

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Медицинский факультет



**МЕДФАКУЛЬТЕТУ
25 ЛЕТ**

**ПРОБЛЕМЫ И ВЫЗОВЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ
И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В XXI ВЕКЕ**

**Сборник статей
республиканской научной конференции,
посвященной 25-летию медицинского факультета
Кыргызско-Российского Славянского университета**

ВЫПУСК 19

БИШКЕК – 2019

**УДК 616
ББК 53
П 78**

Рекомендовано к печати Ученым советом
медицинского факультета и Научно-техническим советом
КРСУ

Рецензенты: Д-р мед. наук, профессор Тухватшин Р.Р.,
заведующий кафедрой патофизиологии КГМА.

Д-р мед. наук, профессор Касиев Н.К.,
заведующий кафедрой общественного здоровья
и здравоохранения КРСУ.

Редакционный совет: А.Г. Зарифьян (председатель),
Б.А. Какеев, С.Дж. Боконбаева, Г.У. Асымбекова, Б.Х. Бебезов,
Т.А. Осмонов, И.С. Сабилов, Н.А. Токтогулова, А.Б. Мамытова,
С.С. Борсокбаева, И.Л. Борисова (члены совета).

**П 78 Проблемы и вызовы фундаментальной и
клинической медицины в XXI веке: (сб. науч. тр.) вып. 19. –
Б.: 2019. – 304 с.**

ISBN 978-9967-08-623-4

В сборнике рассматриваются вопросы клинической и
профилактической медицины, медико-биологические
проблемы, а также интеграция науки и образования.

Жайнакта клиникалык жана алдын алуу медицинанын,
медико-биологиялык көйгөлөрүнүн масемлери жана ошондой
эле илим жана билим берүүнүн интеграциясы каралган.

The collection of research works covers of clinical and
preventive medicine, medical and biological problems, as well as
the integration of science and education.

**П 4108000000-19
ISBN 978-9967-08-623-4**

**УДК 616
ББК 53
© КРСУ, 2019**

6. The ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes / N Engl J. Med. – 2008. - № 358. – P. 2560–2572.
7. Aravind, S.R. Hypoglycemia in patients with type 2 diabetes from India and Malaysia treated with sitagliptin or a sulfonylurea during Ramadan: a randomized, pragmatic study / S.R. Aravind, S.B. Ismail, R. Balamurugan // Curr Med Res Opin. – 2012. - № 28 (8). – P. 1–8.
8. Blackwell Publishing Ltd Int, J Clin Pract, November 2011, 65, 11, 1132–1140 «The incidence of hypoglycaemia in Muslim patients with type 2 diabetes treated with sitagliptin or a sulphonylurea during Ramadan: a randomised trial» S.Al Sifri, A.Basounny, A.Echtay, M.Al Omari, I. Harman-Boehm, G.Kaddaha, K.Al Tayeb, A.S.Mahfouz, A.Al Elq, for the 2010 Ramadan Study Group*
9. Bloomgarden, Z.T. Cardiovascular disease in diabetes / Z.T.Bloomgarden // Diabetes Care. – 2008. - №31 (6). – P. 1260–1266.
10. Fatty acid-induced beta cell apoptosis: a link between obesity and diabetes / M. Shimabukuro, Y.T. Zhou, M. Levi, R.H. Unger // Proc Natl Acad Sci U S A. – 1998. – P. 27-28.
11. Gribble, F.M. Differential selectivity of insulin secretagogues: mechanisms, clinical implications, and drug interactions / F.M. Gribble, F. Reimann // J. Diabetes Complications. – 2003. - № 17. – P. 11–15.
12. Goede, P. Effect of multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes / P. Goede, H. Lund-Andersen, H.H. Parving et al. // N. Engl J. Med. – 2008. - № 358. – P. 580–589.
13. Holman, R.R. Ten-year follow-up after tight control of blood pressure in type 2 diabetes / R.R. Holman, S.J. Paul, M.A. Bethel et al. // N. Engl J. Med. – 2008. - № 359. – P. 1577–1589.
14. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 8th Edition. – 2017. –P. 40-43.
15. Standards of Medical Care in Diabetes-2017: Summary of Revisions // Diabetes Care. – 2017. – P. 40.

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ЭТНИЧЕСКИХ КЫРГЫЗОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**Г.С. Бобушова, Б.М. Хонкелдиев, Л.М. Четверикова,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) были и остаются ведущей причиной заболеваемости и смертности во многих странах, в том числе и в нашей стране, причем увеличиваются случаи в молодом возрасте [8]. При этом рост заболеваемости, смертности и потери трудоспособности чаще всего являются следствием коронарной болезни сердца (КБС) и мозгового инсульта. Для этих нозологий характерны общие факторы риска (ФР), на

которые, в случае раннего выявления, мы можем воздействовать с целью установления контроля и профилактики заболеваемости.

В рамках исследования «Интерэпид» изучалась распространенность основных сердечно-сосудистых ФР среди жителей трех стран: Россия, Кыргызстан, Казахстан с анализом этнических особенностей [2,12]. Ожирение имело самую высокую распространенность среди жителей Кыргызстана, среди мужчин и женщин коренной кыргызской национальности. Особенности питания населения Кыргызской Республики (КР) и их вкусовые предпочтения, к сожалению, приводят к развитию алиментарного ожирения (АО) уже у молодых людей. Так, в исследовании авторов, проведенных в КР, был выявлен метаболический синдром (МС), при котором абдоминальное ожирение (АО) является основным и обязательным компонентом, у 44,6% обследованных этнических кыргызов [1]. Высокая распространенность МС у этнических кыргызов превышала таковую у американцев, корейцев, китайцев, японцев и монголов [10,11]. Авторы объясняют высокую распространенность МС сравнительно малым числом обследованных пациентов. Но, в то же время объясняют высокую частоту МС среди мужчин кыргызской национальности низким уровнем физической активности и обилием животных жиров в рационе питания. Также известны данные о влиянии генетических факторов на встречаемость МС. Так, представители Южной Азии чаще страдают АО и более предрасположены к развитию МС [12].

В клинических исследованиях, изучающих показатели нарушений липидного спектра (как компонентов МС), было показано, что гипертриглицеридемия ассоциировалась с повышением смертности от ССЗ [13], а уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП-ХС) отрицательно коррелировал с ССЗ [6]. При этом клинические исследования кардиометаболических ФР в подавляющем большинстве были проведены среди жителей равнин [4,5], в то время как у этнических кыргызов малочисленны и неоднородны.

Целью настоящего исследования было сравнение параметров липидемии в группе

этнических кыргызов, проживающих в г. Бишкек и г. Ош.

Материал и методы

Были обследованы 60 этнических кыргызов, из которых 30 женщин и 30 мужчин в возрасте 50-65 лет, постоянно проживающих соответственно в г. Бишкек и г. Ош. Как известно, рацион питания местных жителей характеризуется высоким содержанием углеводов, жирных мясных продуктов и относительно редким употреблением в пищу сырых фруктов и овощей. Критериями исключения являлись состояния, потенциально влияющие на липидный профиль:

- оперативные вмешательства, проведенные менее чем за 1 месяц до исследования;
- декомпенсированные хронические заболевания печени и почек;

- дисфункция щитовидной железы;
- прием кортикостероидных, липид-корректирующих препаратов, прогестинов;
- беременность, лактация, а также
- больные сахарным диабетом, получающие инсулин.

Анализировались следующие показатели липидного спектра: общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) и липопротеиды низкой плотности (ЛПНП). Характеристика нарушений липидного обмена диагностировалась согласно модифицированным критериям АТР III [1]. Статистический анализ проводился с помощью программы STATISTICA 7.0. Для сравнения переменных с нормальным распределением использовался t-критерий Стьюдента, данные представлены как среднее $\pm$ стандартное отклонение. Достоверность различий между группами обследуемых оценивалась с помощью U-критерия Манна-Уитни. Статистически значимыми считались значения при $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст составил $55,4 \pm 10,5$ года. По возрасту сравниваемые группы пациентов не были сопоставимы, поскольку мужчины были несколько старше женщин ($P < 0,05$).

Как видно из данных таблицы 1, характеристика липидного спектра в целом по группам выявила повышение уровня общего холестерина у жителей г. Ош от 60-66,6 % против 40-33,3% у жителей г. Бишкек. Такая же характеристика касается высоких уровней триглицеридов - гипертриглицеридемия - у жителей южного региона (г. Ош) 40-60%, по сравнению с уровнем триглицеридов у жителей столицы – 40-13,3%. Высокий уровень липидов низкой плотности отмечались у жителей обоих регионов - 60-80% г. Бишкек и 80-73,3% г. Ош. В то время как липиды высокой плотности были снижены почти у каждого второго жителя в обоих регионах – 53,3-60%. В исследованиях других популяций прослеживается аналогичная тенденция [5-6].

Таблица 1 - Показатели липидного спектра у жителей г. Бишкек и г. Ош

Показатели липидного спектра	Мужчины г. Бишкек n=15	Женщины г. Бишкек n=15	Мужчины г. Ош n=15	Женщины г. Ош n=15
ОХ > 5,2 ммоль/л	6 (40%)	5 (33,3%)	9 (60%)	10 (66,6%)
ЛПВП < 1,29 ммоль/л у женщин < 1,03 у мужчин	8 (53,3)	8 (53,3%)	8 (53,3%)	9 (60%)
ЛПНП > 2,58 ммоль/л	9 (60%)	12 (80%)	12 (80%)	11 (73,3%)
ТГ > 1,7 ммоль/л	6 (40%)	2 (13,3%)	9 (60%)	6 (40%)

При анализе показателей липидного спектра в абсолютных значениях (таблица 2) в зависимости от полового признака у обследуемых разных

регионов обращает на себя внимание достоверно высокие значения общего холестерина у лиц обоего пола, жителей г. Ош, по сравнению с жителями столицы ($P < 0,05$). При этом липиды низкой плотности как у мужчин, так и у женщин, у жителей южного региона г. Ош, были достоверно выше по сравнению с жителями столицы ($3,8 \pm 1,0$ и $3,8 \pm 0,9$ против $3,3 \pm 1,2$ и $3,5 \pm 1,7$; $P < 0,05$). Отрадно, что липиды высокой плотности соответствовали нормальным значениям у жителей обоих регионов.

Таблица 2 - Показатели липидного спектра у этнических мужчин и женщин, проживающих в г. Бишкек и г. Ош

Показатели	Мужчины г. Бишкек n=15	Женщины г. Бишкек n=15	Мужчины г. Ош n=15	Женщины г. Ош n=15
ОХ > 5,2 ммоль/л	$5,2 \pm 1,3$	$5,0 \pm 10,5$	$5,4 \pm 1,3^*$	$5,6 \pm 0,8^\wedge$
ЛПВП < 1,29 ммоль/л (у женщин), < 1,03 (у мужчин)	$1,2 \pm 0,3$	$2,76 \pm 0,5$	$1,2 \pm 0,4$	$1,2 \pm 0,37$
ЛПНП > 2,58 ммоль/л	$3,3 \pm 1,2$	$3,5 \pm 1,7$	$3,8 \pm 1,0^*$	$3,8 \pm 0,9^\wedge$
ТГ > 1,7 ммоль/л	$1,8 \pm 1,2$	$1,7 \pm 0,2$	$2,3 \pm 1,6^*$	$1,8 \pm 0,8$

Примечание - * различие статистически значимо в сравнении между мужчинами,

^ различие статистически значимо в сравнении между женщинами ($P < 0,05$)

В то время как гипертриглицеридемия отмечалась среди мужчин г. Ош $2,3 \pm 1,6$ против $1,8 \pm 1,2$ г. Бишкек ($P < 0,05$). Указанные результаты у жителей г. Ош, возможно, обусловлены малоподвижным образом жизни, надомным трудом и малым содержанием в рационе питания сырых фруктов и овощей. Такие факторы, как холод, особенности питания, социально-экономические проблемы, географическая изоляция, также имеют большое значение. А как известно, показатели липидного спектра повышаются при ухудшении социально-экономических параметров. При этом более значимым изменениям были подвержены именно женщины, чем мужчины.

Таким образом, в настоящей работе у обследованных этнических кыргызов, проживающих в Ошской области, были выявлены гиперхолестеринемия, значимое повышение атерогенных липидов низкой плотности и гипертриглицеридемия.

Как известно, нарушения липидного спектра входят в основные факторы риска развития ССЗ, как артериальная гипертензия, атеросклероз и КБС, в связи с чем необходимо подчеркнуть особую важность индивидуальной работы с пациентом, когда от врача зависит глубокое понимание больным реальной угрозы его здоровью и необходимости всеми доступными способами снизить уровень ХС крови. И в данном вопросе формирование устойчивой мотивации особенно значимо, так как в отличие

от артериальной гипертензии, например, когда эпизоды повышенного артериального давления могут ощущаться пациентом, высокий уровень ХС крови сам по себе никаким образом не сказывается на самочувствии пациентов. Нельзя не согласиться с рекомендациями Американской комиссии по профилактике ССЗ, что в возрасте 18 лет, каждый молодой человек должен контролировать свое АД, достигая 20 лет – контроль липидного спектра, в 35 л при наличии отягощенной наследственности по сахарному диабету проводить контроль глюкозы крови для своевременной диагностики ССЗ и лечения до развития сердечно-сосудистых осложнений.

Литература

1. Келдибаева, А.Т. Распространенность метаболического синдрома и его компонентов в группе этнических кыргызов / А.Т. Келдибаева, А.С. Керимкулова, О.С. Лунегова и др. // Вестник КГМА. - 2011. - № 1. - С. 40–44.
2. Концевая, А.В. Этнические особенности распространённости основных сердечно-сосудистых факторов риска среди жителей сельской местности в Российском регионе и регионах Кыргызстана и Казахстана / А.В. Концевая, А.О. Мырзаматова, А.Г. Полупанов и др. // Российский кардиологический журнал. - 2017. - № 6, (146). - С. 113-121.
3. Aitbaev, K.A. Study of the effect of migration to highmountain regions on the blood lipoprotein system / K.A. Aitbaev, I. Madaminov, T.S. Meimanaliev et al. // Kosm. Biol. Aviakosm. Med. - 1990. - V. 24. - P. 45–46.
4. Chang, Y.T. Separate and joint effects of diabetes mellitus and chronic kidney disease on the risk of acute coronary syndrome: a population-based cohort study / Y.T. Chang, C.C. Liu, L.M. Tsai et al. // Medicine (Baltimore). - 2014. - V. 93. - P. 261.
5. Chazova, I.E. Prevalence of cardiovascular riskfactors in Russian population of patients with arterial hypertension / I.E. Chazova, V. ZhernakovaIu, E.V. Oshchepkova et al. // Kardiologiya. - 2014. - V. 54, (10). - P. 4–12.
6. Ding, D. Serum lipids, apolipoproteins, and mortality among coronary artery disease patients / D. Ding, X. Li, J. Qiu et al. // Biomed Res Int. – 2014. – P. 709–756.
7. Ford, E.S. Prevalence of metabolic syndrome among US adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey / E.S. Ford, W.H. Giles et al. // JAMA. – 2002. – V. 287. – P. 356-359.
8. Global Health Observatory data repository. Mortality and global health estimates 2012: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.CODWORLD?lang=en>.
9. Kojonazarov, B.K. Noninvasive and invasive evaluation of pulmonary arterial pressure in highlanders / B.K. Kojonazarov, B.Z. Imanov, T.A. Amatov et al. // EurRespir J. - 2007. - V. 29. - P. 352–356.
10. Kim, E.S. Prevalence and clinical characteristics of metabolic syndrome in a rural population of South Korea / E.S. Kim, S.M. Han, Y.I. Kim, et al. // Diabet Med. – 2004. - № 21. – P. 1141-1143.

11. Thomas, G.N. The I IS National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel I prevalence of the metabolic syndrome in a Chinese population / G.N. Thomas, S.Y. Ho, F.D. Janus, et al. // Diabet Res Clin Practice. – 2005. - № 67. – P. 251-257.
12. Polupanov, A.G. The prevalence of hypertension among residents of small towns and rural areas of the Kyrgyz Republic: ethnic features (according to the international “interapid” study) / A.G. Polupanov, F.V. Koncevaya, A.N. Halmatov, et al. // Cardiovascular Therapy and Prevention. – 2015. - № 12, (6). – P. 4-8.
13. Tohidi, M. Lipid profile components and incident cerebrovascular events versus coronary heart disease; the result of 9 years follow-up in Tehran Lipid and Glucose Study / M. Tohidi, R. Mohebi, L. Cheraghi et al. // ClinBiochem. - 2013. - V. 46, (9). - P. 716–21.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОВОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ

**А.В. Богданов, К.Б. Дюшеналиев, М.А. Штраус, А.А. Куликова,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Из опухолеподобных поражений печени наибольшие трудности возникают при диагностике альвеококкоза, тем более что частота встречаемости последнего неуклонно растет. По данным отечественных авторов заболеваемость альвеококкозом в некоторых районах Кыргызстана достигает 59,7 на 100000 населения [1,2].

Возбудителем альвеококкоза является личиночная стадия цепня *Echinococcus multilocularis*. Основной структурной единицей очага паразитарного поражения являются множественные ларвоцисты. В последних образуются выросты цитоплазмы, и рост пузырьков идет путем почкования наружу, преимущественно вдоль клетчатки сосудисто-секреторных ножек паренхимы печени. Прорастая через пораженную ткань, альвеококковые узлы вызывают нарушение кровоснабжения органа, и как следствие дегенерацию и атрофию тканей. Такой тип роста паразита, характеризующийся как инфильтративный, а также способность альвеококка к метастазированию, сближает данное заболевание со злокачественными опухолями [4].

Выделяют следующие типы альвеококка печени: 1) множественные мелкие кисты без солидного компонента (около 10% случаев); 2) солидный компонент в сочетании с мелкими кистами (около 30% случаев); 3) солидный компонент с большой полостью (около 45% случаев); 4) солидный компонент без кист (около 7-8% случаев); 5) большая полость без солидного