.А.Нелюбина. Рак молочной железы: стратегии оценки и снижения риска заболевания // Вестник ТГУ, -2014.-ISSN 1810-0198. Т.19, вып.6, С. 1919-1927

15. Л.Н.Любченко, Е.И.Батенева, И.К.Воротников, С.М.Портной, О.В.Крохина, В.А.Соболевский, Л.Г. Жукова, В.А.Хайленко, С.А. Тюлядин. Наследственный рак молочной железы: генетическая и клиническая гетерогенность, молекулярная диагностика, хирургическая профилактика в группах риска. // Научно-исследовательский институт клиниче-

ской онкологии ФГБНУ «РОНЦ им. Н.Х. Блохина», Россия, 115478, Москва, Каширское шоссе, 24.

16. Ли Х., Дэн У., Тан В., Сунь К., Чэнь У., Ян С., Янь В., Ван У., Ван Я., Ван С., Ян Ф., Дин У., Чжао Г., Цао Г. Городское и сельское неравенство в отношении заболеваемости раком, смертности и выживаемости в Шанхае, Китай, в течение 2002 и 2015 гг. Границы Онкол. 8: 579. DOI: 10.3389/FONC.2018.0.00579.

17. Мануш Zendehtel, Niakan Бабак, Аббасали Keshtka, Elahe Rafiei, Фатима Саламат. Подтипы доброкачественных заболеваний молочной железы как фактор риска для рака молочной железы: систематический обзор и Мета-Анализ протокол. Иран Дж Мед Наук. Января -2018; 43(1): 1-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5775989/>

18. Ян Х., Васудеван П., Парех В., Пенев А., Каннингем Дж. М. Преодоление биологии рака в клинике: относительная экспрессия пары, установленной геном GRHL2, предсказывает метастазы рака молочной железы. PLoS One/ 2013; 8(2):e56195.doi:10.1371/ journal.pone.0056195. Epub 2013. 18 февраля [PubMed]-[NCBI].

19. Сарибекян Э.К., Пак Д.Д., Митина Л.А., Казакевич В.И., Колесникова Е.В., Леонова Н.Ю. Особенности диагностики при подозрении на диффузную форму рака молочной железы. Радиация и риск.-2011. Том 20 №4.с. 64- 69.

20. Игисинов Н.С., Абдрахманов Ж.Н., Камарли З.П. Заболеваемость раком молочной железы в Кыргызской Республике // Здравоохранение Кыргызстана. – 1999. - №3. – С. 56-62.

21. <http://zdrav.kg/>

Для корреспонденции:

1. Тухватшин Рустам Романович - д.м.н., профессор, зав.кафедры патологической физиологии КГМА им.И.К.Ахунбаева.
Т: 0772265887, e-mail: rtuhvatshin@gmail.com

2. Жексенова Ажар Николаевна - к.м.н, зав.кафедры патологической физиологии НАО «Западно-Казакстанского Медицинского университета им. М.Оспанова».
Т: 87013183729, e-mail: azhar.nikolaevna@mail.ru

3. Топчубаева Тынаркул Мадаминовна - ассистент кафедры патологической физиологии КГМА им. И.К.Ахунбаева.
Т: 0700060289, e-mail: tina86-08@mail.ru

4. Калдыбаева Айман Турганбаевна - к.м.н., доцент, зав.кафедры нормальной физиологии НАО «Западно-Казакстанского Медицинского университета им. М.Оспанова».
Т: 87017371943, e-mail: aiman.kaldybaeva.1962@mail.ru

УДК 616.331-089-06-084

ЖООН ИЧЕГИНИН АБСЦЕССИН АЛДЫН АЛУУ

Акромов Е.Х.^{1,2}, Молдошева М.Т.^{1,2}.

1. Хирургиялык реконструктивдөө-калыбына келтирүү илимий борбору,
2. Чүй облустук бириккен ооруканасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Кортунду: Ыкма төмөнкүдөй болот: былжыр чел тартылбастан, мөөн башына серо-сероздук тигиши коюлат, андан соң буйурмө тигишке салынат. Мындай ыкма толугу менен мөөндүн учунун өскөн жеринде абсцессин пайда болушунун алдын алат – илдеттенген былжыр чел үчүн өсүндү ачык калат, былжыр чел ичегинин көңдөйүнө салынат. Бардык байкалган учурларда, биз кандайдыр бир оорусу катталган эмес.

Негизги сөздөр: Жон ичегинин абсцесси, серо-сероздук шовтор, ирриго- жана колоноскопия.

ПРОФИЛАКТИКА АБСЦЕССА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Акромов Е.Х.^{1,2}, Молдошева М.Т.^{1,2}.

1. Научный центр реконструктивно-восстановительной хирургии, г. Бишкек, Кыргызская Республика
2. Чуйская областная объединенная больница, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В целях профилактики абсцесса толстой кишки представлена инновационная методика оперативных вмешательств при хирургических заболеваниях: накладываются серо-серозные швы на куполе слепой кишки, без захвата слизистой, которые затем погружаются в кисетный шов. Такая методика полностью предотвращает возможность образования абсцесса червеобразного отростка – отросток для зараженной слизистой оболочки остается открытым, погруженная слизистая в полость кишечника.

Ключевые слова: абсцесс толстой кишки, серо-серозные швы, ирриго- и колоноскопия.

PREVENTIVE MAINTENANCE OF ABSCESS OF THE THICK GUT

Акромов Е.Х.^{1,2}, Moldosheva M.T.^{1,2}.

1. Centre of science of reconstructive - regenerative surgery, Bishkek c., Kyrgyz Republic
2. Chuy the regional incorporated hospital, Bishkek c., Kyrgyz Republic

Summary: The technique consists she in the following: grey-serous seams on a dome of a blind gut, without capture mucous which then are immersed in кисетный a seam are imp<5sed. Such technique completely prevents an opportunity of formation of an abscess appendicis a shoot for the infected mucous membrane remains open, shipped mucous in a cavity of intestines.

Key words: colon abscess, gray-serous sutures, irrigation and colonoscopy.

Оперативные вмешательства на толстой кишке иногда сопровождаются некоторыми осложнениями, которые зачастую имеют место при первичных реконструктивно-восстановительных операциях.

Причиной этих осложнений может явиться, во-первых, инфицированная стенка толстой кишки, а во-вторых, операция могла проходить на фоне инфицированной кишечной палочкой слизистой оболочки. В этой ситуации может возникнуть такое грозное осложнение как образование абсцесса культуры толстой кишки, а также абсцесса культуры червеобразного отростка. В отдельных случаях может произойти прорыв абсцесса культуры кишечника в брюшную полость, в результате

возникает перитонит, сначала ограниченный, а затем и диффузно-разлитой.

В медицинской литературе, в атласах брюшной полости описаны многие методики оперативных вмешательств, которые до сих пор считаются классикой хирургии [1, 2]. По нашему мнению, лечения которые совсем недавно воспринимались как аксиома, уже не могут являться догмой, ибо вчерашние описания того или иного классического подхода в конкретной ситуации могут быть пересмотрены и оспорены. Хирурги предлагают свои варианты методик, порой значительно отличающиеся от классических, казавшихся ранее неоспоримыми.

Предлагаемая нами методика может, на

наш взгляд, занять достойное место в ряду многочисленных хирургических приемов и имеет достаточно высокую лечебную эффективность. С 2000 по 2010 год нами было прооперировано 50 больных по поводу - правой половины толстой кишки (злокачественные образования). Надо отметить, что больные в клинику поступали с ярко выраженной картиной острой кишечной непроходимости. Ранее они были обследованы в условиях ЦСМ/ГСВ (семейными врачами), где и в большинстве случаев получали консервативное лечение по поводу спастического колита без клинического эффекта. Но облегчения на протяжении длительного времени не наступало. Как правило, этим больным не проводились такие исследования как ирриго- и колоноскопия. У всех больных отмечался длительный кишечный анамнез, сопровождавшийся затрудненным опорожнением кишечника. При появлении симптомов острой кишечной непроходимости больных госпитализировали в экстренном порядке в хирургическое отделение больниц. При поступлении в стационар клиника острой кишечной непроходимости была выражена, и трудностей с диагнозом этого заболевания не возникало. Следует отметить что до операционных вмешательств нельзя было точно диагностировать место обтурации и лишь на операционном столе диагностировалось топическое расположение обтурации. Все эти больные были оперированы в первые часы от момента поступления и до 6 часов. Локализация исследований выглядела следующим образом:

- 1) рак слепой кишки - 20 случаев;
- 2) рак восходящего отдела толстой кишки - 15 случаев;
- 3) рак печеночного изгиба - 15 случаев.

Возраст пациентов-мужчин в среднем составил - 60-82 года, женщин - 55-75 лет.

Наряду с больными онкозаболеваниями медикаментозными 250 случаев с гангренозных аппендицитов. Предлагаемая нами методика операции заключается в следующем: после наложения зажимов на проксимальную часть кишечника с оставлением под зажимом 2-3 мм ткани кишечника, которая в последующем коагулируется, мы этим самым проводим гемостаз. Далее накладывается кисетный

шов, после чего зажим снимается с кишечника; ассистент, двумя пинцетами захватывая края кишечника, погружает их в кисетный шов. Далее накладывается второй ряд серо-серозных швов. Этим самым ликвидируется глухая полость в стенке кишечника, что гарантирует от образования абсцесса.

При деструктивной форме червеобразного отростка особенно, когда имеет место гангренозно-перфоративная форма в области его основания, перевязка культи у его основания не представляется возможной. В этих случаях предлагаемая нами методика очень может быть эффективным. Инновационный подход к оперативным вмешательствам заключается в следующем: накладываются серо-серозные швы на купол слепой кишки, без захвата слизистой, которые затем погружаются в кисетный шов. Такая методика полностью предотвращает возможность образования абсцесса культи червеобразного отростка, ибо инфицированная слизистая оболочка остается открытой, погруженной слизистой в полость кишечника. Следует отметить, что всех наблюдаемых случаях мы ни разу не отметили осложнений.

Таким образом, в целях профилактики абсцесса толстой кишки нами предложенная инновационная методика оперативного вмешательства.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что данная методика должна занять достойное место наряду с другими методами хирургического лечения заболеваний толстого кишечника.

Естественно, что предлагаемые нами оперативные методы вызовут у отдельных коллег некоторые негативные отношения или будут способствовать появлению многочисленных вопросов.

Авторы данной статьи в процессе открытого обсуждения (дискуссии) вопросов практического применения предложения инновационной методики хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. М.: Медицина,

1965,- 606 с.

2. Литтманн И. Оперативная хирургия. Будапешт, 1982. -1175 с.

Для корреспонденции:

Акромов Е.Х. - врач-хирург, заведующий отделением общей хирургии, Чуйской областной объединённой больницы, профессор кафедры госпитальной КРСУ, директор Научного центра реконструктивно-восстановительной хирургии.

Тел: 0312 367 736

Молдошева М.Т. - Научный центр реконструктивно – восстановительной хирургии при Министерстве Здравоохранения КР, Чуйская областная объединённая больница

УДК 617-089:616.34

КЕСКИН ИЧЕГИ ӨТКӨРБӨСТҮГҮНДӨ ОПЕРАЦИЯ УЧУРУНДА ДЕТОКСИКАЦИЯ

Акрамов Е.Х.^{1,2}, Молдошева М.Т.^{1,2}

1. Хирургиялык реконструктивдөө-калыбына келтирүү илимий борбору,
2. Чүй облустук бириккен ооруканасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Кортунду: Метронидазол менен углерод-минералдык сорбентти колдонуу ичегинин өткөрбөстүгү (тыгындалуу) менен операция кылынган оорулууарды дарылоонун далилденген ыкмасынын патогенези болуп саналат. Бул жергиликтүү детоксикацияны жүргүзүүгө, коюлган анастомоз бөлүгүндө жараат процессине олуттуу таасир этүүгө, муну менен анын туура келбестик тобокелдин олуттуу төмөндөтүүгө мүмкүнчүлүк түзөт.

Негизги сөздөр: гемиколэктомия, Орудуларды дарылоо, ичегинин өткөрбөстүгү (тыгындалуу), ичегинин шишик тилкеси.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДЕЗИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Акрамов Е.Х.^{1,2}, Молдошева М.Т.^{1,2}

1. Научный центр реконструктивно-восстановительной хирургии, г. Бишкек, Кыргызская Республика
2. Чуйская областная объединенная больница, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Применение углеродминерального сорбента с метронидазолом является патогенетически эффективным методом лечения больных, оперированных с кишечной непроходимостью (закупоркой). Это позволяет местную детоксикацию существенно повлиять на раневой процесс в области наложенного анастомоза, тем самым значительно снизить риск его несовместимости.

Ключевые слова: гемиколэктомия, лечением больных, кишечная не проходимость, участок кишки с опухолью.

DURING OPERATION DETOXICATION AT SHARP INTESTINAL IMPASSABILITY

Akramov E.H.^{1,2}, Moldosheva M.T.^{1,2}

1. Centre of science of reconstructive - regenerative surgery, Bishkek c., Kyrgyz Republic
2. Chuy the regional incorporated hospital, Bishkek c., Kyrgyz Republic

Summary: Application carbonmineral sorbent with metronidazole is pathogenesis the proved method of treatment of patients, оперированных concerning corking thick gut impassability. It allows to provide adequate local detoxication, it is essential to affect on wound process in the field of imposed anastomosis, thus considerably to lower risk of his inconsistency.

Key words: hemicolecotomy, treatment of patients, intestinal non-permeability, section of the intestine with a tumor.

Доступом являлась широкая срединная лапаротомия. При правосторонней локализации опухоли методом выбора являлась правосторонняя гемиколэктомия с формированием инвагинационного илеотрансверзо-анастомоза конец в бок.

После мобилизации правой половины ободочной кишки с опухолью и терминального отдела подвздошной кишки ободочная кишка пересекалась между зажимами. Культия

перевязывалась викрилом 2-0, погружалась в кисетный шов, а поверх накладывались 2-3 П-образных серозно-мышечных шва.

Проводилась эвакуация содержимого кишечника методом «сдаивания» наружу в специально подготовленный мешок. Просвет кишечника поэтапно промывался до «чистых вод» раствором фурациллина 1:5000 через гастральный зонд большого диаметра, проведенный за пилорический жом. Удаляемый

участок кишки отсекался на жестких зажимах. Формирование инвагинационного илеотрансверзоанастомоза проводилось по аналогичной методике с больными первой группы.

Брюшная полость промывалась раствором фурацилина 1:5000 и дренировалась.

Для проведения сорбционного кишечного диализа нами использовалась порошковая форма углерод-минерального сорбента СУМС-1. Частицы этой формы сорбента значительно меньше обычных гранул (диаметром до 1 мм), что позволяет создать суспензию, обладающую более высокой текучестью, необходимой для свободного продвижения по кишечной трубке.

Удаляемый участок кишки с опухолью, с соблюдением всех правил асептики, переносится в специально подготовленный полиэтиленовый пакет большой емкости, содержащий антисептический и дезодорирующий растворы. Пакет полностью изолируется от операционного поля стерильными пленками. Под контролем хирурга помощник рассекает кишку непосредственно в полости пакета. Содержимое кишечника поэтапно удаляется методом «сдаивания». Проводится лаваж кишечника теплым раствором фурацилина 1:5000.

Готовится суспензия порошкового углерод-минерального сорбента СУМС-1 из расчета 100 г сухого вещества на 1 литр воды. После этого через желудочный зонд, используя шприц Жане, производится поэтапное заполнение всего кишечника суспензией. Количество используемой суспензии достигает, в среднем, 3 - 4 л. Выдерживается экспозиция 10-15 минут. Содержимое удаляется наружу. Затем в толстую кишку ретроградно вводится толстый резиновый зонд, через который производится дополнительное введение суспензии в объеме до 2000 мл. Через 5 минут суспензия полностью удаляется.

Проведенный нами анализ историй болезни, протоколов вскрытий и клинических наблюдений больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости, свидетельствует о том, что одноканальные силиконовые дренажи не в состоянии обеспечить адекватное выведение трансудата из брюшной полости, так как они забиваются сгустками и перестают функционировать уже

через 24 часа после операции. После извлечения дренажной трубки из брюшной полости через 24 — 72 часа после операции, ее просвет был obturated сгустками крови и фибрином у 55 - 93% больных. Несомненно, что не удаленная кровь, при наличии инфекции являясь прекрасной питательной средой, способствует повышению риска развития различных внутрибрюшных осложнений гнойно-воспалительного характера.

В последние годы появилось много публикаций о применении биологически-активных тампонов и дренажей, угольных волокнистых адсорбентов, различных углерод-минеральных сорбентов в лечении гнойных заболеваний и профилактике нагноений операционных ран (Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. 1984; Ломаченко И.И., Тарасов А.А., 1988; Тетдоев А. М. Поляков А. В., 1990). В качестве сорбционного материала нами использован углерод-минеральный сорбент СУМС-1, помещенный в капроновый контейнер с величиной диализных пор 1,5 - 3,0 нм, дважды перевязанный по длине капроновой лигатурой для равномерного распределения сорбента и обернутый в один слой перчаточной резины с предварительно нанесенными на ней множественными перфорациями диаметром 1-2 см. Благодаря этому усовершенствованию, дренаж легко удалялся из брюшной полости и забрюшинного пространства и без труда, легко вводился длинным изогнутым корнцангом.

Наличие крупных и средних транспортных пор обеспечивает хорошие адсорбционные характеристики сорбента СУМС-1 в отношении средне и высокомолекулярных токсинов, микробных клеток и раневого детрита. Сорбент СУМС-1 стерилизовали сухожаровым способом при температуре 180°C в течение 30 минут. Капроновые емкости стерилизовали в 6% растворе перекиси водорода не менее 6 часов, перед применением погружали в раствор первомура на 2 минуты и далее промывали в стерильной дистиллированной воде. Тампон подготавливали непосредственно перед операцией.

Для иммобилизации на сорбент метронидазола мы к 100 мл углерод-минерального сорбента СУМС-1, предварительно простерилизованного, добавляли 40 - 50 мл 0,5%

водного раствора метронидазола. При этом достигалась концентрация препарата 3мг/мл. Адсорбция метронидазола на поверхности СУМС-1 обеспечивалась физико-химическими свойствами сорбента, в частности, наличием полярных и неполярных участков. При этом мезо и макропоры гранул сорбента остаются свободными, что обуславливает сохранение сорбционной активности СУМС-1 в отношении микробных тел, токсинов, раневого отделяемого, так же не страдает и дренажная функция сорбента. Важно отметить, что структура молекулы метронидазола при этом не изменяется, и препарат сохраняет свою химическую активность.

Эффективность углерод-минерального сорбента СУМС-1 в отношении анаэробной микрофлоры незначительна, но при адсорбции на нем метронидазола, СУМС-1 успешно воздействует как на аэробы, так и на анаэробную микрофлору с сохранением эффективности препарата в течение 2-х суток. Причем для свободного действия метронидазола и возможной реадсорбции необходима концентрация 2 мг/мл (Ломаченко И.И., Тарасов А.А., 1988). Метронидазол, адсорбированный на сорбент СУМС-1, оказывает антимикробное воздействие на большинство грамположительных и грамотрицательных бактерий, в том числе и на анаэробную микрофлору (Кутяков М.Г., 1987; Васютков В.Я., 1990; Зиневич В.П., Бабкин В.Я., 1991; Borgna E. et al., 1992; Maher M. et al., 1996).

Помимо этого, метронидазол восста-

навливает фагоцитарную активность лейкоцитов и обладает противовоспалительным действием (Кожуг С. Д. и соавт., 1984; Комаров В. Д. и соавт., 1984).

В послеоперационном периоде больным продолжалась инфузионная терапия, направленная на коррекцию объема циркулирующей крови с учетом степени и типа дегидратации. Проводилась дезинтоксикационная терапия. В комплексе дезинтоксикационной терапии 14 больным первой группы проведена карбогемосорбция на углерод-минеральном сорбенте СУМС-1.

Таким образом, результаты нашего исследования по применению углерод-минерального сорбента СУМС-1 с иммобилизованным на нем метронидазолом является патогенетически обоснованным методом лечения больных, оперированных по поводу obturационной толстокишечной непроходимости. Это позволяет обеспечить адекватную местную детоксикацию, существенно повлиять на раневой процесс в области наложенного анастомоза, тем самым значительно снизить риск его несостоятельности.

Есть необходимость продолжения научного исследования по широкому применению указанного метода десоксикации при хирургических заболеваниях кишечника с всесторонним улучшением вопросов механизма действия и фармакодинамики / кинетики препаратов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бульнин В.И., Глухов А.А. Новый метод санации брюшной полости. Экс-Консилио, 1998; 1: 38 – 41.
2. Гостинцев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л., Турков В.И. Лапаратомия в комплексном лечении распространенного гнойного перитонита: Метод рекомендации М., 2009.
3. Зарубина Т.В., Гаспарян С.А. Управление состоянием больных перитонитом с использова-

нием новых информационных технологий. - Москва. 2009. -265 с.: ил.

4. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. Проктология. М.: Медицина, 1984. 384 с.

5. Кутяков М.Г., Баскаков В.А., Ермолаев В.А. Осложненный рак толстой кишки в общехирургическом стационаре // Мат. 1-ого съезда онкологов стран СНГ. Москва. 3-6 декабря. 1996. С. 358-359.

Для корреспонденции:

Акрамов Е.Х. - врач-хирург, заведующий отделением общей хирургии, Чуйской областной объединённой больницы, профессор кафедры госпитальной КРСУ, директор Научного центра реконструктивно-восстановительной хирургии.

Тел: 0312 367 736

Молдошева М.Т. - Научный центр реконструктивно – восстановительной хирургии при Министерстве Здравоохранения КР, Чуйская областная объединённая больница

УДК 9-05:61

**ОКУТУУЧУ ТУУРАЛУУ СӨЗ. АКАДЕМИК С.Б. ДАНИЯРОВ:
ПЕДАГОГ, ОКУМУШТУУ, УЮШТУРГУЧ**

Зарифьян А.Г.

Кыргызстан-Россия Славян Университети, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада профессор, медицина илимдеринин доктору, биздин өлкөнүн эмгек сиңирген доктуру жана эмгек сиңирген ишмери, КР нын илим жана техника тармагындагы Мамлекеттик сыйлыктын лауреаты, Кыргызстандын КРнын ИАнын академиги Санжарбек Бакирович Данияровдун өмүрү, педагогикалык, илимий, уюштургуч ишмердүүлүгү тууралуу баяндалат. Бул чыгаан инсандын мисалындагы өмүр баяны Кыргызстанда медициналык билим берүү кандай өнүккөндүгү, өткөн кылымдын аягында Медициналык Академия болуп калган Кыргыз мамлекеттик медициналык институтунун кандай күчтөрдүн жана адам ресурстарынын жардамы менен түптөлүшү көрсөтүлгөн.

Макалада негизги орунду С.Б.Данияровдун КММИнин нормалдуу физиология кафедрасында ассистенттен кафедра башчысына чейин жеткен эмгек жолуна арналган. Чоң бийиктиктерде болгон тоолуктардын жана үздүктөгүлөрдүн психофизиологиялык функцияларынын этникалык өзгөчөлүктөрүнүн тоолуу шарттарда (жүрөк-кантамыр, вегетативдик нерв системасынын) организмдин негизги системаларына адаптациялуу реакцияларынын нур оорусунун өнүгүшүнүн механизмдерине тиешелүү болуучу илимий изилдөөлөрдүн негизги багыттары берилди. Академиктин жогорку медициналык мектептин педагогикасынын маселелерине салымы да көрөтүлдү.

КММИнин өнүгүшүнүн тарыхына анын жасаган ролу окуу иштери боюнча проректор, андан кийин ректор катары СССРдин медициналык институттарынын катарына өзүнүн ЖОЖун эң мыкты деңгээлге жеткириши элдин назарында калды.

Негизги сөздөр: академик Санжарбек Бакирович Данияров, Кыргыз мамлекеттик медициналык институту, адаптация, тоолор, нур оорусу, вегетативдик нерв системасы, жүрөк-кантамыр системасы.

**СЛОВО ОБ УЧИТЕЛЕ. АКАДЕМИК С.Б. ДАНИЯРОВ:
ПЕДАГОГ, УЧЁНЫЙ, ОРГАНИЗАТОР**

Зарифьян А.Г.

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

Резюме: В статье рассказывается о жизни, педагогической, научной, организаторской деятельности академика НАН КР Кыргызстана, Лауреата Государственной премии КР в области науки и техники, Заслуженного врача и Заслуженного деятеля нашей страны, доктора медицинских наук, профессора Санжарбека Бакировича Даниярова. На примере биографии этого выдающегося человека показано, как развивалось медицинское образование в Кыргызстане, с помощью каких сил и человеческих ресурсов шло становление Кыргызского государственного медицинского института, ставшего в конце прошлого столетия Медицинской Академией.

Основное место в статье посвящено годам работы С.Б. Даниярова на кафедре нормальной физиологии КГМИ, где он прошёл путь от ассистента до заведующего. Представлены основные направления его научных исследований, касающиеся механизмов развития лучевой болезни, адаптационных реакций ведущих систем организма (сердечно-сосудистой, вегетативной нервной системы и др.) в условиях высокогорья этнических особенностей психофизиологических функций горцев и равнинников, оказывающихся на больших высотах. Указан и вклад академика в вопросы педагогики высшей медицинской школы. Главное внимание уделено его огромной роли в истории развития КГМИ – как проректора по учебной работе, а затем – ректора, вывешего свой вуз в когорту лучших медицинских институтов СССР.

Ключевые слова: академик Санжарбек Бакирович Данияров, Кыргызский государственный медицинский институт, адаптация, горы, лучевая болезнь, вегетативная нервная система, сердечно-сосудистая система.

**A WORD ABOUT THE TEACHER. ACADEMICIAN S.B. DANIYAROV:
TEACHER, SCIENTIST, ORGANIZER.**

Zariflyan A.G.

Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek c., Kyrgyz Republic

Summary: *This article describes the life, pedagogical, scientific, organizational activities of the academician of the National Academy of Sciences of Kyrgyzstan, the winner of the State Prize of the Kyrgyz Republic in the field of science and technology, Honored Doctor and Honored Worker of our country, doctor of medical sciences, professor Sanzharbek Bakirovich Daniyarov. On the example of the biography of this outstanding person, it was shown the development of medical education in Kyrgyzstan, with the help of what forces and human resources was forming Kyrgyz State Medical Institute, which became the Medical Academy at the end of the last century.*

Main place in this article is devoted to the years of work of S.B. Daniyarov at the Department of Normal Physiology of the KSMI, where he went from assistant to head of this department. The main directions of his researches are mechanisms of development of radiation sickness, adaptive reactions of the leading systems of the body (cardiovascular, autonomic nervous system, etc.) in the highlands of the ethnic characteristics of the psycho-physiological functions of mountaineers and lowlanders, which are at high altitudes. The contribution of the academician to the pedagogy of higher medical school also was indicated. Main attention is given to his huge role in the history of the KSMI - as vice-rector for educational work, and then - the rector, who brought his university to the top of the best medical institutions of the USSR.

Key words: *academician Sanzharbek Bakirovich Daniyarov, Kyrgyz State Medical Institute, adaptation, mountains, radiation sickness, autonomic nervous system, cardiovascular system.*

Думаю, ни одно издание, посвящённое юбилею Кыргызской государственной медицинской академии, не может считаться полноценным без упоминания имени академика НАН КР, заслуженного деятеля науки и заслуженного врача, лауреата Государственной премии Киргизской ССР в области науки и техники, доктора медицинских наук, профессора Санжарбека Бакировича Даниярова, а для нас, питомцев его научной школы, неизбежного Учителя и Старшего Друга.

Помнится, при жизни Шефа я не раз посвящал ему тёплые стихи, приурочивая их к его круглым датам. Ибо наш С.Б. являлся отнюдь не сухим учёным, а натурой динамичной, жизнелюбивой, щедро одарённый и далеко не лишённый поэтического восприятия мира. Вот и сейчас я позволю себе, говоря о нём, периодически обращаться не только к прозаическим фактам данияровской биографии, но и к адресованным ему собственным стихам.

Первый из них, подготовленный к его 50-летию, отмечавшемуся 25 февраля 1978 года, открывался, помнится, такими словами:

... Итак, назад тому полвека
(Мы подсчитали без труда)
В семье простого человека,
В селенье скромном Каинда,
Что расположено в Кемине,
Когда мерцал морозный иней,
Родился мальчик – третий сын.

Был той, о счастье пел акын,
Родные обсуждали с жаром,
Как малыша верней назвать,
И нарекли его... Санжаром,
Дав имя мальчику подстать.

Тут сразу напрашиваются два уточнения. Первое: на самом-то деле семья нашего героя была далеко не простой. Родословную свою он вёл от весьма известного кыргыз-

ского рода Атаке-Сарыбагыш. Причём, его дед Данияр, живший во второй половине XIX и начале XX столетия, возглавлял данный род, что подтверждается именной печатью. Не потому ли, когда Санжарчику было всего 4 года, семья перенесла тяжелейший удар: арестовали его отца Бакира, конфисковали имущество и наличный скот. В семье же воспитывалось 8 детей, старшему из которых тогда исполнился 21 год, а младшей дочери – лишь 2 года. Мать Бүбү была вынуждена вместе с ними покинуть родное село и перебраться в г. Фрунзе, скитаясь по разным частным квартирам. Заботу о ней и детях взял на себя брат отца, Базаркул ага.

До сих пор неизвестно, где похоронен отец Санжарбека, сосланный в Сибирь, не осталось даже фотографии (хотя, заметим, что

Быть может, само имя его тому способствовало. Ведь Санжар в переводе с тюркского означает «пронзающий». Те, кто имел счастье быть знаком с нашим Шефом, безусловно могли отметить эту его пронзительность, порывистость, неумность, проявившиеся с детских лет.

Понять, каким он рос ребёнком,
Совсем не трудно, ей-же-ей:
Наверняка вихрастым, тонким
И самым бойким из детей;
Наверняка не флегматичным,
Скорей всего – наоборот.
Ведь темперамент холеричный
Себя с рожденья выдаёт!

В 1935 г. Санжарбек поступил в смешанную образцовую среднюю школу № 3, а с открытием во Фрунзе школы № 5 перешел туда, где и проучился до 1942 г., отличаясь прекрасными способностями.

Осень и зиму 1942-1943 гг. из-за мате-

В пятнадцать лет окончив школу,
Парнишка начал выбирать:
Стать физкультурником весёлым
Иль педагогом школьным стать?
Но выбор сделан был со вкусом:
Все точки выставив над «i»,
Он поступает на подкурсы
При ещё юном КМИ.

Да, к счастью для многих из нас, кеминский паренёк всё-таки предпочёл белый халат яркой спортивной форме.

После некоторых мытарств он зачисляется на подготовительные курсы при Киргизском медицинском институте, тогда ещё обходившимся без определения «государст-

потомки поступили достойно, установив в октябре 1997 г. в селе Тегирменты на берегу реки Чоң-Кемин памятник всем репрессированным родным, начиная с прадеда и деда). Спустя 5 лет после ареста отца был репрессирован вышеупомянутый дядя, Базаркул Данияров, – один из первых просветителей советской Киргизии, который помог получить образование многим представителям интеллигенции тех лет. В начале 50-х годов развернулись очередные гонения и последовал арест Саманчина Тазабека, ещё одного дяди, у которого жил молодой Санжарбек. В те же годы исключили из целевой аспирантуры его сестру Кутпу Бакировну – как дочь репрессированных родителей. Но наш будущий шеф не сломался, сумел преодолеть все удары судьбы, сохранить достоинство и оптимизм.

риальных трудностей проживания в г. Фрунзе семья провела в родной Каинде, где работал учителем старший брат, Данияров Насыр. Но желание продолжить учебу заставило юношу вернуться в столицу.

венный», а окончив их, с 1-го сентября 1943 г. становится студентом лечебного факультета.

В те годы, благодаря эвакуации в г. Фрунзе Харьковского медицинского института и приезду целой когорты крупных ученых, клиницистов, представителей представи-

телей фундаментальных наук, во Фрунзенском медвузе сложился сильный, высокоинтеллектуальный научно-педагогический коллектив. Как говорил в шутку тогдашний директор института Шупик П.Л., впоследствии ставший министром здравоохранения Украины, «мне сейчас больше нужны двор-

ники, чем профессора», т.к. был огромный конкурс среди учёных при явной нехватке обслуживающего персонала. Большинство студентов, среди которых имелось немало участников Великой Отечественной Войны, учились с полной отдачей. Не отставал от них и Санжарбек Данияров.

Его студенческие годы:
Отличник вуза, активист,
Мотор общественной работы,
Хороший друг и юморист.

И сразу в эту же страницу
Такая просится строка:
Участник ряда экспедиций,
А также – староста кружка.

Действительно, в студенческие лета С.Б. Данияров получал персональную повышенную стипендию, активно участвовал в общественной жизни, являлся членом комитета комсомола КМИ. Будучи студентом 3-го курса, совместно с сокурсником, позднее академиком двух академий (РАМН и НАН КР) М.М. Миррахимовым, зимой 1946 года в течение полутора месяца работал по ликвидации последствий таких грозных инфекционных болезней, как сыпной и брюшной тифы, в

Алайском районе Ошской области.

Зимой и летом 1947 г. побывал в двух научных экспедициях, организованных видным терапевтом профессором Вольским М.Е. Тогда-то и появились «первые ласточки» – научные публикации. В тот же период он активно участвовал в научном кружке кафедры акушерства и гинекологии, которую возглавлял профессор Б.Г. Гуртовой – отличный специалист и блестящий лектор.

Так что я не погрешил против истины, написав в своём поэтическом поздравлении следующие строки:

Он очень многим увлекался...
Тянулся в клинику, к врачам;
На пятом курсе собирался
Стать акушером, по ночам
Дежурил, роды принимая;
Уйти в лечебники хотел,
Того ещё не понимая,
Что у него – иной удел!

Но хоть извилист был и долог
Путь, по которому он шёл,
В конце концов как физиолог
Наш выпускник себя нашёл!

И действительно: в 1948 г., после окончания с отличием мединститута, С.Б. Данияров поступил в аспирантуру при кафедре нормальной физиологии, руководителем которой тогда являлся профессор Георгий Павлович Конради – не только одаренный, высокоэрудированный физиолог, но и человек, отличавшийся феноменальной памятью,

остротой ума и языка, блестяще знавший живопись, поэзию и в целом художественную литературу.

Вообще, кафедре нормальной физиологии везло на своих лидеров! У её истоков стоял широко известный во всем мире ленинградский физиолог-эколог профессор Абрам Донович Слоним, которого сменил

Г.П. Конради. Учебником по нормальной физиологии для студентов высших медицинских учебных заведений, основные главы которого были написаны Г.П. Конради и А.Д. Слонимом, пользовалось несколько поколений будущих врачей Советского Союза. Велика заслуга этого «учёного дуэта» в развитии фи-

зиологической науки в Кыргызстане. После отъезда Г.П. Конради его сменил С.М. Дионесов, тоже ленинградец. Затем в течение почти 20 лет кафедру возглавлял заслуженный деятель науки, д.м.н., профессор Евгений Иванович Бакин, один из пионеров советской радиобиологии.

Что касается нашего Шефа, то и его молодость оказалась тесно связанной с городом на Неве.

Известно было встарь, и ныне
Мы в этом все убеждены,
Что место «Колтуши» – святыня
Для физиологов страны!

Здесь, в школе Павлова, Быкова,
Где всё дышало простотой,
Сумел сказать в науке слово
И наш учёный молодой!

Стоит, наверное, отметить, что в этом данияровском научном успехе частично был повинен не кто иной, как легендарный хирург Иса Коноевич Ахунбаев, чьё имя носит сегодня КГМА. Как вспоминает в своей книге о брате Кутпа Бакировна Даниярова, по личному настоянию Ахунбаева, являвшегося тогда директором мединститута, она сама, Санжарбек Бакирович, Мария Токтогуловна Нанаева, Бейшен Турусбекович Турусбеков, Валентина Абдылдаевна Исабаева и многие другие талантливые юноши и девушки из Кыргызстана (в т.ч. из репрессированных семей) были направлены на дальнейшую учёбу в Москву, Ленинград, Киев...

Итак, в 1949 г. С.Б. Данияров попадает в Питер, а уже в феврале 1952 г. под руководством А.Д. Слонима завершает и успешно защищает диссертацию на степень кандидата биологических наук. Причем, оценку его ра-

боте давали всемирно известные физиологи во главе с академиком АН СССР Константином Михайловичем Быковым. Аспиранту Даниярову посчастливилось слушать лекции и выступления, общаться с выдающимися учёными того времени: академиками Леоном Абгаровичем Орбели, Владимиром Николаевичем Черниговским, Петром Кузьмичем Анохином, профессором Э.Ш. Айрапетьянцом и многими другими. Дружеское отношение и взаимная симпатия остались от общения с выдающимся физиологом, создателем нового направления в физиологии пищеварения академиком Александром Михайловичем Уголевым, тогда ещё ассистентом кафедры нормальной физиологии Ленинградского стоматологического медицинского института. Всё это во многом определило дальнейшую научно-педагогическую судьбу молодого киргизского ученого.

Когда ж герой наш защитился,
Блестяще первый взяв редут,
То через месяц возвратился
В родной Киргизский институт,
Начав работать ассистентом...
Природный ум, любовь к студентам
И дар учительства (от Бога) –
Они ему как педагогу
Присущи были с юных лет.
Теперь же наступил расцвет
Его способностей, и вскоре
Наш юбиляр – в большом фаворе!
Среди студентов и коллег
Он свой, желанный, человек!

С большим увлечением Санжарбек Бакирович трудился в должности заместителя декана лечебного факультета, а с 1962 по 1971 годы – проректором КГМИ по учебно-воспитательной работе. Талант администратора, высокие организаторские способности, компетентность в решении многих вопросов дали основание для выдвижения его в 1971 году на должность ректора КГМИ.

Благодаря данияровской энергии, жажде всего нового, передового, в институте получили развитие современные методы оптимизации учебного процесса, внедрялись прогрессивные формы педагогической работы, началось психологическое обследование студентов с целью индивидуализации их обучения и воспитания. Человек глубокой внутренней культуры, С. Б. Данияров уделял особое внимание вопросам эстетического и нравственного воспитания молодых сотрудников и студенческой молодежи. По его инициативе в КГМИ был организован курс педагогики и медицинской психологии, редко встречавшийся в структуре других медицинских вузов, получили внедрение основные принципы подготовки будущих «эскулапов».

Ректор Данияров непосредственно курировал школы-семинары молодых педагогов, аспирантов и научных сотрудников института, на которые в качестве лекторов приглашались крупные ученые ведущих медицинских учреждений Москвы, Ленинграда, специалисты-международники, политические деятели, члены правительства, видные представители искусства, литературы, культуры. На годы его работы проректором и ректором КГМИ пришёлся также расцвет ка-

вээновского движения в республике и конкретно в КГМИ, создание нами в 1969 г. Студенческого театра эстрадных миниатюр (СТЭМа), превращавшегося подчас в агитбригаду «Жалын», открытие Студенческого клуба, успехи наших художественных коллективов на республиканских молодёжных фестивалях. Всё это позволяло поддерживать в вузе творческую атмосферу, поднять подготовку медицинских кадров на уровень, соответствующий требованиям того времени. Не случайно многие выпускники КГМИ тех лет продолжали успешно трудиться не только в Кыргызстане, но и в ближнем и дальнем зарубежье. Многие из них возглавляли научные и учебные центры в Москве, Санкт-Петербурге, Киеве, Ставрополе, Новосибирске.

Немало сил вложил Санжарбек Бакирович и в расширение учебной базы Мединститута, что позволило завершить строительство двух учебных корпусов, пяти студенческих общежитий, осуществить проектирование 1000-кочной клинической базы, столовой на 250 посадочных мест и современного общежития.

За период его ректорской деятельности было выпущено около 16 тысяч врачей, защищено 35 докторских и более 300 кандидатских диссертаций. В итоге Киргизский Государственный медицинский институт получил статус вуза I категории.

При этом, неся на протяжении 26 лет (9-ти проректорских и 17-ти ректорских) тяжкий груз административных забот, С.Б. Данияров успевал столь же плодотворно трудиться на научно-педагогической ниве.

Он рос с годами как учёный
(Где только время находил?!),
Своей задачей увлечённый,
Эксперименты проводил,
Искал, осмысливал, и снова
Вносил поправки в опыт свой...
Пятнадцать лет пути земного
Отдал болезни лучевой!

Одним из основных направлений исследований С.Б. Даниярова явилось изучение реакций сердечно-сосудистой системы и дыхания на лучевое воздействие. При этом особое внимание было уделено анализу механизмов регуляции аппарата кровообращения.

Выполнив множество тонких, трудоёмких экспериментов, автор впервые установил фазность изменений деятельности функций у облучённых животных, вскрыл ряд новых закономерностей приспособительных реакций системы кровообращения при радиационном

облучении.

Заслуживает особого внимания выдвинутое С. Б. Данияровым представление о том, что при острой лучевой болезни приспособительные реакции сердца и сосудов осуществляются за счёт усиления активности симпато-адреналовой системы, что отражает общебиологическую закономерность меха-

Но для ученых нет покоя –
Горит, трепещет мысли луч!
К тому же – горы под рукою,
Их зов и властен, и могуч,
Они полны вопросов спорных...
И шеф наш, поиски любя,
В тематике высокогорной
Находит место для себя...

Вторым важным и совершенно новым направлением, связанным с именем С.Б. Даниярова, стало изучение комбинированного влияния высокогорья и ионизирующей радиации на организм животных. Такого рода исследования необходимы для понимания механизмов повышения радиоустойчивости человеческого организма. Результаты проведенных исследований показали, что пребывание в условиях высокогорья существенно изменяет радиочувствительность организма, облегчая течение лучевого процесса и его исход.

Третье направление научных работ, осуществлённых С.Б. Данияровым с группой сотрудников, относится к сфере физиологии высокогорной адаптации, а точнее – к горной вегетологии. Ведущее место здесь занимает анализ механизмов приспособительных реакций сердечно-сосудистой системы. С. Б. Данияровым и его учениками получены новые оригинальные данные о перестройках сократительной функции миокарда, изменениях тонуса вегетативных сердечных центров и других функциональных сдвигах у животных, адаптирующихся к высокогорью. Материалы этих исследований послужили основанием для выдвижения новой концепции о природе «горной ваготонии» и роли симпатической нервной системы в формировании адаптированности к комплексу горных факторов, что отражено в подготовленной нами монографии «Высокогорье и вегетативная нервная система», выпущенной издательством «Медицина» в 1977 году.

низмов защиты.

Исследования увенчались успешной защитой докторской диссертации в 1970 г. в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (г. Ленинград), а чуть позже и капитальной монографией «Лучевая болезнь и сердечно-сосудистая система».

Физиологические основы деятельности сердца и сосудов оставались постоянным предметом интересов ученого. Многолетний интерес С.Б. Даниярова к физиологии кровообращения нашёл отражение и в нашей совместной книге «Работа сердца», которая была включена в перечень руководств по нормальной физиологии для студентов медицинских вузов СССР.

Большой отклик среди физиологов и кардиологов получила данияровская монография «Работа сердца в условиях высокогорья», тиражированная всё тем же издательством «Медицина» (г. Ленинград, 1979 г.). Этот научный труд содержит много новых фактов, ценных выводов и положений, существенно дополняющих, а в ряде случаев и меняющих устоявшиеся представления относительно механизмов адаптации сердца к факторам горной местности.

Итоги высокогорных исследований С.Б. Даниярова и его школы получили отражение в большом академическом издании «Руководство по физиологии» (ответственный редактор академик В. Н. Черниговский), выпущенном издательством «Наука» (Ленинград, 1982).

В дальнейшем С.Б. с группой учеников изучал основные вегетативные и психофизиологические параметры человека с учётом этнических особенностей в экосистемах с различной производственной деятельностью (вахтовики, чабаны, студенты и учащиеся из различных климато-географических зон Республики).

Были выявлены и особенности электроэнцефалограмм как у коренных горцев, так и у лиц, временно адаптирующихся к условиям высокогорья, послужившие основой для установления нормативов биоэлектрической активности их головного мозга.

Другие исследования, проведенные С.Б. Данияровым с соавторами, показали, что адаптационно-приспособительные реакции газотранспортной системы у лиц, занятых вахтовым трудом, отличаются от таковых у людей, впервые и длительно адаптирующихся к условиям высокогорного климата.

В связи с этим был сделан очень важный вывод о необходимости учёта ряда физиологических показателей при разработке оптимальных режимов труда и отдыха в горах и других профилактических мероприятий.

За данные исследования С.Б. Данияров совместно с гигиенистом О.Т. Касымовым и клиницистами З.М. Кудайбердиевым, Н.Н. Бримкуловым, А.Ш. Сарыбаевым и А.А. Алдашевым в 1996 году удостоился высокого звания Лауреата Государственной премии Кыргызской Республики в области науки и техники.

Портрет нашего Шефа будет неполным, если не сказать о его активной общественной деятельности. Санжар Бакирович многократно становился депутатом районных и городских Советов, Народным депутатом Верховного Совета Киргизской ССР, делегатом партийных съездов, возглавлял постоянную комиссию по здравоохранению, более 20-ти лет избирался Верховным Советом СССР Народным заседателем Верховного Суда СССР, дважды – членом ревизионной комиссии ЦК КП Киргизии и даже являлся председателем Общества трезвости Киргизской ССР.

Ещё одна важнейшая черта Даниярова заключалась в его исконном интернационализме. Будучи верным сыном своего народа, прекрасно зная его язык, культуру, обычаи, породнившийся в своё время (через детей) с классиком мировой и советской литературы Чингизом Айтматовым, Санжарбек Бакирович никогда не страдал регионализмом, местничеством, нацшванством. В решении вопросов, особенно кадровых, исходил из профессионализма и нравственных качеств

человека. Поэтому, готовя местные кадры, одновременно приглашал на работу в вуз видных медиков со всех концов Союза. Благодаря ему во Фрунзе оказались профессора Лейтес, Семёнов, Червинский, Рожинский, Фейгин и др.

Успехов на столь многих жизненных поприщах мог достичь лишь человек, имеющий прочный надёжный тыл. Таким тылом для Санжарбека Бакировича являлась в первую очередь его семья: мать Бүбү, жена Лиля Турусбекова, дочь павшего на фронте поэта Жусупа Турусбекова, сама же – всем известный заслуженный кинорежиссер-документалист, дочери Асель и Гюзель, сын Бектур (все трое – кандидаты медицинских наук), его многочисленные братья и сестры. Он воистину был любящим и верным спутником жизни, отцом, дедушкой, но и столь же надёжным другом в кругу коллег, заботливым наставником своих учеников-единомышленников.

Лично я обязан ему не только своим профессиональным становлением, но и вхождением в профессиональную литературу. Видя, что моя тяга к поэзии, музыке, режиссуре с годами не ослабевает, он сам проявил инициативу и вывел меня на первого секретаря Союза писателей Тендика Аскарлова, а тот, в свою очередь, познакомил молодого поэта с многоопытным Сергеем Андреевичем Фиксиным, главным редактором журнала «Литературный Кыргызстан», на страницах которого спустя некоторое время вышла моя первая большая поэтическая подборка, переросшая к настоящему времени в 20 сборников стихов и три диска песен.

При всех сложностях и противоречиях былого социалистического бытия, той эпохи, на которую пришлась большая часть жизни Шефа, его заслуги не остались незамеченными обществом и государством. Свидетельством тому – ряд орденов и медалей СССР, почётных грамот, высокие республиканские звания Заслуженного врача (1977) и Заслуженного деятеля науки (1991). А в суверенном Кыргызстане наш Учитель удостоился медали «Даңк» и Ордена «Манас» III степени.

Но главной наградой за честно прожитую жизнь является то глубокое уважение, любовь и признательность, которые этот незаурядный человек снискал в сердцах тысяч и

и тысяч студентов, аспирантов, сотрудников, коллег и друзей. Не случайно его имя носит сейчас кафедра фундаментальной и клинической физиологии КГМА и Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации.

Ну а завершить сей очерк мне хочется

Смерть старается яро,
Бьёт по самым родным!..
Санжарбек Данияров,
Общий наш Мугалим,
В этот месяц морозный,
Третье выбрав число,
Вы ушли так серьёзно,
Тихо, скромно, светло...

... Завершилась дорога,
Больше нечего ждать.
Но не стыдно пред Богом
Вам, поверьте, предстать.
Так спокойно же спите
Сном священным своим,
Золотой наш Учитель,
Дорогой Мугалим!

опять-таки первой и заключительной строками стихов, обобщающих всё изложенное выше и прозвучавших в день прощания с нашим дорогим, незабвенным Санжарбеком Бакировичем, ушедшим из жизни 3 декабря 2011 года.

ЛИТЕРАТУРА:

1. С.Б. Данияров. Интернациональная дружба и Кыргызский Государственный медицинский институт (Актовая речь). – Фрунзе, 1972.–27 с.
2. Кыргызский государственный медицинский институт: Краткий очерк истории.– Фрунзе: Кыргызстан, 1987.–64 с.
3. 50 лет Кыргызскому государственному медицинскому институту. Проспект. – Фрунзе: «Мектеп», 1989.–87 с.
4. Академия Медицинская Кыргызская Государственная. Шестидесятилетие со дня основания посвящается. –Бишкек, Издательский Дом «Yellow pages of Kyrgyzstan», 1999.–124 с.
5. Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева. 70 лет. Исторический очерк. Гл. редактор Зурдинов А.З. –Бишкек: Тип. «Print Express», 2009. –243 с.

6. Кыргызская Государственная медицинская Академия. 75 лет.–Бишкек, «Принт-экс-пресс», 2014.–192 с.
7. Зарифьян А.Г., Акылбеков И.К., Бебинов Е.М. и др. «Данияров Санжарбек Бакирович». Очерки жизни и научной деятельности академика НАН Кыргызстана С.Б. Даниярова. – Б.: «Кыргызстан», 1998. – 112 с.
8. Даниярова К.Б. Данияров Санжарбек Бакирович.–Б.: «Учкун», 2008.–192 с.
9. Даниярова К. Базаркул Данияров – первый педагог.–Б.: «Учкун», 2007.–390 с.
10. Академик Санжарбек Бакирович Данияров. 90 жыл.–Б.: КГМА, 2018.–58 с.
11. Кононец И.Е., Зарифьян А.Г., Касымов О.Т. - К 90-ЛЕТИЮ САНЖАРБЕКА БАКИРОВИЧА ДАНИЯРОВА – УНИКАЛЬНАЯ ЛИЧНОСТЬ (1928 – 2011 гг.) // Здравоохранение Кыргызстана. 2018. № 2. 183-189 с.

Для корреспонденции:

Анэс Гургенович Зарифьян - профессор, декан медицинского факультета и зав. кафедрой нормальной физиологии КРСУ, Заслуженный работник образования и Заслуженный деятель культуры Кыргызстана.

Эл.почта - anes1946@mail.ru.

УДК: 378. 096:616.1

**ВОЛЬСКИЙ М.Е. ЖАНА М.М.МИРРАХИМОВ АТЫНДАГЫ
ФАКУЛЬТЕТТИК ТЕРАПИЯ КАФЕДРАСЫНЫН ТАРЫХЫ**

Миррахимов Э.М., Ибрагимова Т.М.

*И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы*

Корутунду: макала И.К.Ахунбаев атындагы КММАнын факультеттик терапия кафедрасынын түзүлүү жана өнүгүү тарыхын сүрөттөөгө арналып жазылган.

Негизги сөздөр: Вольский М.Е., Миррахимов М.М., кардиология, тоолук медицина, кафедранын тарыхы.

**ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ
ИМ. ВОЛЬСКОГО М.Е-МИРРАХИМОВА М.М.**

Миррахимов Э.М., Ибрагимова Т.М.

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

Резюме: статья посвящена описанию истории становления и развития кафедры факультетской терапии КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Ключевые слова: Вольский М.Е., Миррахимов М.М., кардиология, горная медицина, история кафедры.

**HISTORY OF DEPARTMENT OF FACULTY THERAPY THE NAME
OF VOLSKYI M.E-MIRRAHIMOV M.M.**

Mirrahimov E.M., Ibragimova T.M.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek c., Kyrgyz Republic

Summary: the article is sanctified to description of history of becoming and development of department of faculty therapy of KSMA the name of I.K. Ahunbaev.

Keywords: Volski M.E., Mirrahimov M.M., cardiology, mountain medicine, history of department.



Мирон Ефимович Вольский
д.м.н., профессор,
Заслуженный деятель науки Киргизской
ССР



Мирсаид Миррахимович Миррахимов д.м.н.,
профессор, академик АН Киргизской ССР, АМН
СССР, Заслуженный деятель науки Киргизской
ССР, заслуженный врач Киргизской ССР, Лауреат
Государственной премии СССР в области науки и
техники, депутат Верховного Совета СССР и
Верховного Совета Киргизской ССР нескольких
созывов, Герой Социалистического Труда

В этом году Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева отмечает знаменательное событие — 80-летний юбилей со дня основания. Наша история берёт начало с 1939 года, когда Постановлением Совета Народных Комиссаров Кыргызской ССР в городе Фрунзе был открыт Киргизский Государственный медицинский институт, с набором на 1 курс 200 студентов. У истоков высшей медицинской школы стояли профессора и преподаватели из Москвы, Санкт - Петербурга, Харькова и Киева, которые консультировали и содействовали в организации института, обеспечивая педагогическими кадрами, необходимой медицинской литературой.

Одной из первых кафедр терапевтического профиля была кафедра факультетской терапии, которую в 1941г возглавил заслуженный деятель науки Киргизской ССР, доктор медицинских наук, профессор Мирон Ефимович Вольский. В этой должности М.Е. Вольский оставался до последних дней жизни.

Научные интересы М.Е. Вольского были разносторонними и многогранными. Еще в Куйбышевском медицинском институте М.Е. Вольский проявил склонность к изучению патологии печени и желчных путей, малярии, бальнеологии, ревматизма и сердечно - сосудистой системы. Впоследствии, в Кыргызском медицинском институте диапазон научных интересов М.Е. Вольского расширился. Продолжая изучать патологию печени и желчных путей, он стал уделять особое внимание освоению влияния на организм человека кратковременного и длительного пребывания в условиях высокогорья Кыргызстана и курортных факторов Кыргызской ССР, а также некоторым общим вопросам терапии.

М.Е. Вольский оставил после себя большое научное наследство, помимо фундаментального труда, служившего темой докторской диссертации, посвященной применению песочных ванн в лечении заболеваний опорно - двигательного аппарата, им опубликовано свыше 60 научных трудов. В своих научных трудах он проявил себя как глубоко эрудированный ученый - интернист с широким общебиологическим кругозором, талантливый клиницист - новатор, наблюдательный и широко образованный врач, вос-

принявший и продолжавший в своей разносторонней деятельности лучшие традиции терапевтических школ.

С 1959 по 1962 гг. кафедрой Факультетской терапии руководила доцент Роза Исхаковна Ибрагимова. Она продолжила начатые при профессоре М.Е. Вольском исследования, посвященные изучению влияния минеральных вод курорта Джеты - Огуз на секреторный аппарат желудка и желчеотделение.

С 1962 по 1997 годы кафедру факультетской терапии возглавлял Герой Социалистического Труда, Академик АМН ССР, академик АН Кыргызстана, лауреат Государственной премии СССР и Кыргызской ССР, профессор Миррахимов М.М.

Миррахимов М.М. является основоположником нового направления в науке – высокогорной медицины. Значительное место в исследованиях профессора М.М.Миррахимова занимали вопросы экологической физиологии горцев, изучение иммунологических и генетических критериев адаптивности и, так называемых, дизадаптационных осложнений, прогнозирование горной болезни [1].

М.М. Миррахимов на основании результатов многолетних исследований сформулировал положения о фазах индивидуальной адаптации человека к экстремальным природным условиям, впервые выдвинул и обосновал представление о контурах функционирования физиологических систем. Важной разработкой явились критерии отбора людей для трудовой деятельности в условиях высокогорья [2].

Академик совместно со своими учениками изучал модифицирующее влияние высокогорного климата на течение ряда внутренних заболеваний (бронхиальная астма, бронхит, анемия и др.). Так, видный ученик М.М.Миррахимова, ныне профессор д.м.н. академик НАН КР Раимжанов А.Р., в то время аспирант кафедры факультетской терапии, в своей кандидатской диссертации изучал влияние горного климата на течение гипо-и апластических анемий. В настоящее время он сам автор 305 научных трудов, подготовил 1 доктора и 12 кандидатов наук.

Научные интересы М.М. Миррахимова были чрезвычайно разносторонними. Это

физиологические основы адаптации здорового человека к условиям высокогорья, физиология, и патология сердечно-сосудистой системы в условиях высокогорного климата, клиника и лечение некоторых внутренних болезней в Кыргызстане (сердца, легких, почек, крови), использование высокогорной адаптации для лечения бронхиальной астмы и цитопенического синдрома.

Монографии профессора М.М. Миррахимова "Болезни сердца и горы" (1971), "Горная медицина" (1977), "Лечение внутренних болезней горным климатом" (1977), "Основы аускультации сердца" (1981), "Бронхиальная астма и ее лечение гипобарической гипоксией" (1983), "Высокогорная кардиология" (1984) стали настольными книгами многих терапевтов, работающих в горных условиях. Им опубликовано свыше 700 научных работ, в том числе 26 монографий с важными, в научном и практическом отношении, выводами [3].

Профессор М.М. Миррахимов был руководителем крупной терапевтической школы, под его руководством было подготовлено более 100 докторов и кандидатов наук, среди его учеников имеются член - корреспонденты АН КР, ряд его учеников возглавляли Министерство Здравоохранения КР, Научные Центры, самостоятельные кафедры КГМА.

Большая работа на кафедре велась по изучению вопросов высокогорной адаптации для лечения бронхиальной астмы, легочной гипертензии в горных условиях. В настоящее время пульмонологическая школа, заложенная профессором Миррахимовым, продолжает свое существование в работах д.м.н. профессора Сооронбаева Т.М., который после окончания КГМИ начиная с клинического ординатора, затем аспиранта, докторанта занимался изучением вопросов болезней легких.

Фазовый анализ работы сердца методом поликардиографии изучался аспиранткой Данияровой А.Н. в кандидатской диссертационной работе на тему: «Кардиотопографические и морфологические сопоставления при гипертрофии миокарда правого желудочка сердца». В настоящее время к.м.н. доцент Даниярова А.Н. является доцентом кафедры терапии специальности «Лечебное дело» КРСУ им. Б.Н.

Ельцина.

Помимо этого активно разрабатывались образовательные обучающие программы для работы с пациентами, так например диссертационная работа аспирантки кафедры, а ныне ее доцента Исаковой Г.Б. «Эффективность лечения больных бронхиальной астмы, прошедших обучение по специальной образовательной программе».

С 1997 года по настоящее время кафедрой факультетской терапии заведует заслуженный врач Кыргызской Республики, лауреат Премии Союза Молодежи Кыргызской Республики, лауреат Государственной Премии в области науки и техники, д.м.н., профессор Миррахимов Э.М. Он является президентом Кыргызского Общества Кардиологов, членом Общества кардиологов СНГ и тюркоязычных стран. Им опубликовано более 200 научных работ, опубликованные в журналах Кыргызстана и России, а также в рецензируемых журналах Европы и США. Под его руководством защищены 2 докторские и 12 кандидатских диссертаций.

В 1998 году на базе кафедры факультетской терапии имени Вольского М.Е. была организована «Кафедра внутренних болезней 6-го курса КГМА имени академика Мирсаида Миррахимова», которая в 2009 году была переименована в кафедру «Терапии общей практики с курсом семейной медицины» под руководством д.м.н., профессора Калиева Р.Р., главного нефролога МЗ КР. Профессор Калиев Р.Р. является талантливым и верным учеником академика М.М. Миррахимова, который продолжил дело, заложенное своим учителем в вопросах нефрологии. Под руководством профессора Калиева Р.Р. защищены 6 кандидатских диссертаций. В настоящее время им опубликовано более 270 научных статей в различных международных журналах.

В 2016 году при проведении реформы медицинского образования, необходимости создания и дальнейшего развития семейной медицины, целенаправленной подготовки врачей общей практики, была выделена самостоятельная кафедра Семейной медицины из кафедры «Терапии общей практики», в связи с чем в дальнейшем произошло слияние кафедр «Факультетской терапии им. Вольского

М.Е» и «Терапии общей практики» во вновь образованную кафедру Факультетской терапии им. Вольского М.Е.-Миррахимова М.М. под руководством профессора Э.М. Миррахимова.

В настоящее время на кафедре работают 5 докторов медицинских наук, все они являются профессорами, 13 преподавателей являются кандидатами медицинских наук, из них 8 сотрудников кафедры имеют ученое звание «доцента».

С момента создания кафедры факультетской терапии КГМА им. И.К. Ахунбаева и по настоящее время основной клинической базой ее является Национальный центр кардиологии и терапии. За долгие годы совместной работы в сфере кардиологической и терапевтической помощи заложены традиции совместной лечебной и научно-исследовательской деятельности. Кафедра факультетской терапии является кузницей кадров отечественного здравоохранения. Многие ординаторы и аспиранты кафедры работают сотрудниками отделений НЦКТ им. М.М. Миррахимова. Мы гордимся нашей многолетней дружбой, которая делает нас по-настоящему сильным профессиональным союзом.

Объединив лучшие педагогические и научные кадры, кафедра ведет активную педагогическую, научно-исследовательскую и лечебную работу. Сотрудники кафедры активно участвуют в комиссиях и рабочих группах по реформированию системы медицинского образования (подготовка нового стандарта государственного образования).

В настоящее время научными интересами кафедры являются изучение проявлений метаболического синдрома, генетических факторов инсулинорезистентности, хронической болезни почек, высокогорья и синдрома обструктивного апноэ сна и др.

Коллектив кафедры участвует в проведе-

нии международных конгрессов, симпозиумов и конференций, проводимых Кыргызским Обществом Кардиологов, Кыргызским Торакальным Обществом, Научным Обществом Нефрологов, является членом ESC, ERS, ERA - EDTA, также ежегодно проводит научно - практические конференции, посвященных «Всемирному дню сердца», «Всемирному дню борьбы с заболеваниями почек». Под руководством заведующего кафедрой д.м.н. профессора Миррахимова Э.М. ежегодно проводится «Конгресс Кардиологов Кыргызстана», симпозиум «Медицина Шелкового Пути». В настоящее время кафедра участвует в Международных исследованиях: EORP- (EuroObservationalResearchProgramm) – Регистр по мерцательной аритмии, регистр по КБС, регистр по Сердечной Недостаточности, регистр по клапанным порокам, регистр по ОКС, регистр по перипортальной кардиомиопатии, регистр по ССЗ у беременных; По семейной гетерозиготной гиперхолестеринемии: Screen-ProProject и EAS-FHP rogram; Исследование PURE (The Prospective Urban Rural Epidemiology study); Исследование INVICTUS (INVESTigation of rheumatC AF Treatment Using Vitamin K Antagonists, Rivaroxaban or Aspirin Studies).

Активно функционирует научный студенческий кружок. Под руководством ведущих доцентов студенческие команды и клинические ординаторы занимают призовые места на международных научных конференциях и студенческих олимпиадах.

Коллектив кафедры всегда помнит об истории создания на кафедре школы кардиологов, терапевтов, ревматологов, пульмонологов, нефрологов и направляют свою деятельность на дальнейшее совершенствование лечебной и педагогической работы, развитие новых научных направлений.



**д.м.н., профессор Эркин Мирсаидович
Миррахимов**



**к.м.н., доцент Тамарахан Мамтулахуновна
Ибрагимова**



Профессор Э.М. Миррахимов с участниками олимпиады по Терапии, Бишкек, 2018г.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кыдыралиева Р.Б. - Национальный Центр кардиологии и терапии им. Академика М. Миррахимова на службе здоровья народа. //Вестник КРСУ//. 2007. Том 7. № 9 с.- 113-116
2. Тимирбаев Вячеслав. Мирсаид Миррахимов. – Бишкек: Жизнь замечательных людей Кыргызстана, 2009. – 310 с.

3. Герои страны. Миррахимов Мирсаид Мирхамидович, [Электронный ресурс] //Биографические очерки о Героях Советского Союза; авт. С. Каргапольцев; шеф-ред. В.Скоморохов.- Электрон. дан.-М.: Герои страны, 2011.- Режим доступа: http://www.warheroes.ru/hero/hero.asp?Hero_id=11040, свободный. – Загл. С экрана. – Яз. рус.

Для корреспонденции:

Миррахимов Эркин Мирсаидович, д.м.н. профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии КГМА им. И.К. Ахунбаева, e-mail: erkmirr@gmail.com

Ибрагимова Тамарахан Мамтулахуновна, к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии КГМА им. И.К. Ахунбаева, 0-555-326612, e-mail: ibragimova_t67@mail.ru

Памяти Турар Ариповны Тыналиевой (1928-2016 гг.)



28 декабря 2018 года исполнилось бы 90 лет со дня рождения замечательной отечественной ученой-микробиолога, эпидемиолога доктора медицинских наук, профессора Турар Ариповне Тыналиевой. Ее более полувековая (1941-2007гг) научная, педагогическая и практическая деятельность отличается исключительной многогранностью и глубиной. Богатое инфекционное наследие республики требовало изучения эпидемиологических особенностей, регистрируемых инфекционных и паразитарных заболеваний и разработки мероприятий по их профилактике. Турар Ариповна относится к плеяде замечательных ученых, организаторов санитарно-эпидемиологической службы республики, которые стояли у истоков создания и развития медицинской науки, практической санитарно-эпидемиологической службы и подготовки специалистов, и весь ее жизненный путь пример упорного творческого и созидательного труда.

Турар Ариповна Тыналиева родилась в 1928 году в селе Жээк Кантского района, Чуйской области. После окончания 7 класса поступает на фельдшерское отделение Фрунзенского медицинского училища. Окончив его с отличием она была зачислена в Кыргызский Государственный медицинский институт в 1945 году, после окончания которого в 1950 году она была направлена в аспирантуру Московского медицинского института им. Сталина (ныне им. Пирогова). В 1953 году защитила кандидатскую диссертацию и возвратившись в республику возглавила лабораторию «микробиология кишечных инфекций» и одновременно преподает микробиологию на кафедре в КГМИ.

С 1960 года Турар Ариповна возглавила научные исследования лаборатории лептоспирозов в результате которой были выделены три оригинальных штамма лептоспир рекомендованные в состав мировой коллекции диагностического набора патогенных лептоспир. По материалам многолетнего изучения лептоспирозов в республике Тыналиевой Т.А. была защищена докторская диссертация, а ее учениками две кандидатские диссертации (Генис А.И. и Гузаирова Г.А.).

В 1976 году Т.А. Тыналиева прошла по конкурсу на должность профессора кафедры, эпидемиологии которую в последствии возглавляла до 1991 года. Кроме педагогической и учебно-методической работы кафедра под руководством Турар Ариповны провела большую научно-исследовательскую работу по изучению эпидемиологии бешенства и разработке схем иммунизации новой культуральной антирабической вакцины, направленной на сокращение курса лечебных прививок. По результатам этой работы были защищены две кандидатские (Тойгомбаева В.С., Тайчиев И.Т.) и одна докторская диссертации (Тайчиев И.Т.).

По результатам научных исследований Турар Ариповной опубликовано более 200 научных статей. Она принимала активное участие в издании Медицинской энциклопедии «Ден Соолук» (1991г.) и первого русско-кыргызского медицинского словаря (Издательство Илим, Фрунзе 1964г.).

Турар Ариповна активное участвовала и в общественной жизни республики, она избиралась депутатом Фрунзенского Городского Совета трех созывов (VI, VII, VIII), членом женсовета Фрунзенского Горкома партии, председателем общества «Знание» Первомайского района г. Фрунзе, зам. Председателя Кыргызского отделения общества Советско-Сирийской дружбы.

Трудовая и научная деятельность Т.А. Тыналиевой была высоко оценена. Она была награждена Орденом Трудового Красного Знамени (1966г.). Почетной Грамотой Верховного Совета Киргизской республики (1978г), медалью «Ветеран труда» (1986 г), и много раз Почетными грамотами МЗ Кыргызской республики».

Светлая память о Турар Ариповне Тыналиевой – как о неугомонном ученом, требовательном педагоге, добром и заботливом человеке и живет в сердцах ее научных последователей, учеников и специалистов практического здравоохранения республики.

**Коллектив кафедры общей
и клинической эпидемиологии
КГМА им. И.К.Ахунбаева**

МАЗМУНУ / СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS
АЛДЫНКЫ БЕТИ / ПЕРЕДОВАЯ / EDITORIAL

3 Шекера О.Г., Медведовська Н.В. Украинада жаш окумуштуулардын эмгектеринде «жалпы практика-үй-бүлөлүк медицина» илимий багытынын өнүгүүсү. / Развитие научного направления «общая практика - семейная медицина» в работах молодых ученых в Украине. / *Development of the scientific direction "the general practice-family medicine" in works of young scientists in Ukraine.*

10 Белов Г.В., Калматов Р.К., Эшмуратов Г.Б. Кыргызстандын түштүк аймактарындагы медицина илиминин маселелери. / Проблемы медицинской науки Кыргызстана на примере южных регионов. / *Problems of medical science of Kyrgyzstan on the example of the southern regions.*

ОРИГИНАЛДУУ ИЗИЛДӨӨЛӨР / ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ / ORIGINAL RESEARCH

16 Керимкулова А.С., Бекташева Э.Э., Лунегова О.С., Абилова С.С., Неронова К.В., Алибаева Н.Т., Миррахимов Э.М. Өрөөндөрдө жашаган этникалык кыргыздардын арасындагы метаболикалык синдром жана анын компоненттери. / Метаболический синдром и его компоненты в группе этнических кыргызов, проживающих в условиях низкогорья. / *Metabolic syndrome and its components in ethnic kyrgyzes permanent inhabitants of low altitude region.*

КЛИНИКАЛЫК МЕДИЦИНА / КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА / CLINICAL MEDICINE

24 Молдоташев И.К., Осмонов Д.А., Кудайбергенова Н.Т., Мустафа Унал, Назаров А.К., Ташмаматов А.Ж., Калыкулов Т.Р., Токтогулова А.С., Ахметова Э.О. «Бикард» жеке клиниканын шартында аорто-коронардык шунтирлөөнүн түздөн-түз жана узак мөөнөттүү натыйжалары. / Непосредственные и отдаленные результаты аорто-коронарного шунтирования в условиях частной клиники «Бикард». / *Immediate and long-term results of coronary artery bypass grafting in the private clinic "Bikard".*

29 Мамражапова Г. Т. Баш мээнин геморрагиялык кан куюлууларын дарылоонун хирургиялык аспектилери. / Хирургические аспекты лечения геморрагических инсультных гематом. / *Surgical aspects of management for hemorrhagic stroke hematomas.*

36 Мамажунусова А.А., Винников Д.В., Лобанченко О.В., Бримкулов Н.Н. Тоолуу аймактарда өлкө өнөкөт оору бейтаптардын 10 жылдын ичинде остеопороз сыныгына кабылуу мүмкүнчүлүгүн баалоо. / Оценка 10-летней вероятности остеопоротических переломов у больных хронической обструктивной болезнью лёгких на высокогорье. / *10-year probability of osteoporotic fractures in patients with chronic obstructive pulmonary disease at high altitude.*

ПРОФИЛАКТИКАЛЫК МЕДИЦИНА / ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА / PREVENTATIVE MEDICINE

42 Утегенова А.Б., Касымова Р.О. Саламаттык сактоонун айылдык звеносундагы жатын моюнчасынын рак скринингин уюштурууну жаакшыртуу. / Совершенствование организации скрининга рака шейки матки в сельском звене здравоохранения. / *Improving the organization of cervical cancer screening in rural health care.*

47 Тухватшин Р. Р., Жексенова А. Н., Топчубаева Т. М., Калдыбаева А. Т. Эмчек безинин ишик оорусунун эпидемиологиялык жана этиологиялык аспектилери. / Эпидемиологические и этиологические факторы в развитие рака молочной железы. / *Epidemiological and etiological factors in the development of breast cancer.*

ПРАКТИКАЛЫК САЛАМАТТЫК САКТОО / ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ / PRACTICAL HEALTHCARE

52 Акрамов Е.Х., Молдошева М.Т. Жоон ичегинин абсцессин алдын алуу. / Профилактика абсцесса толстой кишки. / *Preventive maintenance of abscess of the thick gut.*

55 Акрамов Е.Х., Молдошева М.Т. Кескин ичегин өткөрбөстүгүндө операция учурунда детоксикация. / Интраоперационная детоксикация при острой кишечной непроходимости. / *During operation detoxication at sharp intestinal impassability.*

МЕДИЦИНА ТАРЫХЫ / ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ / HISTORY OF MEDICINE

58 Зарифьян А.Г. *Академик С.Б. Данияров: педагог, окумуштуу, уюштургуч. / Слово об учителе. Академик С. Б. Данияров: педагог, учёный, организатор. / A word about the teacher. Academician S.B. Daniyarov: teacher, scientist, organizer.*

67 Миррахимов Э.М., Ибрагимова Т.М. *Вольский М.Е. Жана М.М.Миррахимов атындагы факультеттик терапия кафедрасынын тарыхы. / История кафедры факультетской терапии им. Вольского М.Е-Миррахимова М.М. / History of department of faculty therapy the name of Vol'skyi M.E-Mirrahimov M.M.*

ЖЫЛДЫК / ЮБИЛЕЙ / ANNIVERSARY

72 Памяти Турар Ариповны Тыналиевой (1928-2016 гг.)

Мергенова Ильмира Осмоновна

Директор Учреждения Редакции Научно-практического журнала
“Здравоохранение Кыргызстана”

Министерство Здравоохранение Кыргызской Республики

Контактные телефоны: +(996)312 544575

Адрес редакции: г. Бишкек, ул. Байтик-Баатыра, 34 каб. 11

e.mail.ru: zdrav.kg@mail.ru

info@zdrav.kg

Сайт: <https://www.zdrav.kg>

Подписной индекс Кыргыз Почтасы 77316

Чариев Бердимурат Бекмуратович

Технический редактор

“Кыргызстандын саламаттык сактоосу” илимий-практикалык журналы

Научно-практический журнал
“Здравоохранение Кыргызстана”

№1 2019-март

1938 ж/г

Чыгып баштады / Издается

Редакциянын дареги /

Адрес редакции:

720005

Кыргыз Республикасы Бишкек

ш. Байтик Баатыр көчөсү 34 /

Кыргызская Республика

г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра 34

Чейрек саны /

Ежеквартальный тираж: 400экз.

Заказ №3

Басылып чыгарылды /

Отпечатано в типографии:

ИП Бабенко В.Д.

Кыргыз Республикасы

Бишкек ш.

Жукеев-Пудовкин к.43-10

Кыргызская Республика

г. Бишкек

ул. Жукеева-Пудовкина. 43-10

КӨРСӨТМӨ № 770 14.09.18-жс.

**«Кыргызстандын саламаттык сактоосу»
илимий - практикалык журналына жазылуу жөнүндө**

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

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

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

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

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

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

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

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

Министр



К.С. Чолпонбаев

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ СТАТЕЙ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ЖУРНАЛЕ “ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА”

Научно-практический рецензируемый журнал “Здравоохранение Кыргызстана” зарегистрирован Министерством юстиции Кыргызской Республики, признан Высшей аттестационной комиссией КР и индексируется в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ).

Учредителем учреждения редакции научно-практического журнала “Здравоохранение Кыргызстана”, является министерство здравоохранение Кыргызской Республики. Учредителем журнала является Учреждение.

Принимаются материалы по следующим рубрикам:

- | | |
|---|------------------------------|
| ❖ Передовая | ❖ Сестринское дело |
| ❖ Оригинальные исследования | ❖ Обзоры и лекции |
| ❖ Клиническая медицина | ❖ История медицины |
| ❖ Профилактическая медицина | ❖ Помощь практическому врачу |
| ❖ Проблемы в образовании или медицинское фармацевтическое образование | ❖ Юбилей |
| | ❖ Информация и хроника |

Заявка на публикацию должна содержать:

1. Сведения об авторе(ах) в отдельном файле:

1.1 Фамилия, имя, отчество

1.2 Ученая степень (при наличии)

1.3 Ученое звание (при наличии)

1.4 Место работы

1.5 Занимаемая должность

1.6 Почтовый адрес с индексом (для пересылки авторского экземпляра журнала)

1.7 Адрес электронной почты (e-mail) (для переписки с автором по вопросам публикации)

1.8 Контактный телефон (обязательно! для выяснения срочных вопросов)

1.9 Название статьи

К оформлению статей предъявляются следующие требования:

- I. Объем статьи, включая список литературы, таблицы и рисунки с подрисовочными надписями, аннотацией и ключевыми словами не должен превышать 15 страниц печатного текста, включая титульную страницу.
- II. Статья должна включать следующие разделы:
 1. Шифр УДК (Универсальной десятичной классификации).
 2. Название статьи – по центру, без отступа, прописными буквами, обязательно должно быть на 3-х языках: кыргызском, русском и английском.
 3. Фамилию, имя и отчество каждого автора на кыргызском, русском и английском языках. (жирным шрифтом), полное название представляемой организации (вуза), e-mail (курсивом) – по левому краю, строчными буквами.
 4. Краткая аннотация статьи на кыргызском, русском и английском языках (курсивом). Аннотация содержит характеристику основной темы, цели работы, материалы и методы и результаты и выводы. В аннотации указывают, что нового несет в себе данная статья по сравнению с другими, родственными по тематике. Рекомендуемый средний объем аннотации – 300 печатных знаков.
 5. Место работы каждого из авторов на кыргызском, русском и английском языках.
 6. Аннотацию статьи также на трех языках, объемом не менее 300 знаков.
 7. Ключевые слова от 7 до 10 слов на трех языках.
 8. Основной текст.
 9. Список литературы.
 10. Допускаются иллюстративные материалы в виде таблиц, рисунков и графиков с подписями.

11. В конце статьи прилагаются сведения обо всех авторах, включающие Ф.И.О. (полностью), место работы и должность, ученую степень и звания, рабочий, мобильный и домашний телефоны, электронный и почтовый адреса.

II. Текст должен быть набран в программе Word любой версии шрифтом Times New Roman; кегль 14, через 1,5 интервала. Формат бумаги А 4 (210 x 297 мм); поля: верхнее – 20 мм, нижнее – 20 мм, левое – 30 мм, правое – 20 мм. Красная строка – 10 мм; выравнивание по ширине; абзацный отступ – 1 см. Страницы статьи должны быть пронумерованы последовательно.

Формулы должны быть набраны в соответствующем редакторе. Таблицы должны быть озаглавлены, не допускается наличия в них пустых граф. Условные сокращения и символы следует пояснять в примечании. Иллюстративные материалы представляются в форматах: для фото, рисунков – jpeg; графики, диаграммы, схемы и т.п. – exls, cdr. В таблицах, рисунках, формулах не должно быть разночтений в обозначении символов, знаков. Рисунки должны быть четкими, чистыми. Каждый рисунок или график должен иметь комментарий. На рисунки и таблицы в тексте должны быть ссылки.

III. Список литературы прилагается в конце статьи, ссылки в тексте на цитированную литературу даются в квадратных скобках. Список литературы составляется в той последовательности, в какой она используется в статье и оформляется в соответствии с ванкуверским стилем, желательно с указанием в конце источника индекса DOI (digital object identifier, уникальный цифровой идентификатор статьи). Например:

- ✓ Marx W. Tracking historical papers and their citations. European Science Editing 2012;38(2):35–37
- ✓ Braithwaite I., Stewart A.W., Hancox R.J., Beasley R., Murphy R., Mitchell E.A. Fast-food consumption and body mass index in children and adolescents: an international cross-sectional study. BMJ Open 2014 Dec8;4(12):e005813. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005813.

Для оригинальных статей количество источников не должно превышать 30, для обзорных статей - 50.

IV. В редакцию необходимо представить:

- Сопроводительное письмо учреждения (в виде отсканированной версии).
- Твердую копию статьи с подписями всех авторов.
- Электронную версию статьи в полном соответствии с распечаткой.

Редакция оставляет за собой право внесения в текст редакторских изменений, не искажающих смысла статьи. В необходимых случаях редколлегия оставляет за собой право высказать свои взгляды на проблему в виде комментария.

Статьи публикуются по мере поступления. Датой поступления статьи считается дата получения редакцией ее окончательного варианта. Рукописи не возвращаются.

Стоимость публикации статьи - 250 сом за одну страницу для граждан КР, 500 сом для иностранных граждан, оформленную согласно требованиям Минимальный объем статьи – 5 страниц, максимальный - не более 10 страниц. Превышение допускается до 15 страниц, каждая страница за дополнительную плату (1000 сом). Стоимость авторского экземпляра – 500 сом.

Правила оформления статей могут совершенствоваться в соответствии с требованиями ВАК КР - следите за изменениями на сайте: zdrav.kg, а также в последнем вышедшем номере журнала. В связи с тем, что статьи и сведения в статьях, публикуемых в научно-практическом журнале “Здравоохранение Кыргызстана”, будут помещаться в ведущих российских библиографических и реферативных изданиях, в электронных информационных системах, включая распространение произведений посредством размещения их электронных копий в базе данных РИНЦ, представленной в виде научного информационного ресурса сети Интернет www.elibrary.ru, авторы статей предоставляют на безвозмездной основе редакции журнала права на использование электронных версий произведений и должны соблюдать международные правила построения публикаций и резюме к ним.

Дополнительную информацию о научно-практическом журнале «Здравоохранение Кыргызстана» можно получить по адресу: г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34, НПО «Профилактическая медицина», 1 этаж, 11 каб. редакция журнала "Здравоохранение Кыргызстана"

Конт. тел.: 0312 544575; 0700 737241; 0557 737241; 0772 919150;
e-mail: info@zdrav.kg; zdrav.kg@mail.ru

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



ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ «АЮ ФАРМ»

ЙОДОЛ

**АНТИСЕПТИКАЛЫК, СЕЗГЕНУҮГӨ КАРШЫ,
ЖЕРГИЛИКТҮҮ КОЛДОНУУ ҮЧҮН**

**АНТСЕПТИЧЕСКОЕ, ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ
СРЕДСТВО ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ**

