КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ

МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ им. И.К. АХУНБАЕВА

Сборник материалов

Международный научный форум
Дни науки - 2021
«COVID-19: Профилактика, диагностика и лечение»

Часть 1

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО РЕКТОРА 3

ВОПРОСЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН 4-8

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ 9-64

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН 65-140

ПРОБЛЕМЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА 141-207

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО РЕКТОРА

Поздравляю с открытием Международного научного Форума «Дни науки КГМА-2021», посвященных профилактике, диагностике и лечению COVID-19!

Проблема глобального масштаба, связанная с пандемией, затронувшей все человечество и, к сожалению, ни один разумный человек не остался в стороне от этой колоссальной беды, а размеры потерь, включая людские и материальные, оставили неизгладимый след. Как и любая структура, наша Медакадемия также ощутила негативное влияние пандемии.

Сегодня, мы начинаем работу научной конференции «Дни науки КГМА – 2021» и посвящаем ее борьбе с коронавирусной инфекцией и тем, чьи жизни она унесла.

Мы со скорбью отмечаем, что в 2020 году коллектив КГМА им. И.К. Ахунбаева и медицинское сообщество Кыргызской Республики понесли невосполнимые потери, не стало профессоров Калканбаевой Чолпон Калканбаевны, Алымкулова Раушанбека Добулбековича, Мамбетова Жаныбека Султанбаевича, Матеева Мырзабека Асыпбековича, Муратова Абдиманапа Аттокуровича. Потеряли мы и нашу студентку Мырзабекову Адинай Замирбековну, погибшую во время выполнения волонтерской работы.

Системе здравоохранения всего мира досталось тяжелое испытание. Медики всех стран были на передовой и проявили настоящий героизм, мужество и стойкость в борьбе с пандемией. Честь им и хвала! Многие из них, жертвуя собой и спасая других, покинули этот мир. Светлая им память!

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева всегда являлась одним из передовых ВУЗов Кыргызстана, крупным научно-образовательным центром с крепкой материально-технической базой. Здесь обеспечен высокий уровень качества образования и успешно формируются и внедряются современные образовательные технологии. Нам удалось внести вклад в развитие научных изысканий на наших кафедрах, было закуплено оборудование, такое как ультразвуковой денситометр (980 тыс.сом), ультразвуковой стационарный аппарат (3 млн 900 тыс сом), лапароскопическое оборудование (3 млн 960 тыс сом), низкотемпературный морозильник (695 тыс сом). Для улучшения работы научно-медицинского журнала «Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева» подключена система «Антиплагиат», выделено на эти нужды 75 тыс сом.

Сотрудниками Медакадемии постоянно ведется научная работа, разрабатываются и внедряются в практику новые методы лечения. Нужно отметить, что студенты всех курсов и факультетов ведут научные исследования под руководством ведущих ученых и преподавателей.

Ежегодно КГМА участвует в масштабных исследовательских проектах по проведению фундаментальных исследований, научно-методических, молодёжных научных проектах, без участия КГМА не обходится ни одна сфера научной, интеллектуальной, культурной и спортивной жизни не только города Бишкека, но и страны. Академия помогает открывать таланты и развивать способности своим студентам и сотрудникам на основе тесной интеграции образовательного, научного, инновационного и воспитательного процессов.

Хочется высказать самые теплые слова благодарности моим коллегам, при участии и поддержке которых удалось создать в КГМА особую среду, позволяющую реализовать многие направления в науке и образовании.

Примите от меня пожелания крепкого здоровья, благополучия и дальнейшего процветания, профессиональных, творческих успехов! И конечно, пожелаю успешного проведения «Дней науки КГМА»!

Ректор КГМА им. И.К. Ахунбаева,
д.м.н., профессор **И.О. Кудайбергенова**

МОРФОЛОГИЯ КАРДИОМИОЦИТОВ ПРИ МОДЕЛИРОВАННОМ НЕКРОЗЕ МИОКАРДА У ЖИВОТНЫХ В УСЛОВИЯХ ГОР

Кенешов Ж.Т., Айдарбекова З.М., Махмудова Ж.А., Ниязова Ф.Р., Таалайбекова М., Глушко И.

КГМА им. И.К. Ахунбаева, кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии, кафедра биохимии

Кенешов Жолдубай Талантбекович – аспирант каф. ГЦиЭ

Ключевые слова: высокогорье, гипоксия, адреналин, адаптация, реадаптация, кардиомиоциты.

Введение. Изучение течения катехоламинового некроза миокарда в условиях высокогорья, а также при реадаптации является очень актуальным. Последнее время наблюдается усиленная миграция населения с высокогорья в долину (в частности военнослужащих и т.д.).

Целью работы явилось изучение морфологических изменений миокарда у крыс с моделированным катехоламиновым некрозом миокарда в условиях высокогорья и при реадаптации к низкогорью.

Материал и методы исследования. Эксперименты проводились на лабораторных крысах, весом 180 гр. на высокогорной базе КГМА (Туя-Ашу) 3200 м над уровнем моря и после перемещения их в низкогорье (г. Бишкек, 720 м над уровнем моря).

Катехоламиновый некроз вызывался однократным внутрибрюшинным введением адреналина 0,25 мг/кг массы тела в условиях низкогорья и 0,15 мг/кг массы тела в условиях высокогорья.

Для гистологического исследования материал фиксировали в 12% растворе нейтрального формалина. Проводилась проводка по спиртам, заливка в парафин. На микротоме получали срезы 5-7 мкм, препараты окрашивались гематоксилин-эозином.

Результаты исследования и заключение. Гистологически у животных с моделированным некрозом миокарда при реадаптации к условиям низкогорья после пребывания в условиях высокогорья на 3 сутки отмечалась дистрофия кардиомиоцитов, а также местами были видны участки некротизированных кардиомиоцитов.

MORPHOLOGY OF CARDIOMYOCYTES IN MODELED MYOCARDIAL NECROSIS FOR ANIMALS IN MOUNTAINS

Keneshov Zh.T., Aidarabekova Z.M., Makhmudova Zh.A.

KSMA named after I.K. Akhunbaev, Department of Histology, Cytology and Embryology, Department of Biochemistry

Key words: highlands, hypoxia, adrenaline, adaptation, readaptation, cardiomyocytes.

Introduction. The study of the course of catecholamine necrosis of the myocardium in high altitude conditions, as well as in readaptation, is very important. Recently, there has been an increased migration of the population from the highlands to the valley (in particular, military personnel, etc.).

The aim of this work was to study the morphological changes in the myocardium in rats with simulated catecholamine myocardial necrosis in high mountains and during readaptation to low mountains.

Material and research methods. The experiments were carried out on laboratory rats weighing 180 grams. at the alpine base of the KSMA (Tuya-Ashu) 3200 m above sea level and after moving them to the low mountains (Bishkek, 720 m above sea level).

Catecholamine necrosis was induced by a single intraperitoneal injection of adrenaline 0.25 mg/kg body weight in low mountains and 0.15 mg/kg body weight in high mountains.

For histological examination, the material was fixed in a 12% solution of neutral formalin. Wiring was carried out on alcohols, embedded in paraffin. On a microtome, sections of 5-7 mkm were obtained, the preparations were stained with hematoxylin-eosin.

Research results and conclusion. Histologically, in animals with simulated myocardial necrosis during readaptation to low-altitude conditions after staying in high-altitude conditions on day 3, cardiomyocyte dystrophy was noted, and areas of necrotic cardiomyocytes were also seen in places.

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЦИТОКИНОВОГО ШТОРМА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Рашидинова Б.Р., науч. руководитель – к.м.н., доцент Абаева Т.С.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
Кафедра нормальной и топографической анатомии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Рашидинова Б.Р. – студентка лечебного факультета №2 2 курс 21 группа,
e-mail: b.rashidinova@mail.ru

Актуальность проблемы: Смертность от коронавируса составляет более 10000 человек в день [1]. Как известно, большую часть летальных исходов составляют люди зрелого и пожилого возраста с хроническими заболеваниями. Коронавирусная инфекция опасна тем, что она способна вызывать осложнения у некоторых больных. Осложнения проявляются на фоне цитокинового шторма, затрагивающего людей разного возраста. Цитокиновый шторм – это системная воспалительная реакция, приводящая к повреждению собственных тканей организма. Свыше 70% смертей при коронавирусе связано именно с данным расстройством. Главная причина летального исхода – полиорганная недостаточность, прогрессирующая из-за уничтожения тканей организма особыми клетками [2].

Цель: Определение вероятности возникновения цитокинового шторма у молодых людей при коронавирусной инфекции.

Материалы и методы исследования. Согласно результатам опроса 90 человек, возраст которых варьирует от 15 до 21 года, были отобраны три группы людей: 1 группа (бессимптомное течение или отсутствие инфекции в организме) – 49 человек, 2 группа (симптомы легкой формы) – 32 человека, 3 группа (симптомы средней тяжести) – 9 человек.

Результаты и их обсуждение: Под наблюдением врача проводили лечение 20 человек из 41 инфицированных больных. Те, кто перенес заражение COVID-19 в легкой форме, сравнивают ощущения с протеканием обычного респираторного заболевания. У заразившихся проявлялись наиболее распространенные симптомы: повышенная температура тела не более 3 дней, диарея, тошнота, рвота, головокружение. Высыпания на коже, как менее распространенного симптома, отмечались только у 5 человек, что составляет 12% от общего числа инфицированных. Согласно анализам опроса, только один человек из общего числа людей, у которых был диагностирован COVID-19, сделал КТ легких. Также 9 человек сдали общий анализ крови. По данным опроса, вирус не вызывал осложнения у больных в течение болезни. Это дает возможность предполагать, что больные в данном исследовании не подвергались атаке цитокинового шторма, так как цитокиновый шторм представляет собой осложнение заболевания. Диагностировать это явление возможно только благодаря результатам анализов крови и КТ легких.

Выводы: Факторы и причины, способствующие возникновению цитокиновой бури, изучены недостаточно. В группу риска возникновения цитокиновой бури можно отнести молодых людей. Во-первых, трудно дать объяснение к тому, почему у одних людей инфекционная болезнь протекает в легкой форме, а у других в тяжелой степени. Во-вторых, некоторые болезни могут спровоцировать гипервоспаление, и коронавирус не является исключением. В-третьих, по мнению некоторых ученых, цитокиновый шторм является причиной смерти именно молодых людей во время пандемии испанского гриппа 1918-1920 гг.

Литература:

1. *https://ruinformer.com/page/koronavirus-kak-citokinovyj-shtorm-gubit-i-molodyh*
2. *https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/urgent/cytokine-storm*

УДК 579.2

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА COVID-19 НА МОЛЕКУЛЯРНОМ УРОВНЕ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Сариева Б.О., студент 2 курса Лечебного дела №1, Науч. руководитель – к.м.н., Джумаев А.М.
(brmtsrv@gmail.com)
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Заключение: COVID-19 является новым заболеванием, которое распространилось по всему миру с конца 2019 года. Эпидемия указала на необходимость внедрения чувствительных методов инструментальной диагностики КОВИД-19 и проведения различий между ней и другими вирусными инфекциями.

Ключевые слова: антитела, биосенсор, КОВИД-19, Коронавирусная инфекция2019, диагностика, иммуноферментный анализ (ИФА), полимеразная цепная реакция, синдром Коронавируса 2 тяжелого острого респираторного синдрома, атипичная пневмония (SARS-CoV-2).

Коронавирусная инфекция (COVID-19) вызвала не только глобальную пандемию, но и указала на неподготовленность систем здравоохранения, и меры были приняты под давлением неотложных обстоятельств. Вспышка инфекции начавшаяся в марте 2020 года, все еще продолжается в Кыргызстане, и по состоянию на 2021 год было подтверждено более 86000 случаев заболевания и 1 426 летальных исходов. В настоящее время существуют различные методы, каждый из которых имеет свои плюсы и минусы как в лабораторной надежности, так и в диагностической интерпретации. Ситуация с используемыми методами и их специфическими применениями постепенно развивается по мере того, как болезнь становится серьезной мировой проблемой, и прилагаются значительные усилия для решения текущих проблем.

Данный обзор сосредоточен на изучении и обсуждении лабораторных методов, используемых для КОВИД-19, таких как как иммуноферментный анализ (ИФА), полимеразная цепная реакция (ПЦР), изотермическая ампутированная петля (ИАМП), иммунохроматографический анализ (ИМПЛ). Поскольку болезнь является новой, методы диагностики вновь исследуются и разрабатываются на стандартных генетических, иммунохимических платформах.

Анализ актуальной литературы и научных отчетов. Идентификация наиболее существенных аналитических и диагностических методов. Принципы, преимущества и ограничения методов в Кыргызстане. Наблюдение госпитализированных в Таласской областной объединённой больнице имени Ч. Мамбетова с результатами ПЦР и ИФА, анализ на их достоверность сравнимо с состоянием больных всех возрастов и количеством летальных исходов.

Результат: Общее количество госпитализированных из-за COVID-19 составило 922 человек.

1. 810 выздоровевших с улучшением
2. 27 взятых под домашний карантин
3. 44 с летальным исходом от COVID-19/Пневмонии

Из них 11 с ПЦР+ , с 33 ПЦР-

По возрастным категориям:

1. До 18 лет – 9
2. До 30 лет – 51 (22 человек с ПЦР+)
3. От 30 до 50 – 432 (95 с ПЦР+)
4. От 50 до 60 лет – 221 (51 с ПЦР+)
5. От 60 лет – 439 (117 с ПЦР+)
6. Беременные – 15 (3 с ПЦР+, 12 с ПЦР-).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВОГО НОСИТЕЛЬСТВА СТАФИЛОКОККА СРЕДИ СТУДЕНТОВ КГМА

Кожобекова А.К., Байысбек к А.
Научный руководитель – к.м.н., и.о. доц. Умуралиева А.М.
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К Ахунбаева,
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Байысбек кызы Асель студентка КГМА, Педиатрия 4-4 aselbaiysbekkyzy@gmail.com Кожобекова Аруке Кожобековна студентка КГМА, Педиатрия 4-4 arubarmanova@gmail.com

Актуальность. В последнее время вопрос бактерионосительства золотистого стафилококка весьма актуален, так как он выступает этиологическим фактором различных заболеваний и является медико-социальной проблемой современности (причина ИСМП).

Цель исследования. Изучить распространенность бактерионосительства среди студентов КГМА имени И.К Ахунбаева. Выявление патогенности и распространенности S.aureus (золотистый стафилококк).

Проведение сравнительной характеристики распространенности S.aureus среди студентов проживающих в общежитии и дома.

Материалы и методы. Исследование провели на кафедре микробиологии, иммунологии и вирусологии культуральным и микроскопическим методами.

Для исследования были привлечены 58 студентов с разных курсов, заранее прошедшие опрос о состоянии здоровья.

Забор материала проводился с помощью стерильных ватных палочек. Для посева использовались дифференциально-диагностические среды: МПА (мясо-пептонный агар) и КА (кровяной агар) в 10 чашках Петри.

Для микроскопирования использовался дифференциально-диагностический метод Грама: окраска генциановым фиолетовым.

Результаты исследования. В ходе работы на МПА преобладали колонии стафилококков 23 (39,7%), а также были выявлены другие условно-патогенные микроорганизмы: стрептококки 9 (15,5%), микрококки 21 (36,2%), Гр (-) палочки 3 (5,2%), грибы кандида 2 (3,4%).

Рост на КА выявил колонии: стафилококков 13 (22,4%), стрептококков 16 (27,6%), микрококков 14 (24,1%), актиномицетов 5 (8,6%), Гр (-) палочек 8 (13,8%), грибов кандида 2 (3,4%).

При изучении распространенности S. aureus по курсам преобладают студенты 4 курса 30,8%. Остальные составили: 2 курс 6,9%, 3 курс 5,2%, 1 курс 1,7% и 5 курс 1,7%.

После проведения сравнительной характеристики стафилококконосительства по месту жительства, выявлено преобладание носителей стафилококка среди студентов проживающих дома 7 (24,1%). А среди студентов проживающих в общежитии составило 6 (20,7%).

Выводы: В ходе исследования помимо S. aureus были выявлены и другие условно-патогенные микроорганизмы, такие как актиномицеты, микрококки, грибы кандида, Гр (-) палочки и стрептококки. Количество носителей S. aureus среди студентов живущих дома (24,1%) преобладает над теми, кто живет в общежитии (20,7%).

УДК: 616-092:612.12

ВЕЛИКОЕ SARSTBO: ИММУНОЛОГИЯ И СИМПТОМАТИКА
(обзор литературы)

Кадырова А.С., Жумабек к. Ася, науч. руководитель – к.м.н., доцент Альджамбаева И.Ш.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Кадырова А.С. – студентка лечебного факультете №2, 2 курса, 23 группы,
e-mail: aysalkyn.kadyrova.01@mail.ru
Жумабек к. Ася – студентка лечебного факультете № 2, 2 курса, 23 группы

Актуальность: в декабре 2019 г. в Китае произошла вспышка тяжелой острой респираторной инфекции COVID-19 (CoronaVirus Disease-19), вызванной новым вирусом SARS-CoV-2. С момента своего появления вирус распространился почти на все страны мира и заразил более 1 млн человек. Всемирная организация здравоохранения объявила, что вспышка приняла характер пандемии.

Аннотация: SARS-CoV-2 – это бета-коронавирус, который наиболее тесно связан с SARS-CoV. Оба вируса используют рецептор ангиотензинпревращающего фермента, связанный с карбоксипептидазой (ACE2), чтобы проникнуть в клетки. Этот рецептор повсеместно экспрессируется в сердечной и легочной ткани, а также в некоторых кроветворных клетках, включая моноциты и макрофаги.

Рассмотрены факторы врожденной и адаптивной иммунной защиты против эпидемических коронавирусов, а также пути их ускользания от иммунного ответа. Исходя из данных, выяснено, что клеточный иммунитет является основным защитным механизмом, главным компонентом которого является Т-лимфоциты, которые определяют силу и продолжительность иммунной реакции. Их созреванием, дифференцировкой и активностью управляют цитокины. Было установлено, что цитокиновый шторм является основным фактором тяжелого течения коронавирусных инфекций. Повышенные сывороточные концентрации интерлейкина-6 (IL-6) и других провоспалительных цитокинов являются признаками тяжелого течения инфекции этого семейства.

Помимо иммунологических особенностей в этой статье рассматриваются основные симптомы и методы профилактики SARS-CoV-2.

Цель исследования: систематизация информации о коронавирусной инфекции COVID-2019 с начала эпидемии до начала апреля 2021 г.

Задачи:

- анализ публикаций по теме «Иммунология и SARS-CoV-2»
- сбор информации о симптоматики коронавирусной инфекции

Выводы: на данный момент на просторах Интернета опубликованы множество недостоверных, искажающих реальность ситуации информации, вследствие анализа которых, у населения складываются ложные мнения о SARS-CoV-2.

Литература:

1. *Воробьев А.В., Быков А.С., Пашков Е.П. Микробиология и иммунология. М.: Медицина, 1999. – 464 с.*
2. *Прозоркина Н.В., Рубашкина П.А. Основы микробиологии, иммунологии и вирусологии. М.: Медицина, 2007. – 523 с.*
3. *https://chitgma.ru/ric/zabajkalskij-meditsinskij-zhurnal/nauchnye-stati-o-covid-19/5543/НОВАЯ%20КОРОНАВИРУСНАЯ%20ИНФЕКЦИЯ.pdf*

ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

Ю.А. Герасимова, А.А. Акматова, А.С. Рахымжанова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Ректор: член-корр. НАН КР, д.м.н., проф. И.О.Кудайбергенова,
Кафедра Пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии
(зав.кафедрой – д.м.н., проф. М.С. Молдобаева)
г. Бишкек, Кыргызская республика
А.А. Акматова, клинической ординатор 3 года обучения по специальности "Эндокринология"

Резюме: Кардиоваскулярная автономная нейропатия является опасным и распространенным осложнением сахарного диабета, однако в Кыргызстане этому осложнению не уделяется достаточное внимание. Мы провели ретроспективный анализ распространенности факторов риска, клинических признаков и диагностики кардиоваскулярной автономной нейропатии по материалам историй болезни отделения эндокринологии Национального Госпиталя при МЗ КР.
Ключевые слова: сахарный диабет, кардиоваскулярная автономная нейропатия, осложнения сахарного диабета, факторы риска.

ООРУЛАРДЫН АРАСЫНДА КАРДИОВАСКУЛДУУ АВТОНОМДУУ НЕВРОПАТИЯНЫН ЖЫГЫМДЫГЫ 2-ТҮРДҮК ДИАБЕТ МЕЛЬТУСЫ МЕНЕН0 (РЕТРОСПЕКТИВДҮҮ ТАЛДАМА)

Ю.А. Герасимова, А.А. Акматова, А.С. Рахымжанова
Баяндамачы: А.А. Акматова, клиникалык ординатор, "Эндокринология" адистиги боюнча 3 жыл окуган

Резюме: Жүрөк-кан тамыр вегетативдүү нейропатия – бул кант диабетинин коркунучтуу жана кеңири жайылган татаалдыгы, бирок Кыргызстанда бул татаалдаштырууга жетиштүү көңүл бурулбай келет. Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын Эндокринология бөлүмүнүн учурлар таржымалынын негизинде жүрөк-кан тамыр вегетативдик невропатиясынын тобокелдик факторлорунун, клиникалык белгилеринин жана диагностикасынын таралышына ретроспективдүү анализ жүргүздүк.
Ачкыч сөздөр: кант диабети, жүрөк-кан тамыр вегетативдик нейропатия, кант диабетинин асқынышы, коркунуч факторлору.

RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR AUTONOMIC NEUROPATHY AMONG PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS (RETROSPECTIVE ANALYSIS)

I.A. Gerasimova, A.A. Akmatova, A.S. Rahymjanova
The speaker: A.A. Akmatova, clinical resident
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaeva, Bishkek city, Kyrgyz Republic

Abstract: Cardiovascular autonomic neuropathy is a dangerous and widespread complication of diabetes mellitus, but in Kyrgyzstan, this complication is not given sufficient attention. We conducted a retrospective analysis of the prevalence of risk factors, clinical signs and diagnosis of cardiovascular autonomic neuropathy based on the case histories of the Department of Endocrinology of the National Hospital under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic.
Key words: diabetes mellitus, cardiovascular autonomic neuropathy, complications of diabetes mellitus, risk factors.

Введение. Кардиоваскулярная автономная нейропатия (КАН) – является серьезным и распространенным осложнением сахарного диабета (СД), которое проявляется в виде поражения симпатической и парасимпатической иннервации сердца, что связано с повышенным риском сердечно-сосудистой смертности [А, Г]. Несмотря на это КАН до сих пор недостаточно оценена.

Частота распространенности КАН выше у больных СД 2 типа по сравнению с СД 1 типа [1]. Число пациентов с КАН варьирует от 17% до 90% у пациентов с СД 1типа и от 27,5% до 73% у пациентов с СД типом 2 [2]. В то же время 15 рандомизированных исследований с использованием разных конечных точек сообщают о показателях распространенности КАН у больных СД от 1% до 90% [3].

Например, в исследовании DCCT распространенность КАН увеличилась с 9% до 31% в течение года. Распространенность КАН увеличилась с 19,8% у пациентов с преддиабетом до 32,2% у пациентов с впервые диагностированным СД 2 типа. В течение 6,5 лет наблюдения процент больных с КАН почти удваивался. В начале исследования только 3% испытуемых сообщали о симптомах, согласующихся с вегетативной дисфункцией. Остальные 97% имели бессимптомное течение КАН [4]. По данным эпидемиологического исследования в г. Москве, распространённость КАН у стационарных больных с СД 1 и 2 типов составила 47,6%: на субклинической стадии 28%, а на клинической стадии – 19,6%. При этом КАН была указана в диагнозе лишь у 2,7% от общего числа пациентов с этим осложнением СД [5]. На наш взгляд, такая разница в показателях обусловлена недостаточным вниманием врачей не только эндокринологов, но и терапевтов, врачей общей практики, кардиологов на своевременную диагностику КАН, не говоря о ее скрининге. Поэтому, несмотря на простоту диагностики КАН, диагностируется она достаточно редко, и уже на тяжелой стадии.

Кроме длительного неудовлетворительного гликемического контроля (ADVANCE), главными факторами риска (ФР) развития КАН являются возраст, артериальная гипертензия (АГ), курение, гиперлипидемия, ожирение, а также с КАН связаны другие микрососудистые осложнения СД (полинейропатия, нефропатия и ретинопатия) [1, 6-8]. Интенсивный гликемический контроль СД и его осложнений (DCCT) привел к 50% -ному снижению частоты КАН в течение 6,5 лет наблюдения [9], а интенсивная сахароснижающая терапия, начатая уже при обнаружении диабета, существенно снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний. Эти же исследования показывают, что интенсивная терапия диабета предотвращает или, по крайней мере, замедляет прогресирование КАН [8]. Другие вмешательства, направленные на снижение ФР прогрессирования КАН, как АГ, курение, ожирение и гиперлипидемия, также снижают как заболеваемость, так и прогрессирование КАН, но в меньшей степени [7]. По мере прогрессирования СД появляются и другие ФР прогрессирования КАН: исследование EURODIAB (1999) показало, что ретинопатия и альбуминурия тесно связаны с развитием КАН, что подтверждается и другими исследованиями[1, 6-8, 10-11].

Развившаяся КАН у больных СД увеличивает риск развития сердечных аритмий и внезапной смерти, значительно снижает качество жизни больных, отягощает течение других сосудистых осложнений диабета [3, 8, 12-15]. Вероятность летального исхода в течение 5 лет с момента возникновения первых клинических проявлений КАН достигает 50%, а внезапная смерть составляет более трети этих случаев [16].

Общеизвестно, что риск сердечно-сосудистых заболеваний при СД в 2,3 раза выше, что можно также объяснить наличием КАН. Согласно большинству исследований, автономный дисбаланс ассоциируется с удлинением интервала QT, что предрасполагает к злокачественным желудочковым аритмиям и внезапной смерти от остановки сердца [3, 8]. Кроме того, в настоящее время накоплено достаточное количество данных, свидетельствующих о тесной связи КАН и безболевой ишемии миокарда [Niakan E. et al., 1986; Langer A. et al., 1991; O'Sullivan J.J. et al., 1991; Jermendy G. et al., 1994; Jalal S. et al., 1999]. Evving et al. (1980) впервые продемонстрировали 56% смертность в течение 5 лет у больных СД с клинической стадией КАН по сравнению с 15% уровнем смертности среди больных без КАН. В исследовании ACCORD у участников с выявленным КАН была смертность в 1,55-2,14 раза выше, чем у участников без КАН [15]. В большом метаанализе Maser et al. [17] сообщили, что присутствие КАН ассоциировалось с более чем трехкратным увеличением смертности. Основными причинами смертей были названы “тихая ишемия” миокарда и аритмии. Эти наблюдения показывают, что КАН у лиц с диабетом типа 2 ассоциировано с более высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний [14, 15]. Также существуют исследования, согласно которым показатели смертности после ОИМ выше у диабетиков с установленной КАН, поэтому исследование КАН является ценным инструментом для определения высокого риска смерти после ОИМ [18]. Парасимпатическая денервация, наблюдаемая на ранних стадиях КАН, приводит к доминированию симпатической нервной системы [3], что способствует высвобождению высокого уровня катехоламинов, которые в избыточном количестве действуют токсично на миокард [19, 20]. Другой причиной высоких показателей смертности при КАН является несвоевременное клиническое распознавание гипогликемий с последующим переходом в кому [21].

В КР несмотря на снижение смертности от заболеваний системы кровообращения с 307 на 10000 населения в 2014 году до 266,1 на 100000 населения в 2019 году [22], она занимает лидирующую позицию. Сердечно-сосудистые осложения при СД, в том числе и КАН, являются одной из причин высокой смертности от заболеваний органов кровообращения.

Согласно ADA, на ранних стадиях заболевание протекает бессимптомно, обнаружить КАН можно

лишь при исследовании вариабельности сердечного ритма, а тахикардия покоя и ортостатическая гипотензия появляются позже [23].

Проблемы своевременной диагностики КАН актуальны и для КР. На наш взгляд, врачи-интернисты не владеют необходимыми навыками для выявления КАН, а выявленные больные в большинстве своем имеют уже тяжелую КАН с осложнениями. Врачи разных специальностей мало осведомлены о клинических признаках и последствих этого осложнения, поэтому целенаправленного выявления КАН не проводится даже на третичном уровне здравоохранения. Между тем ранняя диагностика этого осложнения необходима не только в связи с тяжёлым прогнозом. Лечение КАН наиболее эффективно на ранних стадиях, пока сохранена функциональная активность нервных волокон. Поэтому умение выявлять ранние клинические признаки КАН с помощью простейших методов диагностики является важным моментом в обследовании каждого больного СД.

Целью исследования была оценка частот выявления и невыявления КАН по историям болезней отделения эндокринологии НГ при МЗ КР за январь-август 2018 года.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ проведен по 891 историям болезней отделения эндокринологии НГ за январь-август 2018года, из них мужчин 41,8%, женцин 58,2%. Учитывали прямые признаки КАН и наличие ее ФР. Прямыми признаками признавались (согласно ADA, 2020) тахикардия покоя (ЧСС по ЭКГ 90-130 уд/мин), наличие ортостатической гипотензии и исследование кардиоваскулярных чувствительных тестов (реакция ЧСС на медленное глубокое дыхание, маневр Вальсальвы и переход из горизонтального в вертикальное положение. Были учтены следующие ФР: стаж СД более 5 лет, возраст больных старше 60лет, неудовлетворительный контроль СД (недостижение целевых уровней гликогемоглобина), наличие избыточной массы тела/ожирения, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия/гипертоническая болезнь, наличие других диабетически микроангиопатий (полинейропатии, нефропатии, ретинопатии). Оценка избыточной массы тела/ожирения проводилась по формуле вес (кг)/ рост (м)^2. За нормальное значение ИМТ принимались от 18,5 до 24,9 кг/м^2, избыточной массой – от 25,0 до 29,9 кг/м^2, от 30,0 кг/м^2 – считалось ожирением. За I степень артериальной гипертензии (АГ) принимались показатели АД 140-159 мм.рт.ст. для систолического АД (САД) и 90-99 мм.рт.ст. для диастолического АД (ДАД), за II степень АГ принимались значения 160-179 мм.рт.ст. для САД и 100-109 мм.рт.ст. для ДАД, и за III степень АГ – выше 180 мм.рт.ст. для САД и выше 110 мм.рт.ст. для ДАД (ВОЗ, 1999). За гиперхолестеринемию принимался уровень холестерина более 4,5 ммоль/л [ADA, 2020]. Диагноз “Диабетическая полинейропатия” и “Нефропатия” установлен лечащим врачом/нефрологом. Диагноз “Диабетическая ретинопатия” установлен окулистом. Критериями исключения были больные с лихорадкой, больные с тахикардией, обусловленной другими заболеваниями (тиреотоксикоз, анемия, аритмии и др). ЭХО КГ и ЭКГ-суточное мониторирование не было проведено в связи с отсутствием показаний по мнению лечащего врача.

Результаты и их обсуждение. Прямые признаки КАН не были определены у всех 891 больных.

Косвенные признаки КАН были обнаружены у 232 больных, что составляет 26% всех обследованных пациентов. Из них было 97 мужчин (41,8%) и 135 женщин (58,2%); 47 человек не достигли 40 лет (20,25%), 115 человек находились в возрасте 40-60 лет (49,56%), а на возраст старше 60 приходилось 70 человек (30,17%) (рис. 1). Таким образом, большинство пациентов с косвенными признаками КАН относятся к трудоспособному населению (69,81%).

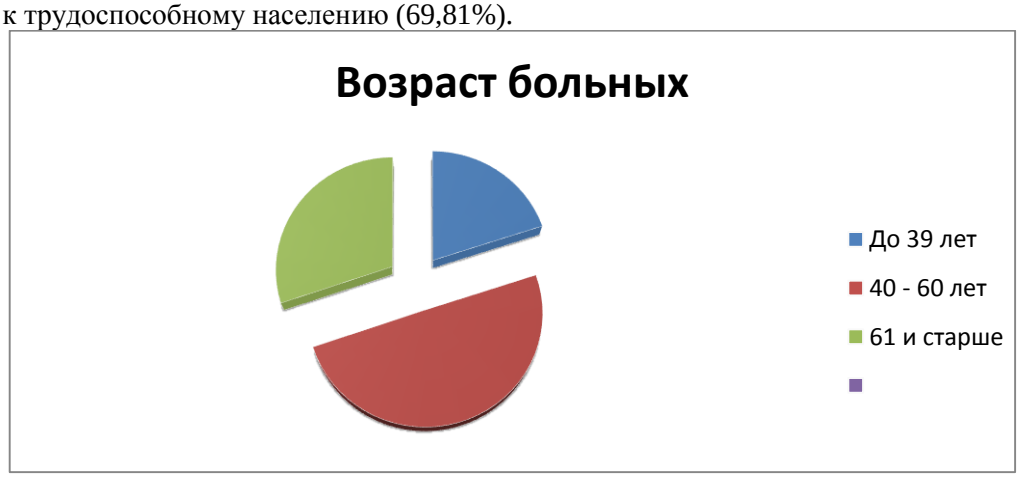


Рис. 1. Возраст больных СД с косвенными признаками КАН.

Фактически диагноз КАН был выставлен только в 3х случаях, что составляет всего 1,2% от общего количества обследованных больных.

ФР были выявлены у всех 232 больных (рис. 1). 2 ФР выявлено у 4,3% больных, 3 ФР у 10,7%, 4 ФР у 10,3%, 5 ФР у 21,5%, 6 ФР у 24,5%, 7 ФР у 16,3%, 8 ФР у 9,4% больных. Данные о распространенности ФР приведены в табл. 1.

Таблица 1.

Распространенность ФР у больных с косвенными признаками КАН

№	Фактор риска развития кардиоваскулярной автономной нейропатии	Частота распространенности, %
1.	Возраст, старше 60 лет	29,3
2.	Уровень гликозилированного гемоглобина более 10,0%	70,7
3.	Стаж сахарного диабета, более 10 лет	36,2
4.	Наследственность по сахарному диабету	31,4
5.	Избыточная масса тела+ожирение	52,1
6	Гиперлипидемия	63,3
7.	Артериальная гипертензия	52,5
8.	Диабетическая нефропатия	34,9
9.	Диабетическая ретинопатия	22,8
10.	Диабетическая полинейропатия	92,6

С целью оценки частоты выявления/невыявления КАН в 2019 году при исследовании КАН с помощью кардиоваскулярных тестов было обследовано 15 человек из 232 описанных больных с косвенными признаками КАН, у 14 из них выявлена КАН.

Таким образом, проблемы своевременной диагностики КАН актуальны и для КР. На наш взгляд, основными причинами является то, что врачи-интернисты не владеют необходимыми навыками для выявления КАН, а выявленные больные в большинстве своем имеют уже тяжелую КАН с развитием ортостатической гипотензии. Врачи разных специальностей мало осведомлены о клинических признаках и последствих этого осложнения, поэтому целенаправленного выявления КАН не проводится даже на третичном уровне здравоохранения. Между тем ранняя диагностика этого осложнения необходима не только в связи с тяжёлым прогнозом. Показано, что лечение КАН наиболее эффективно на ранних стадиях, пока сохранена функциональная активность нервных волокон. Поэтому умение выявлять ранние клинические признаки КАН с помощью простейших методов диагностики является важным моментом в обследовании каждого больного СД.

Выводы:

1. Диагноз КАН не верифицируется с помощью стандартных методик определения чувствительных кардиоваскулярных тестов.
2. Приналичии косвенных признаков и ФР развития КАН диагноз не был верифицирован.
3. У многих больных не проводился подсчет СКФ по креатинину, также как не была исследована микроальбуминурия. При нашем подсчете по уровню креатинина крови по формуле Кокрофта-Гоулта у многих больных была выявлена хроническая болезнь почек.
4. При наличии косвенных признаков КАН не было назначено дополнительное обследование в виде определения ЭХО КГ и суточного ЭКГ-мониторирования.

Список литературы:

1. *Cardiac autonomic neuropathy in patients with diabetes mellitus: current perspectives. Victoria L Fisher, 2017г.*
2. *Cardiac Autonomic Neuropathy: Why Should Cardiologists Care about That? Andrzej Bissinger, 2017г.*
3. *Agashe S, Petak S. Cardiac Autonomic Neuropathy in Diabetes Mellitus. Methodist Debakey Cardiovasc J. 2018; 14(4):251-256. doi: 10.14797/mdcj-14-4-251.*
4. *The effect of intensive diabetes therapy on measures of autonomic nervous system function in the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). Diabetologia. 1998*
5. *Ткачёва О.Н., Вёрткин А.Л. Диабетическая автономная нейропатия (руководство для врачей). Москва: ГОЭТАР – Медиа, 2009.*
6. *Sacre J.W., Franjic B, Jellis C.L., Jenkins C., Coombles J.S., Marwick T.H. Association of cardiac autonomic neuropathy with subclinical myocardial dysfunction in type 2 diabetes. JACC Cardiovasc Imading.*

2010 dec (3): 1207-15.

7. *Al Olaiwi L.A., AlHarbi T.J., Tourkmani AM. Prevalence of cardiovascular autonomic neuropathy and gastroparesis symptoms among patients with type 2 diabetes who attend a primary health care center. PLoS One, 2018 Dec 21, 13 (12)*
8. *Spallone V. Update on the Impact, Diagnosis and Management of Cardiovascular Autonomic Neuropathy in Diabetes: What Is Defined, What Is New, and What Is Unmet. Diabetes Metab J. 2019; 43(1):3-30. doi:10.4093/dmj.2018.0259*
9. *The effect of intensive diabetes therapy on measures of autonomic nervous system function in the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). Diabetologia. 1998*
10. *Orlov S, Cherney DZ, Pop-Busui R, Lovblom LE, Ficociello LH, Smiles AM, Warram JH, Krolewski AS, Perkins BA. Cardiac autonomic neuropathy and early progressive renal decline in patients with non-macroalbuminuric type 1 diabetes. Clin J Am Soc Nephrol. 2015;10:1136-1144.*
11. *Yun JS, Ahn YB, Song KH, Yoo KD, Kim HW, Park YM, Ko SH. The association between abnormal heart rate variability and new onset of chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes: a ten-year follow-up study. Diabetes Res Clin Pract. 2015;108:31–37.*
12. *Состояние сердца и сосудов при кардиоваскулярной форме автономной нейропатии у больных сахарным диабетом 2 типа. Бондарь И.А., Демин А.А., Шабельникова О.Ю., 2014.*
13. *Cha SA, Yun JS, Lim TS, Min K, Song KH, Yoo KD, Park YM, Ahn YB, Ko SH. Diabetic cardiovascular autonomic neuropathy predicts recurrent cardiovascular diseases in patients with type 2 diabetes. PLoS One. 2016; 11: e0164807.*
14. *Pop-Busui R, Braffett BH, Zinman B, Martin C, White NH, Herman WH, Genuth S, Gubitosi-Klug R; DCCT/EDIC Research Group. Cardiovascular Autonomic Neuropathy and Cardiovascular Outcomes in the Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study. Diabetes Care. 2017 Jan; 40(1):94-100. doi: 10.2337/dc16-1397. Epub 2016 Nov 1. PMID: 27803120; PMCID: PMC5180458.*
15. *Pop-Busui R, Evans GW, Gerstein HC, Fonseca V, Fleg JL, Hoogwerf BJ, Genuth S, Grimm RH, Corson MA, Prineas R; Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of cardiac autonomic dysfunction on mortality risk in the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) trial. Diabetes Care. 2010 Jul; 33(7):1578-84. doi: 10.2337/dc10-0125. Epub 2010 Mar 9. PMID: 20215456; PMCID: PMC2890362.*
16. *Brien I.A., McFadden J.P., Corrall R.J.M. // Quart. J. Med. - 1991.V.79 - p. 495-502.*
17. *Maser RE, Mitchell BD, Vinik AI, Freeman R : The association between cardiovascular autonomic neuropathy and mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care, 2003.*
18. *Toyry JP, Niskanen LK, Mantysaari MJ, Lansimies EA, Uusitupa MI. Occurrence, predictors, and clinical significance of autonomic neuropathy in NIDDM: ten-year follow-up from the diagnosis. Diabetes. 1996; 45:308-315.*
19. *Felten SY, Peterson RG, Shea PA, Besch HR, Felten DL. Effects of streptozotocin diabetes on the noradrenergic innervation of the rat heart: a longitudinal histofluorescence and neurochemical study. Brain Res Bull 1982,93*
20. *Poulsen PL, Hansen KW, Mogensen CE. Increase in nocturnal blood pressure and progression to microalbuminuria in diabetes. N Engl J Med 2003; 348: 26*
21. *Yun JS, Kim JH, Song KH, Ahn YB, Yoon KH, Yoo KD, Park YM, Ko SH. Cardiovascular autonomic dysfunction predicts severe hypoglycemia in patients with type 2 diabetes: a 10-year follow-up study. Diabetes Care. 2014;37:235-241.*
22. *Смертность по причинам на 100000 населения с 2014-2019 гг. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения КР за 2019 год. Справочник – 2019.*
23. *Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. American Diabetes Association.Diabetes Care 2020 Jan; 43(Supplement 1): S135-S151.*

УДК:616.98

ОПЫТ РАБОТЫ ТАЛАССКОЙ ОБЛАСТНОЙ ОБЪЕДИНЕННОЙ БОЛЬНИЦЫ им. Ч. МАМБЕТОВА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

А.Т. Жумабекова, А.С. Иманкулова
Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Жумабекова Айжан Тынычбековна, клинический ординатор 1 года каф. офтальмологии, inaya.97@mail.ru,
Иманкулова Асель Сансызбаевна, к.м.н., ассистент кафедры пропедевтической хирургии, заведующая сектором повышения квалификации КГМА им. И.К.Ахунбаева, aselimankul@gmail.com

Резюме. В статье представлены результаты лечения 922 пациентов с COVID-19, находящихся на стационарном лечении Таласской областной объединенной больницы им. Ч.Мамбетова за период с июня по декабрь 2020 года. Из них 236(25,6%) больных ПЦР-положительные, а 686(74,4%) пациенты с пневмонией, но с отрицательным результатом ПЦР исследования. В статье приведена статистика по эпидемиологической ситуации в Таласской областной объединенной больницы (Таласская ООБ) им. Ч.Мамбетова за 2020 год. А также проведен сравнительный анализ результатов лечения, основанных на 3-ей и 4-ой версиях временного клинического руководства.
Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция (COVID-19), пандемия, чрезвычайная ситуация, временные клинические руководства, база данных пролеченных случаев, SIM-база, инфекционные отделения, летальность, ПЦР исследование, вирусная пневмония.

Ч.МАМБЕТОВ АТЫНДАГЫ ТАЛАС ОБЛУСТУК БИРГЕЛЕШКЕН ООРУКАНАНЫН COVID-19 ПАНДЕМИЯ МЕЗГИЛИНДЕГИ ИШ ТАЖРЫЙБАСЫ

А.Т. Жумабекова, А.С. Иманкулова
И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Пропедевтикалык хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Макалада 2020-жылдын июнь айынан декабрь айына чейин Ч.Мамбетов атындагы Талас облустук биргелешкен ооруканада стационардык дарылоодон өткөн, COVID-19дан жабыркаган 992 бейтапты дарылоонун жыйынтыктары чагылдырылган. Алардын ичинен 236 (25, 6%) оорулуунун ПЧРи – оң натыйжалуу, ал эми 686 (74,4%) оорулууну ПЧР изилдөөнүн жыйынтыктары терс, бирок пневмония менен оорушат. Салыштырып талдоодо 4-версиядагы убактылуу клиникалык колдонмонун негизинде дарыланган бейтаптардын жыйынтыктары натыйжалуураак болгону аныкталды.
Негизги сөздөр: жаңы таажы вирустуу инфекция (COVID-19), пандемия, өзгөчө кырдаалдар, убактылуу клиникалык колдонмо, дарыланган учурлардын маалыматтар базасы, SIM-база, жугуштар оорулар бөлүмү, өлүм көрсөткүчү, ПЧР изилдөө, вирустук пневмония.

WORK EXPERIENCE OF THE TALAS REGIONAL UNITED HOSPITAL NAMED AFTER CH. MAMBETOV DURING A PANDEMIC COVID-19

A.T. Zhumabekova, A.S. Imankulova
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of propedeutic surgery
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The article presents the results of treatment of 922 patients with COVID-19 who are inpatient treatment of the Talas Regional United Hospital named after Ch. Mambetov for the period from June to December 2020. Of these, 236 (25.6%) patients were PCR-positive, and 686 (74.4%) were patients with pneumonia, but with a negative result of the PCR. The article provides statistics on the epidemiological situation in the Talas Regional United Hospital (Talas RUH) named after Ch. Mambetov for 2020. Also, a comparative analysis of treatment results based on the 3rd and 4th versions of the interim clinical guidelines was carried out.
Keywords: new coronavirus infection (COVID-19), pandemic, emergency, interim clinical guidelines, database of treated cases, SIM database, infectious disease departments, mortality, PCR research, viral pneumonia.

Введение

Кто ты, COVID-19?
… заразу можно распознать, если подышать на зеркало: на нём дыхание сгущается, и можно увидеть в микроскоп странных, чудовищных, жутких существ, вроде драконов, змей и дьяволов, ужасных на вид. Но я сильно сомневаюсь в правдивости этого утверждения …
(*Д. Дефо «Дневник чумного года»)* [1]

30 января 2020 года Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) признала вспышку коронавирусной инфекции в Китае чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение [2]. С тех пор тема коронавируса – месяцами на первых полосах СМИ, вызывая в мировом обществе дистресс в связи с неясностью перспективы [3]. Новая коронавирусная инфекция стала проверкой человеческой жизнестойкости, потенциала развития общественных и медицинских служб [4]. На 1 января 2021 года в Кыргызстане зарегистрировано всего 81156 случаев (42568 лабораторно подтвержденные), из них летальных случаев- 1356.

Коронавирус застал маленький гордый регион Кыргызстана 9 июня 2020 года, не сказать, что врасплох, ведь с конца марта месяца в ТООБ был введен режим чрезвычайных медицинских ситуаций. Были установлены блокпосты, усилена охрана порядка, ограничен въезд и запрещено посещение больных родственниками. В ТООБ с целью подготовки к возможной вспышке новой коронавирусной инфекции COVID-19 были отремонтированы 6 отделений, проведено разделение на зоны, закуплены необходимые средства индивидуальной защиты (СИЗ) и изделия медицинского назначения (ИМН), медицинское оборудование и лекарственные средства (ЛС), проведено обучение медицинского персонала с охватом 100% сотрудников. ТООБ получено 24 аппарата неинвазивной вентиляции легких НИВЛ. Несмотря на проведенные мероприятия, 9 июня 2020 года был выявлен первый случай COVID-19.

С начала эпидемии в марте Министерством здравоохранения Кыргызской республике были разработаны и внедрены временные клинические руководства (1, 2, 3, 4 версии) по диагностике, лечению и ведению больных коронавирусной инфекцией [5]. Несмотря на достигнутые успехи, до настоящего времени остаются актуальными вопросы диагностики с лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19.

Цель исследования – провести сравнительный анализ эффективности 3-ей и 4-ой версий временного клинического руководства, оценить их соответствие в клинической практике в Таласской областной объединенной больнице им. Ч.Мамбетова. Изучить эпидемиологическую ситуацию в Таласской ООБ, особенности течения в процессе лечения, с целью поддержки исследователей, медиков и работников сферы здравоохранения, работающих над разрешением критической ситуации в стране целом.

Материалы и методы: В исследование были включены 922 пациента, находящиеся на стационарном лечении инфекционного отделения Таласской областной объединенной больницы им. Ч.Мамбетова за период июнь-декабрь месяцы 2020 года, из них 236 пациентов с диагнозом U 07.1 COVID-19 вирус идентифицирован, U07.2 COVID-19 вирус не идентифицирован (рис. 1). Из них 537 (54,1%) мужчин, 385 (45,9%) женщин.

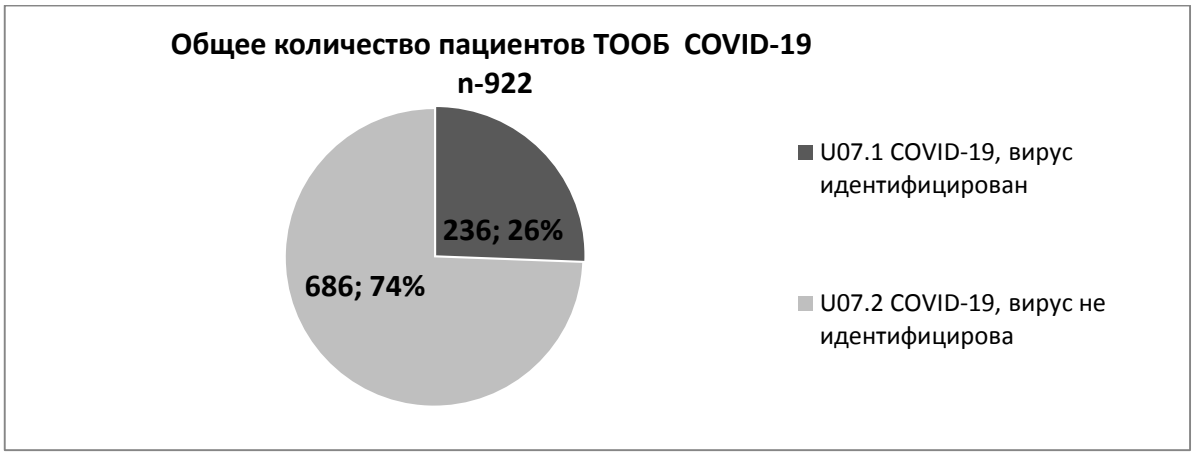


Рисунок 1. Статистика по COVID-19 на 2020 год в ТООБ им. Ч.Мамбетова

Согласно анализу SIM-базы данных пациентов COVID-19, госпитализированных детей до 18лет составило 0,9%, беременных – 1,7%, (рис. 2).

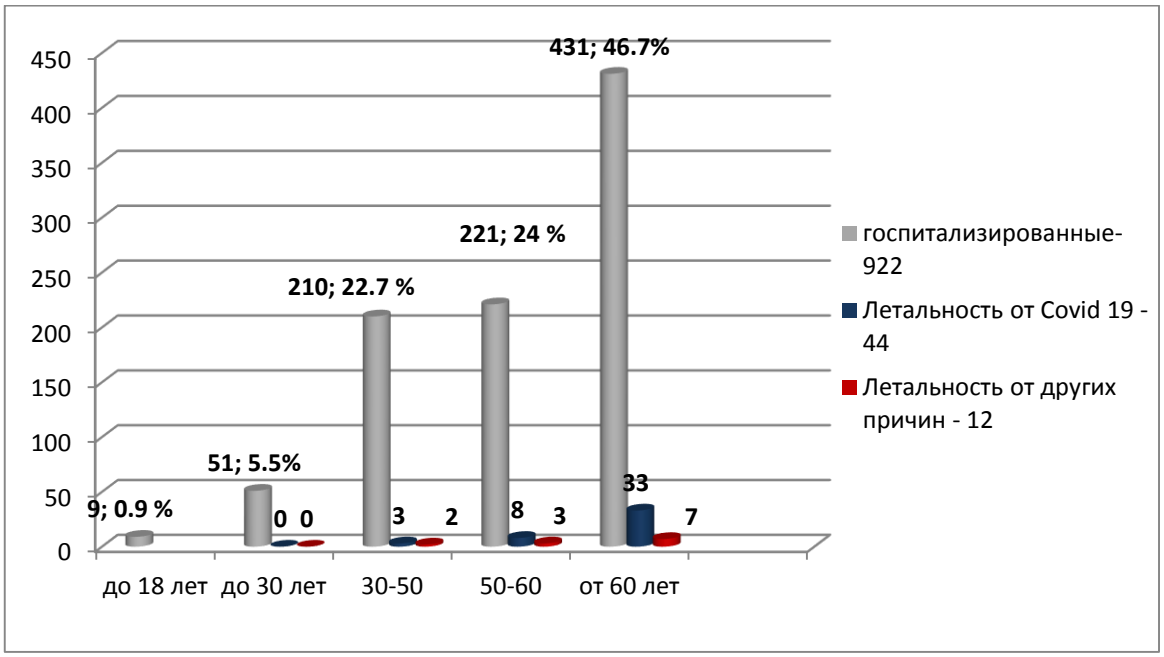


Рисунок 2. Распределение пациентов COVID-19 по возрасту

Из рисунка 2 следует, что около 70% заражённых пациентов старше 50 лет, обычно с изначально ослабленным иммунитетом и наличием сопутствующих заболеваний. Как видно из вышеуказанного рисунка, 40 летальных исходов прослеживаются среди пациентов старше 60 лет, 44 из которых непосредственно от Covid-19, а 12 случаев - от тяжести сопутствующей патологии.

Результаты исследования. По данным SIM-базы данных, как и во всем мире, в Таласской области отслеживается 2 волны эпидемии (рис. 3). Пик первой волны приходится на «черный июль». В Таласской ООБ развернуто 6 инфекционных отделений на 25-30 койко-мест. На пике второй волны эпидемии, который отслеживается в ноябре месяце, развернуто 2 инфекционных отделения.

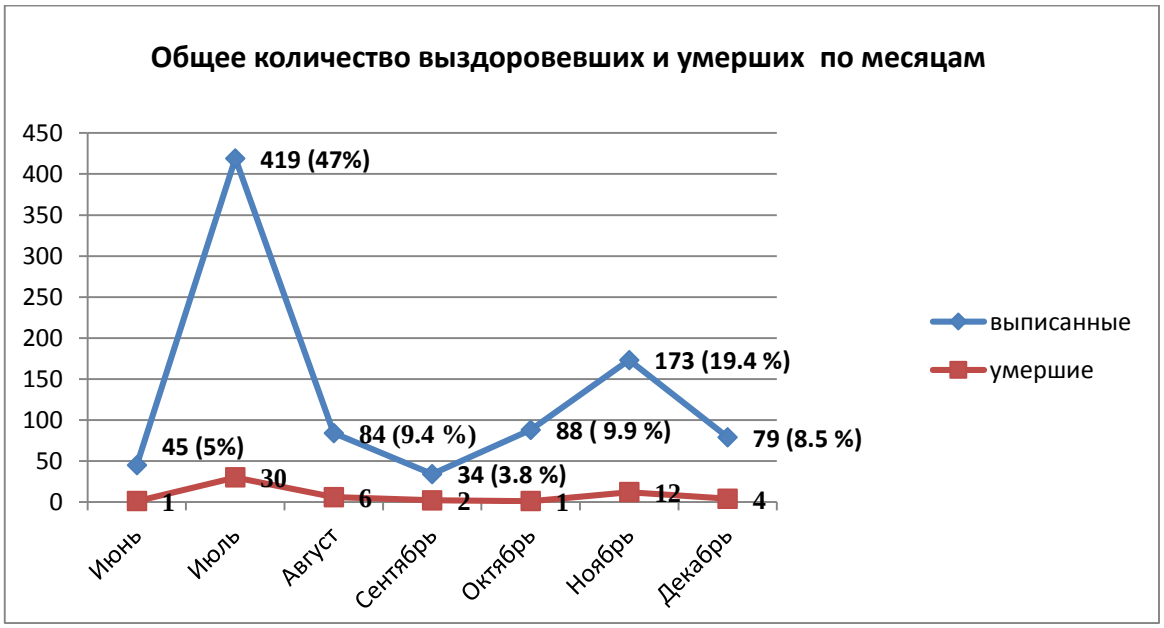


Рисунок 3. Распределение пациентов ТООБ по месяцам

Из 922 пациентов, 600 (65%) пациентов госпитализированы в тяжелом состоянии. При этом, 100 (10,8%) пациентов подключены к аппаратам неинвазивная искусственная вентиляция легких (НИВЛ). Число крайне-тяжелых и подключенных к аппаратам искусственная вентиляция легких (ИВЛ) колеблется незначительно.

Третья версия временного клинического руководства была обновлена и утверждена приказом МЗ КР №387 от 08.06.2020 года. С июня месяца по сентябрь месяц лечение больных коронавирусной инфекцией проводилось в соответствии с временным клиническим протоколом 3-версии. Согласно статистике (рис. 3), процент выздоровевших пациентов = 92,6% (503), а летальных исходов = 7,4% (37)

С сентября по декабрь месяцы лечение проводилось по 4-версии протокола по диагностике, лечению и ведению больных коронавирусной инфекцией (COVID-19) (приказ МЗКР №649 от 25.08.2020). По данным из рис. 3 следует, что в процентном соотношении число выздоровевших = 95,1% (375), а летальность составила = 4,9% (19).

Выводы:

1. В Таласской области, за июнь-декабрь 2020 года, как и во всем мире, отмечено 2 волны эпидемии с пиками в июне-июле и ноябре 2020 г.
2. Анализ результатов лечения 922 пациентов с COVID-19 в ТООБ показал клиническую эффективность 4-ой версии клинического руководства МЗ КР сравнительно с ранними версиями. При этом отмечалось снижение процента летальных исходов на 2,5%, уменьшились такие осложнения, как отек легких на 15%.
3. Применением методов доказательной медицины и наилучшей клинической практики позволяют получать более эффективные результаты лечения пациентов с COVID-19.

Список литературы:

1. *Даниэль Дефо. Дневник Чумного Года / перевод К.Н.Атарова. – //Классическая и современная проза. Издательство АСТ, 2005. – С. 242-243.*
2. *Шамшева О.В. Новый коронавирус COVID-19// Журнал детские инфекции. – 2020. – Т. 19.-№ 1(70). – С. 5-6.*
3. *Минздрав разработал и утвердил клинические руководства по детской реанимации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://zdorovie.akipress.org/news:1392142/*
4. *Любов Е.Б. Граждане под короной, или как это делается в Израиле и около// Журнал Девиантология. – 2020. – Т. 4. – №1 (6). – С. 55-91.*
5. *Временное клиническое руководство:*

1-я версия (Приказ МЗ КР№173 от 20.03.2020)
2-я версия (Приказ МЗ КР№219 от 05.04.2020)
3-я версия (Приказ МЗ КР№387 от 08.06.2020)
4-я версия (Приказ МЗ КР№649 от 25.08.2020)

УДК 616.125-008.313:615.273.53

ОСОБЕННОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Ильичбекова А.И. – клинический ординатор 3-года обучения, докладчик
Канат кызы Базира – ассистент кафедры, руководитель
Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
КГМА имени И.К. Ахунбаева

Актуальность. Антикоагулянтная терапия играет ведущую роль, как в профилактике, так и в лечении тромбоэмболических событий. Тромботические осложнения являются одной из главных причин смертности и инвалидизации, приносящих огромный экономический ущерб государству. Наблюдается рост числа больных с высоким риском этих осложнений [1].

Применение лекарственных средств - антикоагулянтов является единственным и безальтернативным методом длительной амбулаторной профилактики тромбозов – доказана их эффективность при первичной и вторичной профилактике тромбоэмболических осложнений у больных с мерцательной аритмией и, прежде всего, ишемического инсульта [2]. Терапия антикоагулянтами снижает риск всех ин-

сультов в среднем на 62%. Доказано преимущество терапии антикоагулянтами с точки зрения профилактики первичных и повторных тромбоэмболий [3, 4].

Цель исследования: оценить антикоагулянтную терапию в реальной практике у врача в поликлинических условиях.

Материалы и методы исследования. В период с октября 2019 по настоящее время отобрано 102 амбулаторных медицинских карт наблюдения и истории болезней пациентов, проходивших лечение в ГКБ №1 с различными заболеваниями внутренних органов и находящихся на учете в объединенном центре семейной медицины №1 по поводу назначения антикоагулянтной терапии. Всем больным назначался варфарин («Никомед», Дания) в начальной дозе, рассчитанной по выбранному алгоритму. Оценивалась приверженность в течение 3-6 месяцев. Характеристика пациентов представлена ниже в таблице.

№	**Характеристика пациентов. Всего – 102.**	в %
1	Мужчины	42 (41%)
2	Женщины	60 (59%)
3	Средний возраст	65 (33; 87)
4	Ишемическая болезнь сердца	27
5	Артериальная гипертензия	21
6	Инфаркт миокарда	17
7	Острое нарушение мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака в анамнезе	14
8	Хроническая сердечная недостаточность	12
9	Сахарный диабет 1 или 2 типа	11

Полученные результаты. В реальной клинической практике, у пациентов, выписанных из стационара с рекомендациями приема варфарина, частота отмены препарата в первые три месяца составила 27%, через 6 месяцев – 51%. Наиболее частые причины отмены варфарина: малые кровотечения в 30% случаев, отмена врачом амбулаторного звена в 45% случаев, трудности контроля МНО в 25% случаев.

В течение всего периода наблюдения зарегистрировано 6 небольших кровотечений. По локализации: три желудочно-кишечных кровотечений, два ректальных и одно маточное. Во всех случаях, кровотечение было купировано в амбулаторных условиях. В качестве факторов риска малых кровотечений рассматривались: пол, возраст, фоновые и сопутствующие заболевания, риск тромбоэмболических осложнений и риск развития кровотечений.

Антикоагулянтная терапия назначалась 48% больным на амбулаторно-поликлиническом этапе и 52 % на госпитальном этапе. В основном использовался варфарин, который был назначен в 90% случаев, остальные 10% приходится на оральные антикоагулянты.

Выводы.

1. Большинство пациентов имеют высокий риск развития тромбоэмболических осложнений и нуждаются в назначении антикоагулянтной терапии.
2. В реальной амбулаторной практике антикоагулянтные препараты получают только 40 % больных с высоким риском развития осложнений.
3. Заметно увеличилась частота назначения антикоагулянтов и изменились предпочтения по выбору препаратов, что скорее всего зависит от компетентности врачей амбулаторного звена в вопросах терапии данной патологии.
4. Несомненным положительным моментом является то, что значительно чаще врачи стали назначать непрямые оральные антикоагулянты, особенно пациентам с выраженным риском тромбоэмболических осложнений и кровотечений, что, безусловно, отражает использование индивидуального подхода к каждому пациенту при определении тактики антикоагулянтной терапии.

Литература:

1. *Беленков Ю.Н., Шакарьянц Г.А., Хабарова Н.В., Ан Г.В. Антикоагулянтная терапия у пожилых пациентов с фибрилляцией предсердий. Кардиология. 2018; 58(10):45-52. https://doi.org/10.18087/cardio.2018.10.10177*
2. *McMurray J.J., Ezekowitz J.A., Lewis B.S. et al. Left ventricular systolic dysfunction, heart failure, and the risk of stroke and systemic embolism in patients with atrial fibrillation: insights from the ARISTOTLE trial.*

Circulation. Heart Failure. 2013; 6(3):451-60. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE. 112.000143.

3. *Barrios V., Escobar C., Prieto L. et al. Anticoagulation Control in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation Attended at Primary Care Centers in Spain: The PAULA Study. Revista Española de Cardiología (English ed.). 2015; 68(9):769-76. DOI: 10.1016/j.rec.2015.04.017.*
4. *Lip GYH, Laroche C., Dan G-A. et al. A prospective survey in European Society of Cardiology member countries of atrial fibrillation management: baseline results of EURObservational Research Programme Atrial Fibrillation (EORP-AF) Pilot General Registry. EP Europace. 2014; 16 (3):308-9. DOI:10.1093/europace/eut373.*

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАХОВОЙ ДЕРМАТОФИТИИ В КР И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ

Инамджанова Н.Р. – клин. ординатор каф. дерматовенерологии КГМА им. И.К. Ахунбаева

Под наблюдением находились 214 больных паховой дерматофитией лечившихся амбулаторно и стационарно в РЦДВ и ЦСМ г. Бишкек с 2014 по 2019 гг.

Давность заболевания была от 1-й недели до 2-х лет.

Изолированное поражение паховой области наблюдалось в 2/3 (67,3%) случаев; поражения паха, нижней части туловища и бедер – в четверти (25,2%) и перианальной области (0,9%). В единичных случаях зарегистрировано поражение отдаленных участков: стопы (5,6%) и волосистой части головы (0,9%).

Поверхностно-пятнистая паховая дерматофития регистрирована у 50 больных и клинически характеризовалась наличием одного или нескольких очагов поражений, которые имели округлую, овальную или неправильные формы (в виде географических карт), четкую границу, бледно-розовую окраску, с валикообразно приподнятым краем, состоящим из папулезных, везикулезных элементов и корочек. В центре очага – мелкопластинчатое шелушение. Субъективно – отмечался зуд.

У одного больного наблюдался распространенный очаг поверхностно-пятнистой паховой дерматофитии, охватывающий кожу гениталий, пахово-мошоночных, пахово-бедренных складок, с переходом на кожу ягодиц и бедер, при этом по периферии очагов имелся возвышающийся непрерывный валик, состоящий из папул и чешуек.

При инфильтративной форме паховой дерматофитии (n=80) из-за слияния участков поражения образовывался гиперемированный, инфильтрированный возвышающийся над уровнем кожи очаг причудливых очертаний, занимающий всю паховую область; в центре отмечали невыраженное шелушение, а также имелось множество мелких узелков. У 12 больных пальпировали увеличенные паховые узлы. Субъективно – зуд, чувство жжения и легкая болезненность.

У 6 больных отмечался инфильтративная форма паховой дерматофитии с поражением паховой области с переходом на промежность, бедра и кожу живота.

Инфильтративно-нагноительная форма паховой дерматофитии (n=84) характеризовалась наличием резко ограниченного очага инфильтрации выступающего над уровнем кожи с множеством фолликулярных пустул с обильным гнойным отделяемым, местами покрытыми гнойно-геморрагическими корками. Паховая лимфаденопатия отмечалось у 46 больных, в очагах субъективно – чувство жжения, болезненность.

У 22 женщин процесс захватывал кожу больших половых губ, у 6 из них с переходом на кожу внутренней поверхности бедер в виде инфильтративных очагов. У 16 мужчин отмечался также распространенный процесс с переходом на кожу бедер, у 12 на кожу живота, также в виде инфильтративных очагов, реже – инфильтративно-нагноительных.

У одной больной отмечалось инфильтративно-нагноительная форма в волосистой части головы и паховой области одновременно.

Больные инфильтративно-нагноительной формой паховой дерматофитии были распределены на две группы:

1-группа (контрольная – 40 больных) получала традиционное лечение – итраконазол по 100 мг 2 раза в сутки в течение 21-28 дней; наружно – традиционное лечение: примочки с гипертоническим раствором, 20% ихтиоловая мазь под повязку, после исчезновения гнойных выделений и уменьшения инфильтрации – 10% серно-салициловую мазь и 3% йод;

2-группа (основная – 44 больных) получала комплексное лечение – итраконазол по 100 мг 2 раза в сутки в течение 14-21 дня; наружно – примочки с лидазой, димексидом и цефазолином, 20% ихтиоловая мазь под повязку на ночь, после исчезновения гнойных выделений и уменьшения инфильтрации – 10% серно-салициловую мазь и 3% йод; также учитывая нарушение иммунного статуса назначался – тималин по 2,0 (30 мг) внутримышечно на протяжении 10 дней. Всем больным проводилась ручная эпиляция волос.

Техника наложения примочки, состояла в следующем: 64 ЕД лидазы растворяли в 10 мл 0,9% NaCl, 1 флакон цефазолина (1,0) растворяли в 10 мл 0,5% новокаина, смешивали с растворенной лидазой и добавляли димескид 3,5-4,0 мл. Полученным раствором смачивали 5-слойную марлевую салфетку и накладывали на очаг поражения на 30 минут 4-6 раз в день с интервалом в 2 часа.

Критериями эффективности назначенного лечения были прекращение кожного зуда, жжения, регресс патологических элементов, что отражено в 1.

Таблица 1.

Эффективность традиционной и комплексной терапии больных паховой дерматофитией

Показатели	Клинические формы паховой дерматофитии	
	инфильтративно-нагноительная, n=84	
	группа контроля, n=40	группа основная, n=44
	$M_3 \pm m_3$	$M_4 \pm m_4$
Прекращение зуда, дни	21,5±0,94	17,5±0,72
P	*M_3-M_4<0,001*	
Прекращение жжения, дни	15,3±0,46	10,5±0,42
P	*M_3-M_4<0,001*	
Исчезновение гиперемии, дни	23,8±0,85	18,2±0,95
P	*M_3-M_4<0,001*	
Рассасывание инфильтратов, дни	19,6±0,93	14,9±0,61
P	*M_3-M_4<0,001*	

У больных основной группы отмечается более быстрое разрешение субъективных и объективных признаков заболевания в среднем на 4±1,2 дня раньше, чем у больных группы контроля, в связи, с чем сокращалось и время пребывания больных в стационаре.

При амбулаторном лечении инфильтративно-нагноительной формы паховой дерматофитии отмечалось сокращение продолжительности нетрудоспособности пациентов на 5±0,9 дней.

Показатели иммунного статуса больных инфильтративно-нагноительной формой паховой дерматофитии (n=60) определяли до начала и на 14-сутки лечения (табл. 2).

На 14-сутки лечения, как в группе контроля, так и в основной отмечался нейтрофильный лейкоцитоз, который сохранялся за счет повышенного содержания палочкоядерных нейтрофилов и достоверно отличался от показателей здоровых людей ($p<0,01$ и $p<0,05$ соответственно).

Процентное содержание общего количества Т-лимфоцитов (CD3+) также в обеих группах к концу лечения не достигало нормы, однако в основной группе наблюдалось увеличение по сравнению с контрольной группой больных (<0,05).

Показатели гуморального иммунитета после лечения в основной группе нормализовались, а в контрольной группе больных отмечалось достоверное увеличение иммуноглобулинов М и G по сравнению с показателями здоровых лиц.

Таблица 2.

Иммунный статус больных инфильтративно-нагноительной формой паховой дерматофитии до и на 14-е сутки лечения

Показатели	Показатели здоровых людей $M_1 \pm m_1$	1-группа (контрольная) (n=30)		2-группа (основная) (n=30)	
		до лечения $M_2 \pm m_2$	после лечения (на 14-е сутки) $M_3 \pm m_3$	до лечения $M_4 \pm m_4$	после лечения (на 14-е сутки) $M_5 \pm m_5$
Абсолютное число лейкоцитов, 10^9/л	5,95±0,35	10,19±0,83	8,23±0,56	8,97±0,69	7,26±0,59
P	M_1-M_3<0,01	M_1-M_5<0,05		M_3-M_5>0,05	
СЯН, %	62,0±2,05	62,4±0,79	58,08±2,3	63,6±1,15	63,0±1,42
P	M_1-M_3>0,05	M_1-M_5>0,05		M_3-M_5>0,05	
ПЯН, %	3,2±0,38	6,08±0,62	5,16±0,62	6,0±0,88	4,83±0,53
P	M_1-M_3<0,01	M_1-M_5<0,05		M_3-M_5>0,05	
Моноциты, %	3,04±0,40	2,41±0,35	4,25±0,88	3,33±0,44	3,75±0,35
P	M_1-M_3>0,05	M_1-M_5>0,05		M_3-M_5>0,05	
Лимфоциты,%	28,7±1,03	27,0±0,88	29,25±1,86	24,8±1,33	27,42±1,24
P	M_1-M_3>0,05	M_1-M_5>0,05		M_3-M_5>0,05	
CD3+, %	40,4±1,20	31,5±1,24	31,0±1,15	31,3±1,33	35,0±1,10
P	M1-M3<0,001	M_1-M_5<0,01		M_3-M_5<0,05	
CD4+, %	26,4±0,74	23,25±1,24	25,83±0,97	24,83±0,97	24,5±0,88
P	M_1-M_3>0,05	M_1-M_5>0,05		M_3-M_5>0,05	
CD8+, %	16,2±0,44	11,25±0,88	15,75±1,24	13,3±0,97	15,83±0,62
P	M_1-M_3>0,05	M_1-M_5>0,05		M_3-M_5>0,05	
CD19+, %	22,2±2,10	26,08±1,95	22,33±0,79	27,9±1,24	22,08±0,7
P	M_1-M_3>0,05	M_1-M_5>0,05		M_3-M_5>0,05	
CD16+, %	16,5±2,02	16,25±1,15	17,33±0,97	15,25±1,33	17,58±0,88
P	M_1-M_3>0,05	M_1-M_5>0,05		M_3-M_5>0,05	
ИРИ (CD4+/ CD8+)	1,63±0,59	2,19±0,18	1,73±0,17	1,98±0,14	1,55±0,05
P	M_1-M_3>0,05	M_1-M_5>0,05		M_3-M_5>0,05	
Ig A, мг/мл	1,82±0,02	1,82±0,04	2,0±0,07	1,81±0,08	2,15±0,19
P	M_1-M_3<0,05	M_1-M_5>0,05		M_3-M_5>0,05	
Ig M, мг/мл	1,34±0,02	1,88±0,12	3,26±0,16	1,84±0,09	1,17±0,10
P	M_1-M_3<0,001	M_1-M_5>0,05		M_3-M_5<0,01	
Ig G, мг/мл	11,4±0,16	18,06±0,91	13,1±0,57	16,68±1,28	11,62±0,56
P	M_1-M_3<0,01	M_1-M_5>0,05		M_3-M_5<0,01	

Выводы:

1. Встречаемость клинических форм дерматофитии паховых складок убывала от 57,6% (инфильтративно-нагноительная) до 27,2% (поверхностно-пятнистая) и до 15,2% (инфильтративная).

2. При инфильтративно-нагноительной форме паховой дерматофитии комплексное лечение, включающее антимикотик итраконазол, иммуномодулятор тималин и примочки, состоящее из антибиотика, лидазы и димексида привело к более быстрому клиническому излечению, нормализации иммунологических показателей.

УДК 616.521-036.12:615.454.1.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭМОЛЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ

Койбагарова А.А., Салякаева А.Д, Чуракаев М.В.,
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра дерматологии
Кыргызско-Российский Славянский Университет,
научный руководитель – д.м.н., профессор Койбагарова А.А.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В последние годы специалисты в области дерматологии начали придавать большое значение в использовании базовой уходовой наружной терапии в лечении хронических дерматозов для поддержания адекватных барьерных функций кожи. Это связано со стремительным развитием науки и пониманием недостатков и наличием побочных эффектов в отношении длительного использования инъекционных и гормональных препаратов. Данное исследование направлено на изучение нарушений барьерной функции кожи, и современных подходов в лечении хронической экземы с использованием комплексной терапии смягчающими наружными средствами (эмолентами).
Ключевые слова: экзема, эмоленты, аллергодерматозы

ӨНӨКӨТ ЭКЗЕМАНЫ ДАРЫЛООДО ЖУМШАРТУУЧУ КАРАЖАТТАРДЫ КОЛДОНУУ

Койбагарова А.А., Салякаева А.Д., Чуракаев М.В.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
дерматовенерология кафедрасы,
Кыргыз-Россия Славян университети,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Акыркы жылдары дерматология жана косметология жаатындагы адистер териге тоскоолдук кылган функцияларды сактоо үчүн тышкы сыркоонун негизги дарылоо ыкмаларын дайындоого чоң маани бере башташты. Бул илимдин тез өнүгүшүнө жана сайылуучу жана гормоналдык схемалардын кемчиликтерин түшүнүүгө байланыштуу. Бул макала экзема менен шартталган теринин тоскоолдук функциясынын бузулушун жана жергиликтүү жумшартуучу терапия менен байланышкан учурдагы ыкмаларды изилдөөгө багытталган.
Негизги сөздөр: Экзема, жумшартуучу заттар, аллергиялык дерматоздор.

EMOLLIENTS USING IN THE TREATMENT OF CHRONIC ECZEMA

Koibagarova A.A., Saliakaeva A.D., Churakaev M.V.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev,
Department of Dermatovenerology,
Kyrgiz Russian Savonic University,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Last years, specialists in dermatology and cosmetology fields has begun to attach great meaning to prescript basic external care therapies to maintain adequate skin barrier functions. This goes due to the rapid advancement of science and understanding of the shortcomings of injectable and hormonal regimens. This article aims to investigate the impairment of skin barrier function caused by eczema and some of the current approaches associated with topical emollients therapy.
Key words: eczema, emolient, allergic dermatosis.

Экзема – воспалительное заболевание кожи мультифакторной этиологии, характеризующееся мокнутием, инфильтрацией, шелушением, а в случае хронического течения - гиперкератозом, трещинами и эрозиями.[1]. Степень тяжести варьирует от легкого шелушения и зуда до выраженного мокнутия, приводящего к развитию хронических эрозий и язв.[2].

Одна из основных функций здоровой кожи - поддержание защитного барьера, адекватного воздействиям внешней среды, а также предотвращение чрезмерной потери жидкости организмом.[3]. Важную роль в создании такого барьера играет верхний, роговой слой эпидермиса, который, благодаря процессам кератинизации, принимает активное участие в поддержании водно-солевого гомеостаза.[4]

Правильное формирование роговых чешуек из наиболее развитых кератиноцитов регулируется белком филаггрином.[5] Филаггрин – протеин, образующийся в клетках зернистого слоя эпидермиса. Благодаря своей многомерной структуре и физико-химическим свойствам филаггрин связывает элементы цитоскелета клеток верхних слоев эпидермиса, способствуя образованию защитного слоя, и препятствуя трансэпидермальной потери воды.[6]

Роль связывающей субстанции в этом защитном слое играют нерастворимые липопротеиновые структуры: лорикрин, инволюкрин, десмоплакин и периплакин.[7,8]

Одно из решающих значений в поддержании этих структур играют такие свободные жирные кислоты, как: линолевая, пальмитиновая, стеариновая. [9,10,11]. Изменения количественного и качественного состава этих липидов существенным образом сказывается на процессах кератинизации, удержания воды в коже и ее проницаемости [12]. Такие изменения в частности обнаружены при атопическом дерматите, экземе и псориазе, что является серьезным стимулом к разработке рекомендаций по адекватному базовому уходу за кожей при этих заболеваниях [13].

В процессе дальнейшей кератинизации филаггрин подвергается последующему метаболизированию. Его распад сопровождается образованием трансуроканиновой и пирролидонкарбоксиловой кислот, аминокислот и цитруллина, которые образуют т.н. “натуральный увлажняющий фактор” (НУФ), который располагается на поверхности роговых чешуек и способствует удержанию воды в эпидермисе [14,15].

Одним из современных направлений изучения защитного водоудерживающего барьера в частности является исследование динамики кожного процесса при аллергодерматозах и экземе. Так, снижение уровня влаги, уменьшение натуральных увлажняющих факторов и количества липидов тесным образом сопутствуют интенсивному мокнутию в фазе активного воспаления при этих дерматозах.

Увеличение трансэпидермальной потери воды способствует повышению гиперчувствительности к антигенам, контакт с которыми при обеднении водоудерживающего барьера становится более интенсивным [16].

Формирование и поддержание водоудерживающего кожного барьера является важным патогенетическим инструментом в лечении воспалительных дерматозов, сопровождающихся мокнутием и активной десквамацией. Особый “смягчающий режим” для таких пациентов включает отказ от использования в повседневной практике обычных мыло-моющих продуктов, имеющих в составе жесткие поверхностно-активные вещества с заменой на средства с более мягкими ПАВ, а также нанесение увлажняющего крема на кожу не реже двух раз в день [17].

Крема-эмоленты создают на поверхности рогового слоя эпидермиса липидную пленку, частично восстанавливая его барьерные функции. Этот водоудерживающий слой не только предохраняет кожу от чрезмерной антигенной стимуляции, но и делает ее мягкой и эластичной: увеличивается его растяжимость, податливость и пластичность. Это особенно важно при хроническом течении экземы, которая часто сопровождается образованием болезненных трещин.

Восстанавливая защитный барьер кожи эмоленты частично способны снижать потребность в применении топических кортикостероидных средств, особенно при лечении хронических форм экземы и экземоподобных дераматозов. Смягчение и окклюзия кроме того способствуют антимитотическому и противозудному эффектам. При регулярном использовании смягчающие средства могут снижать количество обострений экземы [18].

Материалы и методы. С целью оценки эффективности средств наружного применения (эмоленты) под нашим наблюдением находились 40 пациентов с различными клиническими формами хронической экземы: женщин 23 (77%) и 17 мужчин (23%) в возрасте от 17 до 40 лет (табл.1). Все больные были разделены на две группы - 30 и 10 человек соответствующие друг другу по степени тяжести, возрасту и полу. Пациенты обоих групп применяли наружно кортикостероидные мази, регулярно на протяжении от 3 месяцев до 2 лет. Пациентам первый группы был проведен базисный курс терапии с применением антигистаминных, десенсибилизирующих и наружных кортикостероидных мазей для снятия активности воспалительного процесса с применением эмолента Bariederm Fissura в область трещин, экскориаций, и Xemose-Cerat в качестве базисного ухода пациентам с ксерозом и лихенификацией очагов поражений на протяжении от 14 до 30 дней. Все пациенты наносили два раза в сутки Uriage xemose cerat в течении 14 дней. Пациентам второй группы было предложено лечение по протоколу без использования эмолентов (табл.2). Клиническое обследование и оценку состояния кожного процесса проводили на 14-й и 30-й дни лечения. Учитывали динамику по SCORAD, (шелушение, гиперемия, шероховатость, трещины).

Таблица 1.

Общая характеристика групп

Всего		из них абс. (отн., %)		побочные и нежелательные эффекты абс. (отн., %)			
		мужчины	женщины	шелушение	покраснение	шероховатость	трещины
1 группа	30	13 (43%)	17 (57%)	19 (63%)	10 (33%)	20 (67%)	15 (50%)
2 группа	10	4 (40%)	6 (60%)	8 (80%)	4 (40%)	6 (60%)	6 (60%)
Всего	40	17 (42%)	23 (57%)	27 (60%)	14 (35%)	26 (65%)	21 (52%)

Таблица 2.

Результаты лечения хронической экземы

Исследуемые группы				
	1 группа с применением эмолентов		2 группа без применения эмолентов	
	14 день	30 день	14 день	30 день
Шелушение	8 (26%)	3 (10%)	5 (50%)	4 (40%)
Покраснение	4 (13%)	2 (6%)	2 (20%)	1 (10%)
Шероховатость	8 (27%)	4 (13%)	3 (30%)	2 (20%)
Трещины	7 (23%)	2 (6%)	1 (10%)	1 (10%)
Всего	30		10	

Результаты исследования. Было установлено, что клинический эффект от применения эмолентов Uriage xemose cerat, Bariederm Fissura среди исследуемых больных достигался довольно быстро. Для регресса проявлений легкого течения было достаточно применения крема в качестве монотерапии два раза в сутки. При экземе средней тяжести в начале комплексной терапии применяли средства линии Xemose в сочетании с топическими глюкокортикостероидами, а через 14 дней переходили на монотерапию эмолентами (рис. 1, рис. 2)). Значительное улучшение мы наблюдали у 65 % больных на 30-й день лечения. По индексу SCORAD на 30-й день разница составила 65%. Интенсивность зуда и расстройства сна значительно уменьшились. В качестве базового ухода в период ремиссии было рекомендовано длительное использование эмолентов.

Рисунок 1. Использование Uriage Xemose Cerate в течение 7 дней

Рисунок 2. Использование Uriage Bariederm Fissura в течение 8 дней.

Заключение. В нашей практике использование эмолентов довольно часто помогает ускорить лечение больных с аллергическими и экземоподобными дерматозами, снизить интенсивность воспалительного процесса, сократить число рецидивов. Приводим собственные наблюдения. Смягчающие вещества играют важную, но часто недооцененную роль в здоровье кожи и благополучии пациентов. При правильном выборе и использовании эмоленты представляют собой простое, эффективное и экономичное дополнение к базовой терапии, позволяющее держать длительную ремиссию экземы. На сегодняшний момент наружные смягчающие средства требуют более детального изучения для улучшения понимания их эффективности.

Список литературы

1. *Apfelbacher C, Ofenbloch, Weisshaar E et al (2019) Chronic hand eczema in Germany: 5-year follow- up data from the CARPE Registry. Contact Derm 80:45-53*
2. *Augustin M, Wilsmann-Theis D, Körber A, Ker- scher M, Itschert G, Dippel M, Staubach P (2018) Positionspapier: Diagnostik und Therapie der Xerosis cutis. J Dtsch Dermatol Ges 16 (suppl.)*
3. *Voegeli, D. (2011). The vital role of emollients in the treatment of eczema. British Journal of Nursing, 20 (2), 74-80. doi:10.12968/bjon.2011.20.2.74*
4. *Draelos Z.D. Cosmeceuticals. Second edition. Saunders Elsevier 2009; 7-15.*
5. *McGrath, J.A., & Uitto, J. (2008). The filaggrin story: novel insights into skin-barrier function and disease. Trends in Molecular Medicine, 14(1), 20-27.*
6. *Draelos Z.D. Cosmeceuticals. Second edition. Saunders Elsevier 2009; 7-15*
7. *Эрнандес Е., Марголина А., Петрухина А. Липидный барьер кожи и косметические средства. Изд. 3-е, дополненное. М.: ООО «Фирма КЛАВЕЛЬ», 2005; 400.*
8. *Olsson M, Broberg A, Jernås M et al (2006) Increased expression of aquaporin 3 in atopic eczema. Allergy 61(9): 1132-7*
9. *1 Van Smeden, J., Janssens, M., Kaye, E.C., Caspers, P.J., Lavrijsen, A.P., Vreeken, R.J., ... Bouwstra, J.A. (2014). The importance of free fatty acid chain length for the skin barrier function in atopic eczema patients. Experimental Dermatology, 23, 45-52.*
10. *Кассирова Д.А. Применение крема с дерма-мембранной структурой при атопическом дерматите. РМЖ 2010; 18:18 (376).*
11. *Rawlings A.V. Trends in stratum corneum and the management of dry conditions. Int J of Cosmetic Science 2003; 25: 63-95.*
12. *Harding CR (2004) The stratum corneum: structure and function in health and disease. Dermatol Ther 17: 6-15.*
13. *Judge, M.R. etal. (2004) Disorders Of Keratinization. InRook'sTextbook of Dermatology (Burns, T. et al., eds), pp. 34.54-34.56, Blackwell Scientific Publishing*
14. *Rawlings AV, Harding CR (2004) Moisturization and skin barrier function. Dermatol Ther 17(Suppl 1): 43-8*
15. *Verkman AS (2002) Physiological importance of aquaporin water channels. Ann Med 34(3): 192-200*
16. *Clark C (2004) How to choose a suitable emollient. Pharmaceutical Journal 273: 351-3*
17. *Sandilands A, O'Regan GM, Liao H et al (2006) Prevalent and rare mutations in the gene encoding filaggrin cause ichthyosis vulgaris and predispose individuals to atopic dermatitis. J Investig Dermatol 126(8): 1770-5*
18. *Kirsner, R.S., & Hu, S. (2007). Hand Eczema Prognosis. Journal of Investigative Dermatology, 127(9), 2072.*

УДК 617-089.5

ЛАКТАТ-АЦИДОЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА

Э.А. Ганыева, Г.Рыскулова, У.У. Усенкулов, Б.Ш. Шаирбекова
Науч.руководитель: Э.И. Апиева
Кыргызская Государственная медицинская Академия им. И.К.Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
Кафедра Анестезиологии и Интенсивной Терапии до- и последипломного обучения.
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Ганыева Эльнура – студентка леч. фак-та 3 курс, 26 группа, elnuraganyeva1@gmail.com

Резюме: В данной статье рассматривается этиологические и диагностические показатели лактат-ацидоза и проводится анализ источников современной литературы для создания наиболее точного и полного представления о лактат-ацидозе и особенностях его лечения в анестезиолого-реаниматологической практике.
Ключевые слова: Лактат-ацидоз, гиперлактацидемическая кома, гликемия, сахарный диабет, гипоксия.

ЛАКТАТ-АЦИДОЗ ВРАЧ-АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГДУН ПРАКТИКАСЫНДА

Э.А. Ганыева, Г.Рыскулова, У.У. Усенкулов, Б.Ш. Шаирбекова
Жетекчи: Э.И. Апиева
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
(ректору – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.)
Дипломго чейинки жана дипломдон кийинки анестезиология жана интенсивдуу дарылоо кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада лактат-ацидоздун этиологиялык жана диагностикалык көрсөтмөлөрү каралат жана лактат-ацидозго илимий булактарга изилдөө жүргүзүү менен кененирээк изилденип анализ жүргүзүлөт жана анын анестезиолог-реаниматологдун практикасындагы даарылоо өзгөчөлүктөрү каралат.
Ачкыч сөздөр: лактат-ацидоз, гиперлактацидемикалык кома, гликемия, кант диабети, гипоксия.

LACTIC ACIDOSIS IN THE PRACTICE OF A RESUSCITATOR

Ganyeva E.A., Ryskulova G., Usenkulov U.U., Shairbekova B.Sh.
Sientific leader: Apieva E.I.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev
(rector – d.m.s., prof. Kudaibergenova I.O.)
Department of Anesthesiology and Intensive Care for Pre- and Postgraduate Studies
Bishkek city, Kyrgyz Republic

Summary: This article examines the etiological and diagnostic indicators of lactate acidosis and analyzes the sources of modern literature to create the most accurate and complete understanding of lactate acidosis and the features of its treatment in anesthesia.
Key words: lactic acidosis, hyperlacticidemic coma, glycemia, diabetes, hypoxia.

Актуальность: Лактат ацидоз – это острое осложнение возникающая при избыточном образовании молочной кислоты, вследствие активации гликолиза в условиях гипоксии. При многих патологический состояниях которым присуща гипоксия может спровоцировать лактацидемию вплоть до комы и к летальному исходу. В настоящее время определены четкие критерии диагностики, постановки диагноза и лечения данного патологического состояния.

Введение: Лактат – это продукт клеточного метаболизма, соль молочной кислоты, образующаяся при замещении иона водорода молочной кислоты на Na + или К +. Физиологическая роль лактата в организме заключается в том, что во время стресса он является биоэнергетическим топливом и может участвовать как в синтезе, так и утилизации глюкозы. В покое лактат обеспечивает 7%, а во время физических нагрузок – 25% энергии. Лактат является основным субстратом для окисления в кардиомиоцитах, повышает сократимость миокарда и сердечный выброс при кардиогенном и септическом шоке. [8]

Уровень лактата крови является маркером метаболических нарушений в интенсивной терапии. Повышение уровня молочной кислоты наблюдается при острой и хронической сердечной недостаточности, коррелируя со степенью ее тяжести, при остром септическом эндокардите, полиомиелите, воспалительных заболеваниях сосудов, синдроме гипервентиляции, сахарном диабете II типа и т.п.

Цель исследования: проведение анализа источников современной литературы для создания наиболее точного и полного представления о лактат-ацидозе и особенностях его лечения в анестезиолого-реаниматологической практике.

Материалы и методы: Лактацидемия-критическое патологическое состояние организма, обусловленное резким увеличением содержания в крови лактата, которое может закончиться смертельным исходом, особенно при сочетании с гипотонией. Лактат-ацидоз является метаболическим ацидозом с большой анионной разницей (> 10 ммоль/л) с повышением уровня молочной кислоты в крови > 2 ммоль/л и снижением pH <7,25.

Источником лактата является– глюкоза, являющийся необходимым субстратом для нервной системы, в том числе головного мозга. Развитию лактацидемии способствует действие ряда факторов, приводящих к прогрессированию тканевой гипоксии различной этиологии, что вызывает активацию анаэробного гликолиза с переизбытком молочной кислоты.Тканевая гипоксия является одной из основных причин развития лактат-ацидоза и развивается при нарушении транспорта кислорода в случаях патологии легких, нарушениях макро- и микроциркуляции, дефектах функций гемоглобина. [2,3,4]

Причины лактат-ацидоза:

1. Тяжелые инфекционные и воспалительные процессы у пациентов с сахарным диабетом II типа;
2. Низкая насыщенность кислородом крови при заболеваниях, сопровождающихся дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью, например при ХОБЛ, ИБС, анемии и др;
3. Гепатит, цирроз печени с развитием гепатаргии;
4. Нефриты с развитием хронической почечной недостаточности;
5. Массивная кровопотеря;
6. Острый инфаркт миокарда;
7. Хронический алкоголизм;
8. Лечение бигуанидами – метформином (при наличии заболеваний печени и почек даже терапевтическая доза препарата способна спровоцировать лактатацидемию); [1-3]

Таблица 1.

Дифференциальная диагностика гиперлактацидемической и кетоацидотической ком

Признак	Гиперлактацидемическая	Кетоацидотическая
Предвестники	Тошнота, рвота, боль в мышцах	Общая слабость, рвота, сухость во рту
Особенности прекоматозного состояния	Стенокардия, не купирующаяся приемом нитроглицерина	Постепенная утрата сознания
Постепенная утрата сознания	Относительно быстрый	Характерно постепенное начало
Запах ацетона при дыхании	Отсутствует	Выражен
Дыхание Куссмауля	Возможно	Часто
Тонус мышц	Обычный	Снижен
Гликемия, ммоль/л	До 16,6	22-45
Глюкозурия	Низкая	Высокая
Кетонемия	Редко	Высокая
Кетонурия	Редко	Высокая
Калий в крови	Норма или повышен	Снижен
Натрий в крови	Норма	Норма или снижен
Гиперлактацидемия	+	–

Лечение данного патологического состояния проводятся в отделении реанимации и интенсивной терапии, направленный на выведение из организма лактата и метформина (при его употребления больным), борьбу с шоком, гипоксией, ацидозом и электролитными нарушениями. Также проводятся терапия сопутствующих патологий, способствующих развитию лактат-ацидоза. [5, 6, 7]

Вывод: Измерение уровня лактата крови должно быть частью оценки любого больного в критическом состоянии. Повышенный уровень сывороточного лактата может быть следствием увеличения его продукции в условиях гипоперфузии и гипоксии (лактоацидоз типа А) или же повышения продукции или снижения клиренса, не связанных с гипоперфузией и гипоксией (лактоацидоз типа В). Установление причины гиперлактатемии имеет решающее значение для выбора стратегии лечения. Уровень лактата крови в качестве маркера сложных метаболических нарушений, является хорошим предиктором исходов в интенсивной практике.

Литература:

1. *Абу-Лебдех Х. С. Сахарный диабет. В кн.: Доказательная эндокринология: руководство для врачей; пер. с англ. – 2-е изд // ГЭОТАР–Медиа. – 2008. – С. 632.*
2. *Альфонсова Е.В. Изменение некоторых показателей системы гемостаза при лактат-ацидозе // Фундаментальные исследования. – 2013. – Т. 2, №5. https://doi.org/10.18093/0869-0189-2014-0-6-108-114.*
3. *Альфонсова Е.В., Забродина Л.А. Роль ацидоза в механизмах формирования полиорганной недостаточности // Ученые записки Забайкальского государственного университета. Серия: Биологические науки. – 2014. – №1 (54).*
4. *Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология: Национальное руководство. – ГЭОТАР – Медиа, 2013. – С. 440-462.*
5. *Дедов И.И., Шестакова М.В., Майоров А.Ю. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. – 9–й выпуск // УП ПРИНТ. – 2019. – С. 59-62.*
6. *Жукова Л.А., Сумин С.А., Лебедев Т.Ю. Неотложная эндокринология: Уч. пособие. – ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С. 35-38.*
7. *Комарова М.А., Бугай А.А. Лактат-ацидоз в интенсивной терапии (обзор литературы) // Сучасні аспекти військової медицини. – 2010. – № 17. – С. 469-471.*
8. *Соловьева И.В. ЛАКТАТ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ г. Пущино, Московская область, 2018 г.*

УДК 616.379-008.64-053.6

ФАКТОРЫ РИСКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В БИШКЕКСКОМ ГОРОДСКОМ ДОМЕ-ИНТЕРНАТЕ ОБЩЕГО ТИПА ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Орунбекова Г.О., Усенкулов У.У., Мадамбекова А.К., Герасимова Ю.А.
Кыргызская государственная медицинская академия имени. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В связи с неуклонным ростом продолжительности жизни населения, будет расти частота сахарного диабета среди пожилых людей, что требует особого подхода к решению данной проблемы. В статье изложены основные факторы риска сахарного диабета типа 2, и особенности показателя глюкозы в крови у лиц в доме престарелых.

Ключевые слова: сахарный диабет 2, пожилой возраст, старческий возраст, факторы риска, глюкоза

БИШКЕК ШААРДЫК ЖАЛПЫ ТИПТЕГИ ҮЙ-ИНТЕРНАТЫНЫН КАРЫГАН, ЖАШЫ УЛГАЙГАН ЖАНА МҮМКҮНЧҮЛҮГҮ ЧЕКТЕЛГЕН АДАМДАРДЫН КАНТ ДИАБЕТ 2 ТИБИНИН КЕЛИП ЧЫГУУ ФАКТОРЛОРУН АНЫКТОО

Орунбекова Г.О., Усенкулов У.У., Мадамбекова А.К., Герасимова Ю.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналых академиясы
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Калктын жашоо узактыгынын туруктуу өсүшүнө байланыштуу, улгайган адамдар

арасында кант диабетине чалдыгуу көбөйөт, бул көйгөйдү чечүүгө өзгөчө мамиле жасоону талап кылат. Макалада 2-типтеги кант диабети үчүн негизги коркунуч факторлору жана карылар үйүндөгү адамдардын кандагы глюкоза индексинин өзгөчөлүктөрү көрсөтүлгөн.
Ачкыч сөздөр: кант диабети 2, улгайган курак, карылык курагы, тобокелдик факторлору, глюкоза.

THE RISK FACTORS OF DIABETES TYPE 2 IN THE ELDERLY AND ELDERLY AGE PATIENTS IN THE BISHKEK CITY BOARDING HOUSE OF THE GENERAL TYPE FOR OLD OGRES AND MEN

Orunbekova G.O, Usenkulov U.U., Madambekova A.K., Gerasimova Y.A.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: Due to the steady increase in the life expectancy of the population, the incidence of diabetes mellitus among the elderly will increase, which requires a special approach to solving this problem. The article outlines the main risk factors for type 2 diabetes mellitus, and the features of blood glucose in people in a nursing home.
Key words: diabetes mellitus 2, advanced age, senile age, risk factors, glucose

Актуальность: По данным ООН, доля лиц в возрасте 60 лет и старше удвоится в период между 2007 и 2050 гг., а их реальное число увеличится более чем в три раза, достигнув 2 млрд в 2050 г. [1]. Рост сахарного диабета 2 типа (СД2) является следствием старения населения. Согласно данным International Diabetes Federation (IDF) 2016 г., около 415 млн взрослых людей в возрасте 20-79 лет во всем мире страдают диабетом, а распространенность диабета у лиц старше 65 лет составляет 20% [2]. По классификации, принятой ВОЗ в 1963 г., пожилым считается возраст от 60 до 74 лет, старческим – от 75 до 89 лет, а возрастом долгожителей – 90 лет и более. Эта классификация до сих пор не пересмотрена. В настоящее время в американских и европейских исследованиях критерием пожилого возраста является возраст 65 лет и старше, также рассматриваются и другие возрастные группы 50 лет и старше, 60 лет и старше и 80 лет и старше. Американская диабетическая ассоциация – American Diabetes Association (ADA) и Американское геронтологическое общество – American Gerontology Society (AGS) определяют пожилым возраст старше 65 лет [3].

Сахарный диабет 2 типа является инсулиннезависимым. Чаще всего сахарным диабетом 2 типа страдают люди пожилого возраста, после 40 лет, страдающих избытком массы тела и гипертонией встречается в 4 раза чаще чем сахарный диабет 1 типа [4].

Особенности клинического течения сахарного диабета типа 2 у лиц пожилого и старческого возраста заключается в том, что он имеет клинические, лабораторные и психосоциальные особенности. Отмечаются жалобы на жажду, сухость во рту, частое мочеиспускание. Также особенностью является преобладание неспецифических жалоб на слабость, утомляемость, головокружение, нарушение внимания, памяти и другие когнитивные дисфункции. Также затруднена лабораторная диагностика СД2 у пожилых лиц вследствие особенностей патофизиологии углеводного обмена [5].

Установлено, что с возрастом происходит снижение чувствительности тканей к инсулину. Лица старшего возраста вследствие различных причин отдают предпочтение более дешевой пище, имеющей избыток легкоусвояемых углеводов и насыщенных жиров, обедненных сложными углеводами. Сопутствующие сердечно-сосудистые, легочные заболевания, патология опорно-двигательного аппарата ведут к гиподинамии этих лиц. Для пожилых пациентов часто применяют термин «саркопениче-ское ожирение». Зарубежные исследования последних лет отмечают значительный вклад саркопении в развитие инсулинорезистентности. Уменьшение мышечной массы приводит к ухудшению гликемического контроля за счет снижения поглощения глюкозы мышцами, что приводит к повышению секреции инсулина и инсулинорезистентности. Помимо снижения чувствительности тканей к инсулину, имеет место и снижение секреции инсулина, большинство исследований выявило снижение первой фазы секреции инсулина у лиц пожилого возраста без ожирения. Также отмечается снижение чувствительности бета-клеток поджелудочной железы к инкретинам. Вероятно, с этим фактом связано значительное повышение постпрандиальной гликемии после 50 лет [6].

Возникновению сахарного диабета способствуют следующие факторы: Наследственность – риск развития заболевания составляет 3-9%, если родственники или родители больны сахарным диабетом.

Ожирение – при избыточном количестве жировой ткани происходит заметное снижение чувствительности тканей к инсулину.

Нарушение питания – преимущественно углеводистое питание при недостатке клетчатки повышает риск сахарного диабета; Сердечно-сосудистые заболевания – атеросклероз, артериальная гипертония, ИБС, уменьшающих инсулинорезистентность тканей;

Хронические стрессовые ситуации – в состоянии стресса в организме повышается количество катехоламинов (норадреналина, адреналина), глюкокортикоидов, способствующих развитию диабета;

Диабетогенного действия некоторых лекарств - глюкокортикоидных синтетических гормонов, диуретиков, некоторых гипотензивных препаратов, цитостатиков [7]

Цель: Выявление факторов риска сахарного диабета 2 типа и анализ уровня глюкозы среди лиц пожилого возраста и старческого возраста.

Материалы и методы исследования: Скрининг нарушений углеводного обмена был проведен в доме престарелых в городе Бишкек среди 50 человек старше 60 лет. Были использованы опросник Финской диабетической ассоциации FINDRISC (The Finnish Diabetes Risk Score) [9], такие показатели как возраст, индекс массы тела, окружность талии, использование антигипертензивной терапии, гипергликемия в анамнезе, физическая активность, употребление фруктов, овощей и ягод, наследственность по диабету. Всем участникам было выполнено определение содержания глюкозы в капиллярной крови натощак.

Результаты и обсуждения: По результатам исследования основанные на измерении уровни глюкозы и опросника Финской диабетической ассоциации FINDRISC (The Finnish Diabetes Risk Score) был проведен анализ у 53 людей в возрасте.

Из всех 53 опрошенных по классификации ВОЗ к пожилым относится -36 человек в возрасте 60- 74 а к старческим – 17человек в возрасте 75-89. Возраст: (60-74 лет) пожилые 36 человек, (75-89 лет) старые 17 человек (Рис. 1);

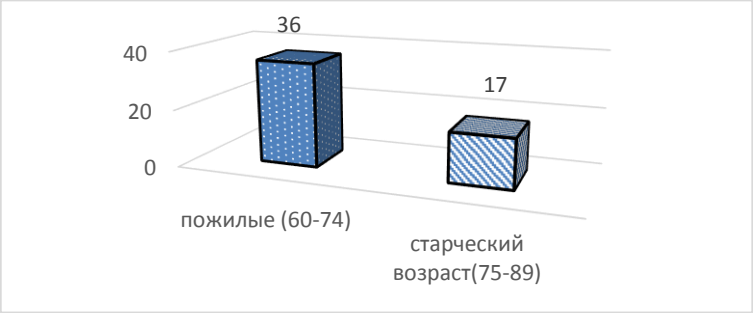


Рис. 1. Показатели возрастной классификации

Гендерное соотношения мужчин и женщин. Из 53 опрошенных на долю женщин приходится 54,7% а на долю мужчин 45,3%. Из полученных данных можно установит, что в домах престарелых количество женщин на 9,4% больше.

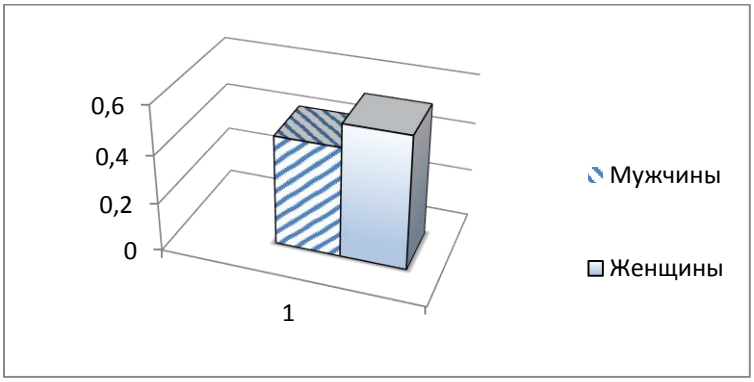


Рисунок 2. Гендерное соотношение обследуемых

На данном рисунке показано соотношение мужчин и женщин из общего числа обследуемых. Женщин больше на 5 человек (29 чел.), чем мужчин (24 чел.) (рис. 2.).

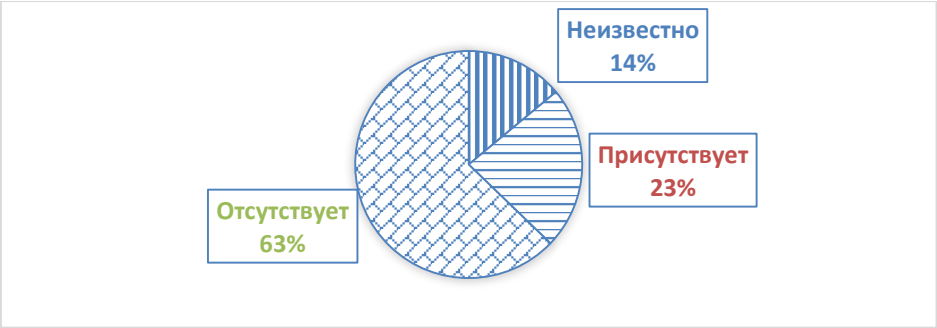


Рисунок 3. Наличие наследственного фактора у обследуемых

Наследственная предрасположенность как фактор возникновения Сахарного диабета 2 типа у близких родственников показал что из опрошенных у 10 человек присутствует, а у 27 наследственный фактор отсутствует, 6 не знают есть у близких родственников СД 2 типа (рис. 3.)

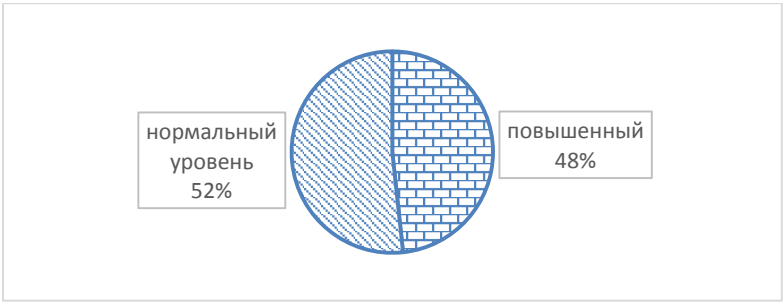


Рисунок 4. Показатель уровня глюкозы натощак у женщин

На рисунке 4 – процентное соотношение показателя глюкозы натощак из всех женщин (29 человек): у 14 женщин показатель уровня глюкозы выше ≥ 6,1(ммоль/л.), а у 15 женщин показатели уровни глюкозы в пределах нормы ≤ 6,1 (ммоль/л.).

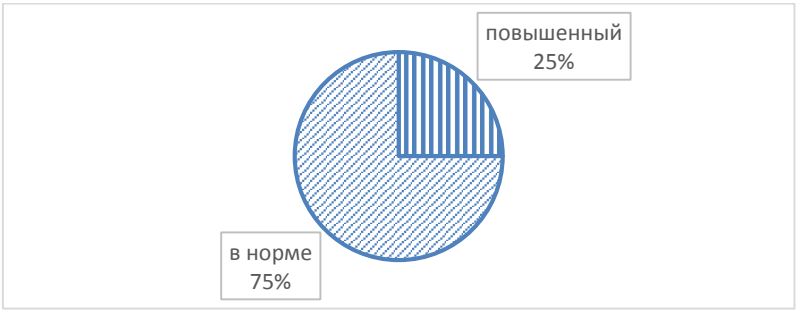


Рисунок 5. Показатель уровня глюкозы натощак у мужчин

По результатам показателей уровня глюкозы как видно на рис. 5 у мужчин из общего числа (24 человек), у 75% уровень глюкозы натощак в пределах нормы (менее 6,1 ммоль/л), а у 25% выше нормы (≥6,1 ммоль/л).

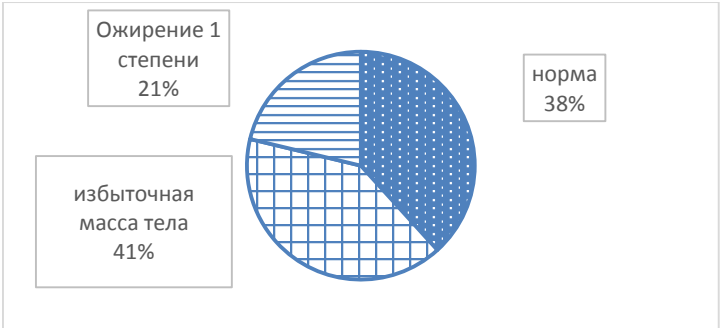


Рисунок 6. Общая классификация по ИМТ

Как показано на рисунке 6, у большинства обследуемых в вычислении ИМТ наблюдается избыточная масса тела, что может быть связано с гиподинамией и хроническими болезнями, которые могут ограничивать движение.

Заключение: Таким образом, проведенный анализ нарушений углеводного обмена с учетом глюкозы натощак в доме престарелых в г.Бишкек среди 53 человек показал, что у 45,3% обследуемых повышенный уровень глюкозы. Пожилой возраст и сопутствующие заболевания являются факторами риска развития сахарного диабета 2 типа. Антропометрические показатели как рост, масса тела, окружность талии и бедер показал, избыточная масса тела среди 50 человек составляет 40,4% также у 21,2% ожирение первой степени. Поэтому необходимы срочные действия, и первым шагом должен быть пропаганда первичной профилактики диабета путем изменения образа жизни и повышения информированности населения и медицинских работников. К пожилым людям в доме престарелых должна быть обращена особое внимание и следить за их здоровьем. Расширенные исследования в области эпидемиологии диабета должны сочетаться с более эффективной первичной профилактикой диабета и правильным ведением пациентов с установленным диабетом.

Исходя из нашего исследования, мы выяснили что, необходимо проводить скрининг уровня глюкозы в Бишкекском городском доме-интернате общего типа для престарелых и людей с ограниченными возможностями, так как они входят в группу риска развития сахарного диабета 2 типа.

Литература:

1. *Старение – Глобальные вопросы повестки дня ООН. 2016. [Starenie – Global'nye voprosy povestki dnya OON. 2016. (in Russ).] Available at: http://www.un.org/ru/globalissues/ageing/index.shtml. Accessed January 28, 2016.*
2. *Е.Н. Дудинская, профессор О.Н. Ткачева ОСП ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России «РГНКЦ», Москва// Сахарный диабет: управление рисками в пожилом и старческом возрасте*
3. *Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет в пожилом возрасте: диагностика, клиника, лечение. Практическое руководство для врачей. – Москва; 2011. [Dedov II, Shestakova MV. Sakharnyi diabet v pozhilom vozraste: diagnostika, klinika, lechenie. Prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachei. Moskva; 2011. (In Russ).*
4. *Сахарный диабет. Клиника, диагностика, поздние осложнения, лечение: Учеб.-метод. пособие. М.: Медпрактика-М, 2015.*
5. *Сапожникова И.Е., Немцов Б.Ф. Основы диабетологии: сахарный диабет 2 типа: пособие для врачей. - Киров: Кировский государственный медицинский университет, 2014. С. 80.*
6. *Perkisas S, Vandewoude M. Where frailty meets diabetes. Diabetes Metab Res Rev. 2016;32 Suppl 1:261-267. doi: 10.1002/dmrr.2743*
7. *Акимова П.О., Ведута Н.С., Жданова В.В. ТюмГМУ// ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА*
8. *Implementation of Type 2 Diabetes Prevention Plan in Pirkanmaa, South Ostrobothnia, North*

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТРИХОФИТИИ, ВЫЗВАННОЙ TRICHOPHYTON VERRUCOSUM

Билим к. Жанара, Усубалиев М.Б.
КГМА им. И.К. Ахунбаева, Кафедра дерматовенерологии

Актуальность. Грибковые заболевания относятся к числу самых распространенных инфекционных болезней кожи. В последние годы по всему миру отмечается рост числа регистрируемых дерматофитий. В последнее время наблюдается рост заболеваемости микроспорией и трихофитией с преобладанием в некоторых регионах зоонозных форм.

Встречаясь чаще в детском возрасте, микоз может привести к эпидемиологическим вспышкам в детских коллективах, а локализуясь в волосистой части головы, нагноительные формы зачастую приводят к рубцовой алопеции, что сказывается на психоэмоциональном состоянии пациентов, создавая косметический дефект.

Цель исследования Изучение клинико-эпидемиологических особенностей трихофитии, вызванной Trichophyton verrucosum в Кыргызской Республике.

Материалы и методы Этиологические, эпидемиологические и клинические особенности трихофитии, вызванный Trichophyton verrucosum в Кыргызской Республике изучены по материалам госпитализированных и амбулаторных больных, пролеченных в РЦДВ МЗ КР с 2015-2018 гг.

Методы исследования

1. Микроскопическое исследование (195 исследований).
2. Посев патологического материала на среду Сабуро с антибиотиком и циклогексимидом или 1% жидкой медицинской желчью для определения культуры гриба (195), рост культуры отмечено у (69%) больных.
3. Люминесцентное исследование в лучах лампы Вуда (195).
4. УЗИ внутренних органов (по показаниям).
5. Эпидемиологический метод: ретроспективный эпидемиологический анализ учетной формы №9 за 2015-2018 гг. и стат. обработка полученных данных.

Заболеваемость зооантропонозной трихофитией, обусловленная *Tr. verrucosum* (n=195) в разных возрастных группах имела следующие показатели (табл. 1).

Таблица 1.

Заболеваемость зооантропонозной трихофитией, обусловленной *Tr. verrucosum* в разных возрастных группах

Возраст, лет	Пол					
	Мужчины		Женщины		всего	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
0-3	7	5,7	5	6,9	12	6,2
4-6	32	26,2	15	20,5	47	24,1
7-9	27	22,1	15	20,5	42	21,5
10-13	14	11,5	7	9,6	21	10,8
14-16	15	12,3	5	6,9	20	10,3
17-20	15	12,3	14	19,2	29	14,9
21-60	12	9,9	12	16,4	24	12,2
Всего	122	100,0	73	100,0	195	100,0

Анализ возрастной структуры больных зоонозной трихофитией, вызванной *Tr. verrucosum* показал достоверное преобладание в 7,3 раза возрастной группы 4-9 лет по сравнению с группой 0-3 лет (45,6% против 6,2%) ($p<0,05$), в 2,2 раза – по сравнению с возрастной группой 10 до 16 лет (45,6% против 21,1%) ($p<0,05$) и в 1,7 раза – по сравнению с группой больных от 17 лет и старше (45,6% против 27,1%) ($p<0,05$). Отличий во встречаемости с учетом пола в возрастных группах 0-3 лет (мальчиков – 5,7%, девочек – 6,9%) и от 4 до 9 лет (мальчиков – 48,3% и девочек – 41%) не отмечено ($p>0,05$). В возрастных группах от 10 до 16 лет преобладают мальчики (23,8% против 16,5%) ($p<0,05$), старше 17 лет – лица женского пола (35,6% против 22,1% мужчин) ($p<0,05$). Средний возраст больных составил 11,3±2,4.

Сельские жители составили 63,1%, городские – 36,9%, что в 1,7 раза чаще чем у горожан ($p<0,05$) (табл. 2).

Таблица 2.

Распределение больных зооантропонозной трихофитией, вызванной *Tr. verrucosum* по месту жительства

Место жительства	Количество пациентов (абс. ч., %)
Город	72 (36,9)
Село	123 (63,1)
Всего	195 (100,0)

Заболевание достоверно в 1,7 раза чаще встречалось у школьников по сравнению с неорганизованными детьми (42,6% против 24,6%) ($p<0,05$), неработающие составили 11,8%, работающие – 9,2%, студенты – 6,2%, воспитанники детских садов – 5,6% (табл. 3.3.1.3).

Таблица 3.

Распределение пациентов зооантропонозной трихофитией, вызванной *Tr. verrucosum* по социальному статусу

Род деятельности	Число пациентов (абс. ч., %)
Школьники	83 (42,6)
Не организованы	48 (24,6)
Посещают детский сад	11 (5,6)
Студенты	12 (6,2)
Работащие	18 (9,2)
Неработающие	23 (11,8)
Всего:	195 (100,0)

Источниками возбудителя в 3,4 раза чаще были крупный рогатый скот по сравнению с человеком (68,2% против 20%) ($p<0,05$), очень редко – овцы и козы (2,5%). В 9,2% случаев источник трихофитии остался не выявленным (рис. 3.3.1.1).

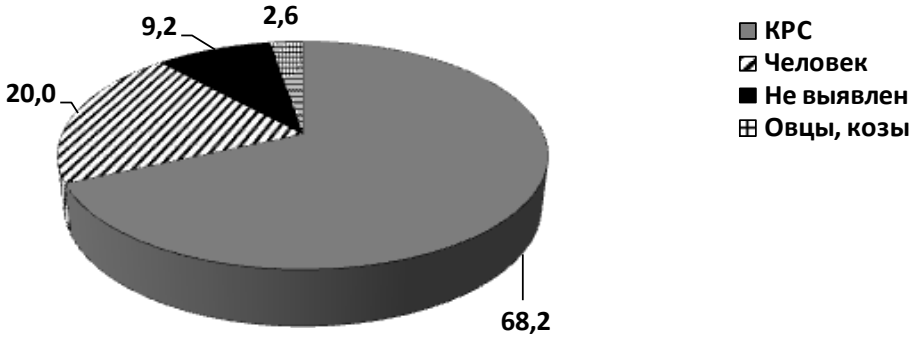


Рис. 1. Структура источников заражения зооантропонозной трихофитией, вызванной *Tr. verrucosum* (в %)

Эпидемиологический анализ восьмилетней (2005-2012 гг.) динамики заболеваемости трихофитией, обусловленной *Tr. verrucosum*, по материалам госпитализированных больных в детское и взрослое кожные отделения РЦДВ г. Бишкек (n=216), позволил выявить сезонность ее колебания (при этом в учет не взят сезонная динамика паховой дерматофитии, вызванной *Tr. verrucosum*) (рис. 2).

Число больных, зарегистрированных зимой и весной, в 2,5 раза преобладает, чем летом и осенью (71,3% против 28,7%) ($p<0,05$), что связано с эпизоотиями рогатого скота и со стойловым содержанием животных. В период выпаса отмечается (май-октябрь) уже снижение количества госпитализированных больных зооантропонозной трихофитией.

Сопутствующие заболевания выявлены у 67 (34,%) больных и нередко сочетались у одного и того же больного. Патология желудочно-кишечного тракта была наиболее частой – 57%, паразитарные болезни встретились в 23,9%, анемия была – у 22,4%, другие кожные болезни – у 4,4% больных (табл. 4).

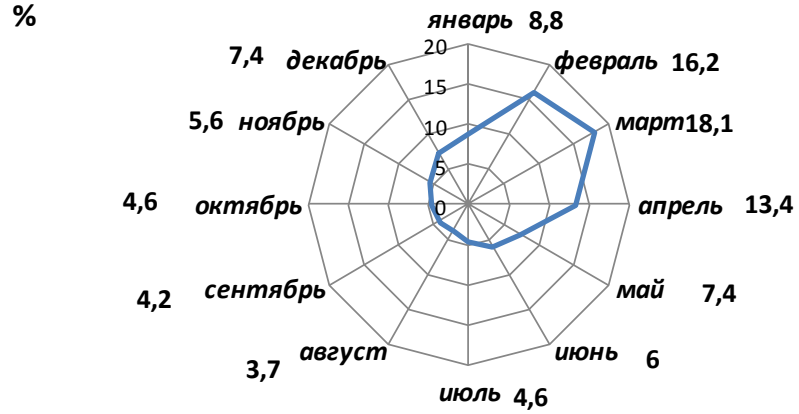


Рис. 2. Помесячное распределение случаев заболевания зооантропонозной трихофитией, обусловленной *Tr. verrucosum* по данным госпитализированных больных РЦДВ (n=216) (в %)

Таблица 4.

Сопутствующие заболевания у больных зооантропонозной трихофитией, вызванной *Tr. verrucosum*

Сопутствующие заболевания	Всего	
	абс. ч.	%
Хронический холецистит и дискинезия желчевыводящих путей	18	28,7
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	2	2,9
Хронический гастрит	17	25,4
Паразитарные болезни	16	23,9
- лямблиоз	8	11,9
- аскаридоз	1	1,5
- энтеробиоз	3	4,5
- токсокароз	5	7,5
- эхинококкоз	1	1,5
Атопический дерматит	2	2,9
Псориаз	1	1,5
Анемия	15	22,4

Проявления трихофитии вызванной *Tr. verrucosum* отличались разнообразием клинических форм и локализации.

Локализация зоонозной трихофитии на волосистой части головы и на гладкой коже была одинаковой (42,1% и 41,5% соответственно) ($p>0,05$), сочетанное поражение встречалось достаточно часто (16,4%).

При поражении волосистой части головы в 7,4 раза превалировала инфильтративно-нагноительная форма над инфильтративной (77,2% против 10,5%) ($p<0,05$) и 9,8 раз над поверхностной (77,2% против 7,9%) ($p<0,05$), сочетание этих форм встретилась у 4,4% больных. Крупные очаги поражения размером от 4 до 16 см отмечены в 2,3 раза чаще, чем мелкие – размером 1-3 см (69,3% и 30,7% соответственно) ($p<0,05$).

Сливные крупные инфильтраты, которые занимали целую область волосистой части головы встретились у 17 (14,9%) больных (рис. 3).

Рис. 3. Инфильтративно-нагноительная трихофития, вызванная *Tr. verrucosum* занимающая целую область головы

У 15 (13,2%) больных вокруг крупного воспалительного очага (узла) формировались более мелкие такого же характера очаги (рис. 4).

У 10 (8,8%) пациентов, кроме большого очага инфильтративно-нагноительной трихофитии имелись множественные фурункулоподобные инфильтраты, у двух из них занимавшие почти всю волосистую часть головы.

Рис. 4. Инфильтративно-нагноительная трихофития, вызванная *Tr. verrucosum* с одним большим очагом и мелкими очагами

У 7 (6,1%) пациентов наблюдались гигантские уплощенные инфильтраты величиной до 16 см в диаметре, высотой до 2 см, с обильным гнойным отделяемым.

У одного больного 12 лет встретился очаг крупных размеров занимающий лобную область, вокруг отмечался воспалительный отек захватывающий кожу лица по типу флегмоны. У другого больного 6 лет очаг в затылочной области напоминал акне-келоид (рис.5).

К особенностям инфильтративно-нагноительной трихофитии, обусловленной *Tr. verrucosum*, следует отнести длительное и вялое течение патологического процесса, у 25% больных сопровождающаяся нарушением общего состояния (повышение температуры тела, слабость, головная боль), регионарным лимфаденитом (у 70% пациентов).

Инфильтративная трихофития волосистой части головы наблюдалась у 12 больных (10,5%), а у 5 одновременно было и поверхностное поражение. Очаги инфильтративной трихофитии имели размеры от 1,0 до 14 см в диаметре. Вокруг крупного очага нередко располагалось несколько меньших.

Чаще инфильтративная трихофития волосистой части головы наблюдалась (у 7 больных – 58,3%) в виде островоспалительных, инфильтрированных бляшек, покрытых местами серозными и реже гнойными корочками. У 2 (16,6%) больных протекала в виде гиперемированных бляшек с более или менее выраженным отеком, индурацией кожи и незначительными фолликулярными гнойничками.

Рис. 5. Очаг инфильтративно-нагноительной трихофитии, напоминающий акне-келоид

Поверхностная форма трихофитии волосистой части головы, вызванная *Tr. verrucosum* наблюдалось у 9 (7,9%) больных. Из них у 6 паицентов заболевание на волосистой части головы сопровождалось поражением гладкой кожи. Преимущественно были единичные очаги от одного до трех, а у 2 – множественные, размеры которых варьировали от 1 до 5 см в диаметре.

Наиболее частым типом поражения поверхностной формы (у 7 пациентов) было наличие воспалительных, слегка инфильтрированных пятен неправильных или округлых очертаний с шелушением, а иногда с серозными корками. У остальных больных (n=2) трихофития характеризовалась пятнами с воспалительным венчиком по периферии, покрытых бело-желтыми чешуйками, напоминающие себореиды. При всех этих формах наблюдалось поредение волос в очагах.

Атипичные формы в области волосистой части головы в целом регистрировались у 3,6% больных. К ним относятся очаги, напоминающие псориаз (1,8%), микробную экзему (0,9%) и акне-келоид (0,9%). Очаги напоминающие псориаз протекали с наличием множественных крупных инфильтрированных бляшек, покрытых серебристо-белыми корочками. Поражение по типу микробной экземы характеризовалась серозно-гнойными корками, мокнущими эрозиями.

Инфильтративно-нагноительная трихофития в области бороды локализовалась у двух больных (1,7%), над верхней губой в области усов также у двух (1,7%). В указанных областях имелись округлой формы инфильтраты в виде кериона Цельсия, покрытые местами толстыми гнойно-геморрагическими корками.

На гладкой коже очаги в 3 раза преобладали на открытых участках кожного покрова в сравнении с закрытыми (75,4% против 24,6%) ($p<0,05$). Инфильтративный вариант течения встретился в 9,1 раз чаще чем эритематозносквамозный (87,1% против 9,6%) ($p<0,05$) и характеризовался наличием воспалительных бляшек с единичными фолликулярными папулами и пустулами. Инфильтративно-нагноительная форма поражения регистрировалась у 3,3% больных, при этом отмечались очаги с четкими границами в виде воспалительных бляшек, с множественными пустулезными элементами и гнойно-геморрагическими корочками на поверхности (рис. 3.3.1.6).

Единичные и множественные очаги встречались одинаково часто (52,1% и 47,9% соответственно) ($p>0,05$), в 9,8% случаев отмечались очаги типа «iris», в атипичные формы встретились у 8,2% больных, при этом очаги напоминали псориаз, розовый лишай Жибера, монетовидную экзему и дискоидную красную волчанку.

У 48 (24,6%) больных отмечали атипичную локализацию трихофитии в паховой области, особенности которой описаны в подглаве 3.5.

ВЫВОД. Трихофитию в большинстве случаев вызывает *Tr. verrucosum* (70,4%), реже гипсовый трихофитон (15,5%). В структуре больных зоонозной трихофитией, вызванной *Tr. verrucosum* преобладает возрастная группа 4-9 лет (45,6%); школьники – в 1,7 раза чаще болеют чем неорганизованные дети ($p<0,05$). Часто заболевание встретилась и в возрастной группе старше 17 лет (27,1%).

Рис. 6. Инфильтративно-нагноительная трихофития гладкой кожи, вызванная *Tr. Verrucosum.*

Отличий во встречаемости с учетом пола в возрастных группах 0-3 лет и от 4 до 9 лет не отмечено ($p>0,05$), в возрастных группах 10-16 лет преобладают мальчики, старше 17 лет – лица женского пола ($p<0,05$). Заболеваемость сельских жителей в 1,7 раза чаще регистрировалась чем у городских ($p<0,05$). В 3,4 раза чаще источником возбудителя были крупный рогатый скот по сравнению с человеком ($p<0,05$). Число больных, зарегистрированных зимой и весной, в 2,5 раза преобладает, чем летом и осенью ($p<0,05$). Локализация зоонозной трихофитии на волосистой части головы и на гладкой коже была одинаковой ($p>0,05$), в 16,8% встречался сочетанный процесс. При поражении волосистой части головы резко превалировала инфильтративно-нагноительная форма над инфильтративной и поверхностной формами ($p<0,05$). Атипичные формы в области волосистой части головы регистрировались у 3,6% больных. К ним относятся очаги, напоминающие псориаз (1,8%), микробную экзему (0,9%) и акне-келоид (0,9%). На гладкой коже очаги в 3 раза преобладали на открытых участках кожного покрова в сравнении с закрытыми ($p<0,05$), инфильтративная форма превалировала над эритематозносквамозной ($p<0,05$). Атипичные формы встретились у 8,2% больных, очаги напоминали псориаз, розовый лишай Жибера, монетовидную экзему и дискоидную красную волчанку. При инфильтративно-нагноительной форме поражения волосистой части головы чаще всего наблюдаются длительное и вялое течение патологического процесса, в 25% случаев с нарушением общего состояния пациентов и в 70% – регионарным лимфаденитом.

Выводы:

1. В структуре больных зоонозной трихофитией, вызванной Tr. verrucosum преобладает возрастная группа 4-9 лет (45,6%). Школьники в 1,7 раза чаще болеют, чем неорганизованные дети.
2. Заболеваемость сельских жителей в 1,7 раза чаще регистрировалась чем у городских
3. Источником возбудителя чаще всего является крупный рогатый скот (68,2%).
4. Число больных, зарегистрированных зимой и весной, в 2,5 раза преобладает, чем летом и осенью.
5. Локализация зоонозной трихофитии на волосистой части головы и на гладкой коже была одинаковой, в 16,8% встречался сочетанный процесс.
6. При поражении волосистой части головы резко превалировала инфильтративно-нагноительная форма над инфильтративной и поверхностной формами. Атипичные формы в области волосистой части головы регистрировались у 3,6% больных.
7. На гладкой коже очаги в 3 раза преобладали на открытых участках кожного покрова в сравнении с закрытыми, инфильтративная форма превалировала над эритематозносквамозной. Атипичные формы встретились у 8,2% больных.

УДК 616.151.5

ТРОМБОЗЫ, КАК СЛЕДСТВИЕ ПОСТКОВИДНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Ж.С. Деркембаева, Т.А. Байсекеев, А.О. Зибирова, А.Б. Дилдебеков, А.М. Курманкулова, З.К. Имангазиева, Г.О. Орунбекова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
Кафедра Анестезиологии и интенсивной терапии до и последипломного обучения,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. На базе Национального Госпиталя Министерства Здравохранения Кыргызской Республики (НГ МЗ КР) отделение сосудистой хирургии с августа по декабрь 2020 года зарегистрировано 239 случаев тромбоза среди людей перенесших COVID-19. На основе разбора одного клинического случая и составлении статистических данных по истории болезни были изучены: половые, возрастные особенности, виды оперативных вмешательств, наличие сопутствующих заболеваний, а также некоторые особенности протекания болезни. Установлено, что частота возникновения тромбоза у людей нетрудоспособного возраста от 61 и более лет выше, чем у других перенесших COVID-19.

Ключевые слова: коронавирус, тромбоз, эмболия, тромбоэмболия, осложнения, постковидные осложнения, тромбообразование, постковидный синдром, COVID-19, расслаивающаяся аневризма инфраренального отдела брюшной аорты, артериальный тромбоз, венозный тромбоз.

ТРОМБОЗДОР ПОСТКОВИДДИК ТАТААЛДАШУУЛАРДЫН НАТЫЙЖАСЫ

Ж.С. Деркембаева, Т. А. Байсекеев, А.О. Зибирова, А.Б. Дилдебеков, А.М. Курманкулова, З.К. Имангазиева, Г.О. Орунбекова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медицина Академиясы
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
Анестезиология жана интенсивдүү дарылоо дипломго чейинки жана дипломдон кийинки билим кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын базасында кан тамыр хирургиясы бөлүмүндо 2020-жылдын августунан декабрына чейин COVID-19 оорусуна чалдыккан адамдардын арасында 239 тромбоз учуру катталган. Бир клиникалык учурду талдоонун жана оорунун тарыхы боюнча статистикалык маалыматтарды топтоонун негизинде төмөнкүлөр изилденди: жынысы, жаш өзгөчөлүктөрү, хирургиялык кийлигишүүлөрдүн түрлөрү, коштолгон оорулардын болушу, ошондой эле оорунун айрым өзгөчөлүктөрү. 61 жана жогору жаштагы эмгекке жараксыз куралтагы адамдардын арасында тромбоздун пайда болушу ковид 19 оорусу менен ооруган башка адамдарга караганда жогору экени аныкталды
Негизги сөздөр: коронавирус, тромбоз, эмболия, тромбоэмболия, татаалдашуулар, Постковиддик татаалдашуулар, тромбдун пайда болушу, постковиддик синдром, COVID-19, ичтин инфрареналдык ич аортасынын кабыгуучу аневризмасы, артерия тромбозу, веналык тромбоз.

THROMBOSIS AS ACONSEQUENCE OF POSTCOVID COMPLICATIONS

J.S. Derkenbaeva, T.A. Baisekeev, A.O. Zibirova, A.B. Dildebekov, A.M. Kurmankulova, Z.K. Imangazieva, G.O. Orunbekova
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Anesthesiology and Intensive care under and post graduate education,
Bishkek city, Kyrgyz Republic

Summary. On the basis of the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic Vascular Surgery Departments from August to December 2020, 239 cases of thrombosis were reported among COVID-19 survivors. Based on the analysis of the clinical case and the compilation of statistical data on the history of the disease were studied: gender, age characteristics, types of surgery, the presence of concomitant diseases, as well as some features of the disease. It was found that the incidence of thrombosis in people of disabled age from 61 years and more is higher than in other COVID-19 survivors.
Keywords: coronavirus, thrombosis, embolism, thromboembolism, complications, thrombosis, postcovid complications, postcovid syndrome, COVID-19, Dissecting aneurysm of the infrarenal abdominal aorta, arterial thrombosis, venous thrombosis.

Введение: На данный момент распространение новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2, классифицируемой сейчас как COVID-19, приобрело глобальный характер[1]. Врачи, занимающиеся лечением пациентов с CoViD-19, ежедневно сталкиваются с новыми серьезными проблемами, которые требуют новых решений. Среди переболевших короновирусом все чаще регистрируются пациенты, у которых после перенесенного недуга обострились хронические заболевания, появились проблемы с сердечно-сосудистой системой. Кроме того, есть и те, у кого нарушился кровоток, за счет нарушения свертываемости крови с развитием тромбозов и тромбоэмболий, по этой причине многие больные во время лечения бесконтрольно принимали антикоагулянты, что усугубило ситуацию. В Кыргызстане вспышка COVID-19 началась в марте, на тот момент многие отечественные врачи не имели полных сведений о том, как болезнь отражается на здоровье людей и каким должен быть процесс их реабилитации. По этой причине и стало возрастать количество постковидных осложнений. На данный момент известно, что COVID-19 воздействует на различные группы людей в разной степени и способен вызывать поражение всех органов и систем организма. Одним из опасных постковидных осложнений является высокий риск образование тромбозов и тромбоэмболий [2].

Коронавирусная инфекция – острое вирусное заболевание с преимущ1ественным поражением верхних дыхательных путей, вызываемое РНК-содержащим вирусом рода Betacoronavirus семейства Coronaviridae. Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 года присвоил собственное название возбудителю инфекции COVID-19 – SARS-CoV-2. Новый коронавирус SARS-CoV-2 представляет собой одноцепочечный РНК-содержащий вирус, относится к семейству Coronaviridae,

относится к линии Beta-CoV B. Коронавирус SARS-CoV-2 предположительно является рекомбинантным вирусом между коронавирусом летучих мышей и неизвестным по происхождению коронавирусом. Генетическая последовательность SARS-CoV-2 сходна с последовательностью SARS-CoV по меньшей мере на 79% [1].

Спектр клинических проявлений новой коронавирусной инфекции COVID-19 варьируется в широких пределах – от незначительных неспецифических симптомов (лихорадки, сухого кашля, диареи, легкой одышки) до тяжелой пневмонии с дыхательной недостаточностью, необходимостью механической вентиляции легких, шоком и полиорганной дисфункцией (у 5% инфицированных). Врачи, ежедневно сталкиваются с постковидными синдромами, одной из которых является высокая предрасположенность к развитию тромбозов и венозных тромбоэмболий (ВТЭ). При попадании коронавируса в организм активируется определенный белок, запускающий часть нашей иммунной системы, которая повышает свертываемость крови. Оказалось, что ключевой механизм образования тромбов при COVID-19 – активация так называемой системы комплемента – совокупности белков плазмы крови, участвующих в реализации иммунного ответа[3].

Функция системы комплемента, включающей около пятидесяти белков, циркулирующих в крови, – распознавать и быстро обезвреживать бактерии и вирусы, а также мертвые и поврежденные клетки в кровотоке. Таким образом, система комплемента выполняет важную функцию очистки. Но когда ее активация становится слишком мощной, например, при тяжелых инфекциях, система становится сверхактивной и начинает воздействовать на собственные клетки организма, что приводит к повреждению тканей. Многие Ученые считают, что активация системы комплемента посредством MBL способствует общему повышению свертывания крови и увеличению риска тромбоза [3].

Тромбоз – прижизненное формирование внутри кровеносных сосудов свёртков крови (тромбов), препятствующих свободному потоку крови по кровеносной системе. Когда кровеносный сосуд повреждается, организм использует тромбоциты и фибрин для формирования сгустка крови, предотвращающего потерю крови. При определённых условиях тромбы могут образовываться в кровотоке даже без повреждения сосудов. Когда тромб перекрывает более 75 % площади поперечного сечения просвета артерии, приток крови (и, соответственно, кислорода) к ткани снижается настолько, что проявляются симптомы гипоксии и накопления продуктов метаболизма, в том числе молочной кислоты. При достижении обструкции более 90 % может проследовать гипоксия, полное лишение кислорода и смерть клеток [4].

В зависимости от локализации тромбов, тромбозы подразделяются на артериальные и венозные. Артериальный тромбоз – тромб препятствует поступлению в различные органы или в конечности обогащенной кислородом крови, вследствие чего происходит нарушение функции органа. Артериальный тромбоз может стать причиной инфаркта миокарда, инфаркта головного мозга и гангрены[5].

Венозный тромбоз – в различных органах или в конечностях, прежде всего в ногах, затруднен кровоток, в результате чего в пораженном органе или конечности происходит застой крови, появляются боль и воспаление. При высвобождении кусочков тромба (эмбол) может произойти тромбоэмболия легочной артерии – закупорка кровеносного сосуда принесенными кровотоком кусочками тромба[5].

Выделяют следующие факторы, способствующие развитию тромбоза (триада Вирхова): состав крови (гиперкоагуляция или тромбофилия), повреждение сосудистой стенки (повреждение клеток эндотелия), характер кровотока (стаз, турбулентность), гиперкоагуляция [4].

Механизмы тромбообразования были сформулированы R. Virchow еще в середине XIX века: повреждение сосудистой стенки, замедление кровотока и повышение свертываемости крови. Наиболее важными для возникновения венозного тромбоза являются гемодинамические нарушения (замедление кровотока), при этом ключевую роль в формировании тромба играет активация процессов свертывания крови, приводящая к образованию фибрина. Полицитемия, эритроцитоз, тромбоцитоз, дегидратация, диспротеинемия, значительное увеличение содержания фибриногена способствуют тромбообразованию. Известно множество факторов риска венозного тромбоза: различные тромбофилии, перенесенная операция, травма, сердечная недостаточность III-IV функционального класса, новообразования, сепсис, острая инфекция (например, пневмония), постельный режим более трех суток, инсульт, инфаркт миокарда, заболевания легких. А также, как выяснили многие ученые, одним из факторов тромбообразования является перенесенная коронавирусная инфекция (постковидный синдром) [4].

Сгусток, который свободно циркулирует по всему кровеносному руслу, называется эмбол. Самый частый вид эмболии сосудов Тромбоэмболия – острая закупорка кровеносного сосуда тромбом, оторвавшимся от места своего образования (на стенке сердца, сосуда) и попавшим в циркулирующую кровь. В результате тромбоэмболии кровоток в сосуде прекращается, возникает ишемия ткани в бассейне окклюзированного сосуда, часто завершающаяся ишемическим инфарктом [4].

Цель исследования: Выявить частоту и сроки возникновения тромбозов у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное обсервационное исследование на основании изучении данных историй болезней 494 пациентов, госпитализированных в Национальный Госпиталь Министерства Здравохранения Кыргызской Республики в отделение сосудистой хирургии за период август по декабрь 2020 год, из них были отобраны 239 истории болезней больных, переболевших коронавирусной инфекцией из них 138 женщин 101 мужчин.

Результаты исследования:

По результатам исследования, основанные на изучении 239 историй болезней пациентов с постковидным синдромом, было выяснено, что венозные тромбозы встречаются на 74% чаще, чем артериальные тромбозы (рис. 1).

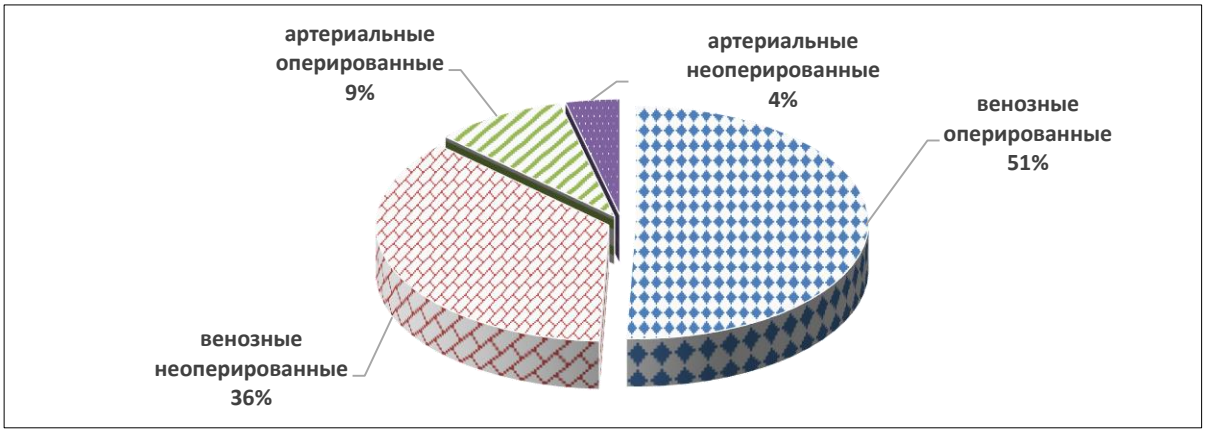


Рисунок 1. Соотношение прооперированных и не прооперированных случаев артериальных и венозных тромбозов.

В зависимости от пола: из 239 пациентов, у которых диагностировали тромбоз: 101 мужчин, 138 женщин. Артериальные тромбозы встречались у 18 мужчин от общего числа, а у женщин 13. Венозные тромбозы были диагностированы у 83 мужчин и у 125 женщин.

У женщин по сравнению с мужчинами, частота заболеваемости на 15,4% выше. Эта тенденция наиболее выражена в нетрудоспособном возрасте от 61 и более лет (Таблица 1).

Таблица 1.

Соотношение видов тромбозов к проведенным операциям с учетом половой принадлежности

пол	всего	артериальные прооперированные	артериальные не оперированные	венозные прооперированные	венозные не оперированные
м	101	13	5	48	35
ж	138	9	4	73	52

Показано, что пациентов в возрасте:

- от 18-30лет – нет по артериальным тромбозам; 15 с венозными тромбозами- 4 из которых были прооперированы, а 11 получили консервативное лечение.
- с 31-45лет – у 5 человек диагностирован артериальный тромбоз: 3 из них были прооперированы, а 2 получили консервативное лечение; у 43 человек диагностирован венозный тромбоз: у 22 из которых была проведена операция, а 21 получали консервативное лечение.
- с 46-60 лет – у 12 человек диагностирован артериальный тромбоз: 7 из которых были прооперированы, а 5 нет; у 63 человек диагностирован венозный тромбоз: 35 из которых прооперированные, а 28 получили консервативное лечение.

- с 61 года и более – у 14 человек был диагностирован артериальный тромбоз: 12 из которых были прооперированы, а 2 получили консервативное лечение.

Из приведенной таблицы видно, что больные были в возрасте от 18 до 91 года, основная группа больных по возрастной категории была в пожилом нетрудоспособном возрасте от 61 года и выше (таблица 2).Таблица 2.

Распределение по возрастам

возраст	артериальные прооперированные	артериальные не оперированные	венозные прооперированные	венозные не оперированные
18-30	0	0	4	11
31-45	3	2	22	21
46-60	7	5	35	28
61-более	12	2	58	29

Из 239 пациентов: с г. Бишкек – 105 человек (44%), Ощской области – 3 (1%), с Иссык-Кульской области – 33 (14%), с Джалал-Абадской области – 4 (2%), с Таласской области – 13 (6%) , с Чуйской области – 65 (27%), с Баткенской области – 3 (1%), а с Нарынской области 13 человек (5%) (рис. 2).

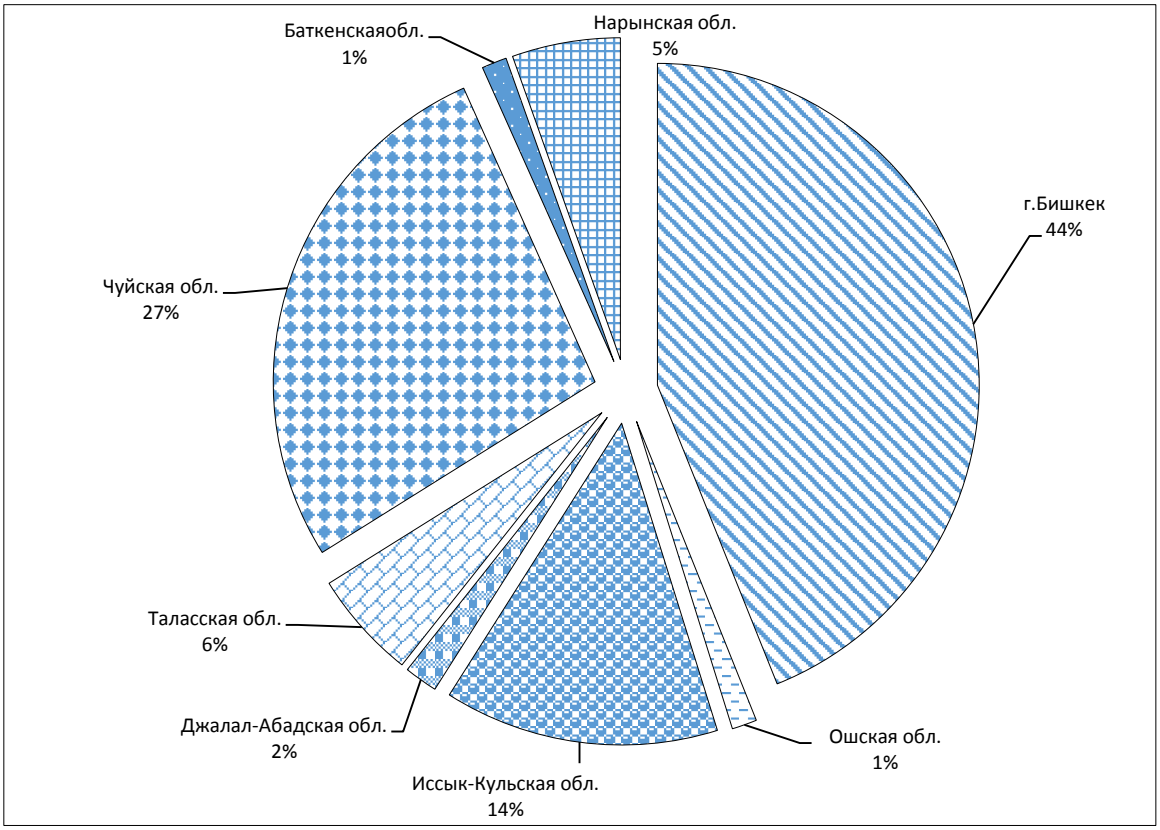


Рисунок 2. Распределение пациентов по регионам получивших лечение в Национальном госпитале(НГ МЗ КР)

Исходя из этих данных следует, что больше всего в НГ МЗ КР проходили лечение лица с пропиской в г. Бишкек и жители Чуйской области.

И меньше всего людей с других регионов.

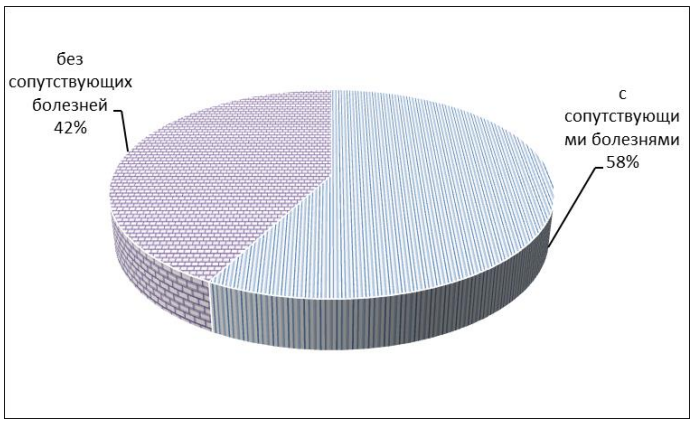


Рисунок 3. Соотношение сопутствующих заболеваний у пациентов

На рисунке 3 показано количественное соотношение из 239 человек, у которых имелись сопутствующие заболевания – это 138 человек (58%) и те, у кого их не было – это 101 человек, что составляет 42%.

Это может обуславливаться тем, что люди с сопутствующими заболеваниями, в частности, с заболеваниями сердечно-сосудистой системы больше подвержены к постковидным осложнениям в виде тромбозов и тромбоэмболий.

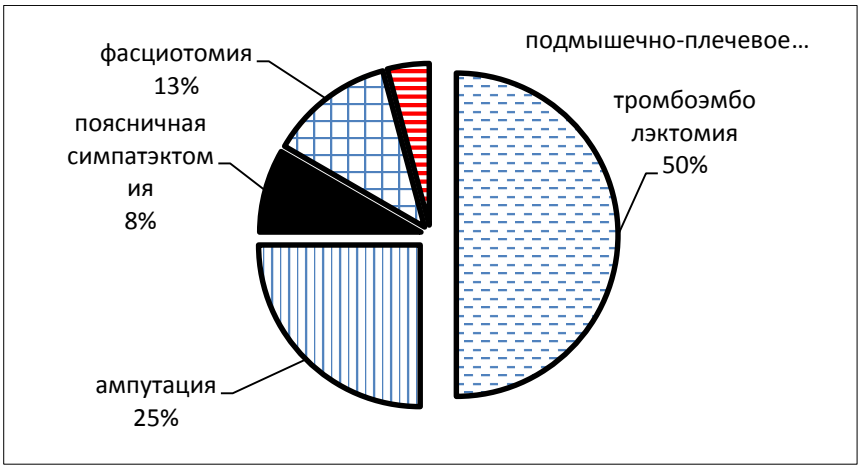


Рисунок 4. Виды операций при артериальных тромбозах в процентом соотношении

На рисунке 4 размещена информация о видах операций при артериальных тромбозах выполненных в процентом соотношении. Из чего следует, что в 50% случаев при артериальных тромбозах проводилась – тромбоэмболэктомия, в 25% случаев проводилась ампутация, в 13% случаев фасциотомия, в 8 % случаев была операция поясничной симпатэктомии, а реже всего в 4% случаев проводилась операция подмышечно-плечевое аутовенозное шунтирование (рис 4).

Причиной частого проведения тромбоэмболэктомий может быть то, что это один из первых этапов в лечении артериальных тромбозов. Также показателем опасности артериальных тромбозов может служить высокий процент операций по ампутации, что доказывает риск серьезных необратимых реакций в данной патологии.

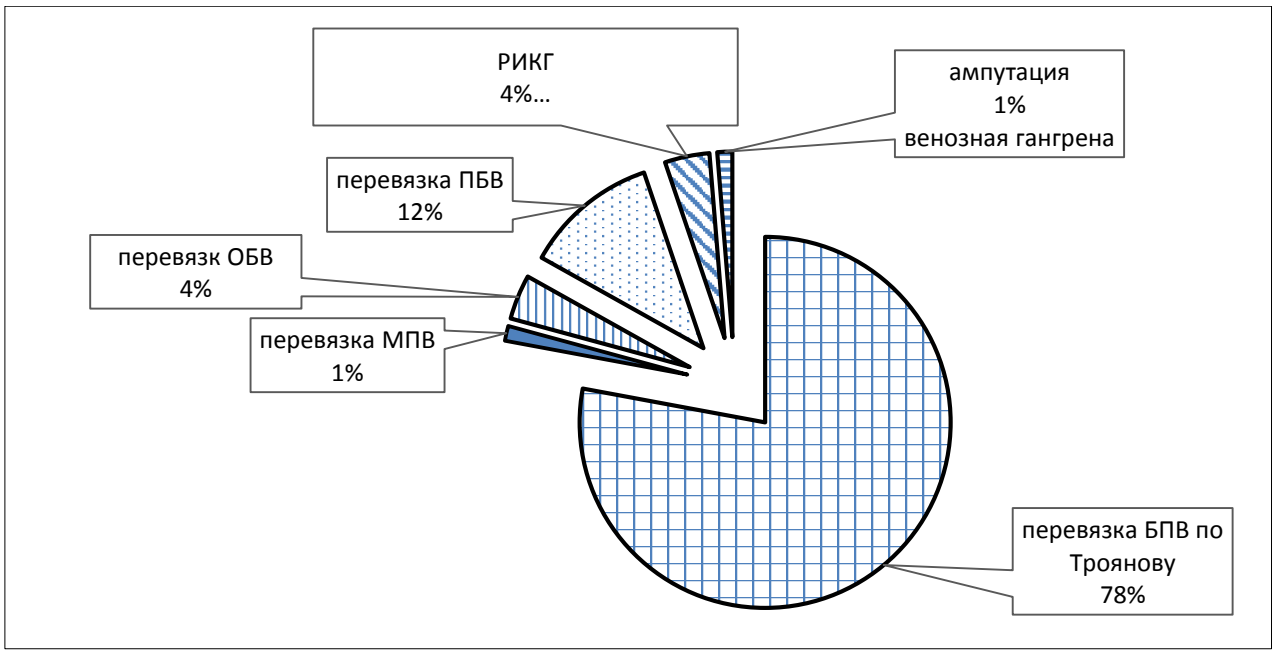


Рисунок 5. Виды операций при венозных тромбозах

В данном случае: перевязка большой подкожной вены(БПВ) по Троянову составляет 78% операций, перевязка по поверхностной бедренной вены(ПБВ) составляет 9%, частота ретроградной-илиокаваграфии (РИКГ) с имплантацией противоэмболического кава- фильтра в нижнюю полую вену 4% и перевязки общей бедренной вены(ОБВ) составляет по 4%, ампутации и перевязки малой подкожной вены(МПВ) составляют по 1% (рис. 5).

Следует отметить, что больше всего венозные тромбозы были локализованы в венах в нижних конечностей, и чаще всего проводились операции по перевязке большой подкожной вены(БПВ) по Троянову.

По результатам исследования и анализа, основаного на конкретном клиническом случаи было выявлено, что последствия постковидного синдрома могут проявлятся после длительных сроков вследствии перенесенной инфекции.

Клинический случай: 6 ноября 2020 года в НГ МЗ КР отделение сосудистой хирургии поступил мужчина 42 лет с Джалал-Абадской области. При этом больной предъявлял жалобы на шум в ушах пульсирующего характера, головную боль и боли в животе с иррадиацией в поясничную и в подвздошную области [6].

Со слов больного работал на стройке в Санкт-Петербурге на протяжении двух лет. В мае 2020-года переболел коронавирусной инфекцией. А в сентябре этого же года попал в Санкт-Петербургскую «Городскую Мариновскую больницу» в отделение терапии с сильными болями в животе и с АД 240 мм ртутного столба. Питерские доктора, обследовав поступившего больного, нашли у него кучу хронических заболеваний, о которых ранее он даже не подозревал. Врачи данной больницы предположили, что обострение хронических заболеваний было тесно связано с перенесенным COVID-19, так как именно после перенесенной инфекции, появились данные осложнения [6].

Там он получал лечение по поводу врожденная аномалия сосудов: Кинкинг инфраренального отдела брюшной аорты на уровне L2 позвонка. Удвоение правой почечной артерии. Дистопия правой почки. Вторичная реноваскулярная артериальная гипертензия 3 ст. Гипертонический криз острая левожелудочковая недостаточность(ОЛЖН) Killip III от 30.08.2020, купирован. Хроническое расслоение нисходящего отдела аорты, с распространением на Левую общую подвздошную артерию (ЛОПА), Левая Наружная Подвздошная Артерия (ЛНПА) III расслоения по M. De Baky. Самостоятельная диссекция ЛОПА, с распространением на Левую Внутреннюю Подвздошную Артерию (ЛВПА). Окклюзия Наружной Подвздошной Артерии (НПА). Хронический гастродуоденит.

Рисунок 6.

Во время лечения была выявлена дистония почки с аномалией правой почечной артерии. Был консультирован хирургом, рекомендовано было оперативное лечение, от которого он отказался. По приезду в КР обратился в сосудистую хирургию НГ МЗ КР, в связи с усилениями вышеперечисленных жалоб. Был госпитализирован в экстренном порядке для стационарного лечения.

Объективно: Общее состояние средней тяжести, сознание ясное, положение, вынужденное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, без патологических высыпаний. Дыхание жесткое, одинаково проводится с обеих сторон, в нижних отделах ослабленно, хрипов нет. Сердечный тон ритмичный, ясный. АД-180-220/120-130 мм. рт. ст. ЧСС-84 уд в мин. Язык чистый, влажный. Живот слегка вздут, умеренно болезнен в зоне правой подвздошной области. Перитонеальных явлений нет. Стул и диурез не нарушен.

Локально: Живот слегка вздут, при пальпации отмечается болезненность в левой подвздошной и поясничной области с обеих сторон. Симптом Пастернацкого справа слабо положительная.

УЗДС аорты от 03.11.2020г. из амбулаторной карты: Осмотр супраренального сегмента брюшной аорты ограничен. На уровне почечных артерий аорта диаметром 19 мм, с уровня отхождения почечных артерий аорта С-образно изгибается кпереди и аневризматически расширяется на всем протяжении с переходом в общие подвздошные артерии. При ЦДК аневризма определяется двух-просветным (диссекция) с наибольшим переднезадним размером 39мм, поперечным размером 45 мм, стенкой толщиной до 1,4 мм. Диаметр общих подвздошных артерий расширен до 24 мм, С-образный кинкинг обеих наружных подвздошных артерий (д=10-8 мм) и левой внутренней подвздошной артерии (д=12 мм), ТИМ утолщен до 2,4 (вероятно давнее кровоизлияние в интиму артерий). В аневризме и подвздошных артериях магистрально измененный, монофазный и бифазный с турбулентным характером кровоток. Почечные артерии лоцировать не удается. Артерии нижних конечностей: левая ГБА тотчас после отхождения удваивается, одна ветвь окклюзирована прослеживается на всем протяжении 16 мм кровоток в остальных магистральных артериях магистрального типа, трехфазный, прослеживается на всем протяжении. НПВ и подвздошные вены проходимы, сжимаемы (рис. 6).

КТ панаортография от 05.11.2020 г.: Данные за умеренное расширение восходящего отдела аорты. Расслоение в инфраренальном сегменте брюшной аорты с распространением на общую, наружную и внутреннюю подвздошные артерии слева. Добавочные почечные артерии справа. Правосторонний кинкинг брюшной аорты и общей подвздошной артерии слева. Незавершенная ротация и дистопия правой почки.

ОАК от 16.11.2020. Общий белок – 73г/л., Магний – 0,92 ммоль/л, Кальций – 2,25 ммоль/л, Натрий – 141 ммоль/л, Калий – 4,9 ммоль/л., Альбумин – 70,4%, Глобулины: Альфа1-1,2%, Альфа2-5,6%; Бета – 9,5%; Гамма – 13,3%. Коэффициент альбумин\глобулин – 2,4.

От 12.11.2020 г. Креатинин – 79,5г/л.; RW – от 06.11.2020 – отриц.; ССК 85%; Фибриноген «А» – 3996. ОАК от 10.11.2020 НВ – 131 г/л, эр. – 4,7 млн., Л-6-4 тыс., п-0, с-61, э-7, л-25, м-7%, Ht-38% СОЭ – 11 мм ч.; От 08.11.2020 г. – Общий билирубин – 8,3 ммоль/л; прямой – 0, креатинин – 165 ммоль/л.

ССК от 11.11.2020г.: Тромботест – 6ст, ПТИ – 100%; Фибриноген «А» – 2664.

Консультация уролога от 31.11.2020 г. Аномалия развития мочеполовой системы. Тазовая дистопия правой почки. Артериальная гипертензия. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. ХПН интерметтирующая стадия.

Консультация нефролога от 18.11.2020 г.; от 24.11.2020 г. Заключение: Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. ХБПС3бАо. ХПН. Субклиническая стадия.

На основании вышеперечисленных данных выставлен клинический диагноз: Расслаивающаяся аневризма инфраренального отдела брюшной аорты. Вазоренальная гипертензия. Болевой синдром.

19.11.2020: Была проведена девятичасовая операция: Лапаратомия. Нефроэктомия справа. Ликвидация аневризмы аорты. Аорто-бедренное бифуркационное протезирование с протезом «ЭКОФЛОН». Входе длительной операции был применен эпидуральный наркоз с последующим применением комбинированного интубационного наркоза.

Выводы:

1. У женщин по сравнению с мужчинами, частота заболеваемости на 15,4% выше. Эта тенденция наиболее выражена в нетрудоспособном возрасте от 61 и более лет.
2. Венозные тромбозы встречаются на 74% чаще, чем артериальные тромбозы.
3. Больше всего венозные тромбозы были локализованы в венах нижних конечностей, и чаще всего проводились операции по перевязке большой подкожной вены(БПВ) по Троянову.
4. Люди с сопутствующими заболеваниями, в частности, с заболеваниями сердечно-сосудистой системы больше подвержены к постковидным осложнениям в виде тромбозов и тромбоэмболий.

Основываясь на выше перечисленные результаты нашего исследования, мы выяснили, что последствия постковидного осложнения могут проявляться через длительный срок после перенесенной инфекции. Также было выявлено то, что после перенесенного covid-19 обострялись хронические заболевания, появлялись проблемы с сердцем и кровеносными сосудами

Литература:

1. *Bassetti M. The Novel Chinese Coronavirus (2019-nCoV) Infections: challenges for fighting the storm. https://doi.org/10.1111/eci.13209 URL:https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eci.13209*
2. *В.Я. Хрыщанович. Принципы ведения пациентов с венозной тромбоэмболией в период пандемии COVID-19//В.Я. Хрыщанович// Новости хирургии. – Том 28. – №3. – 2020. – стр. 329-330*
3. *Владимир Астапкович. Ученые выяснили, почему при COVID-19 образуются тромбы/Владимир Остапкович https://ria.ru/20200902/koronavirus-1576644956.html (11.02.2020)*
4. *https://ru.wikipedia.org(10.02.2020)*
5. *www.Regionaalhagia.ee Regionaalhagia//Северо-Эстонская региональная больница//Тромбоз//. – 2015. – стр. 3-4.*
5. *Нина Ничипорова. Почти на разрыве аорты. Врачи Нацгоспиталя спасли безнадежного больного//Нина Ничипорова// Вечерний Бишкек/ 05.02.2021/ https://www.vb.kg/397004.*

УДК: 616.89.008

РАННИЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Иманкадыровна Э.И., Эсенова А.К., Саттарова У.П., Кыргызов О.Ф., Темирбекова А.Т., Зибирова А.О.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им.И.К.Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),
Кафедра Анестезиологии и интенсивной терапии до- и последипломного обучения,
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Эсенова А.К. – студент 5 курса лечебного факультета КГМА им. И.К. Ахунбаева, esenovaayday@gmail.com
Саттарова У.П. – студент 3 курса педиатрического факультета КГМА им. И.К. Ахунбаева sattarovauulhan1@gmail.com
Кыргызов О.Ф. – студент 3 курса лечебного факультета КГМА им. И.К. Ахунбаева o.kyrgyzov@gmail.com
Темирбекова А.Т. – студент 5 курса лечебного факультета КГМА им. И.К. Ахунбаева aytemirbekova@gmail.com
Зибирова А.О. – студент 6 курса педиатрического факультета КГМА им. И.К. Ахунбаева aigulzibirova@gmail.com

Резюме: Цель. Оценить когнитивные нарушения при лапараскопической холецистэктомии и его преимущества послеоперационном периоде. В статье проведен анализ частоты когнитивных нарушении у пациентов после лапараскопической холецистэктомией.
Ключевые слова: анестезиология, лапароскопия, когнитивные нарушения, лапаротомия, холецистэктомия

АНЕСТЕЗИЯЛОГИЯДАГЫ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСЫНАН КИЙИНКИ ЭРТЕ КОГНИТИВДИК БУЗУЛУУЛАР

Иманкадыровна Э.И., Эсенова А.К., Саттарова У.П., Кыргызов О.Ф., Темирбекова А.Т., Зибирова А.О.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
(ректору – м.и.д., проф., Кудайбергенова И.О.),
Дипломго чейинки жана дипломдон кийинки Анестезиология жана интенсивдуу дарылоо кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Максат. Лапароскопиялык холецистэктомия операциясынын артыкчылыгын жана когнитивдик бузулууну баалоо. Бул макалада оорулуулардын лапороскопиялык холецистэктомия операциясынан кийинки когнитивдик бузулууларынын анализинин жыштыгы көрсөтүлдү.
Ачкыч сөздөр: анестезиология, лапароскопия, когнитивдик бузулуулар, лапаротомия, холецистэктомия.

EARLY COGNITIVE DISORDERS IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN ANESTHESIOLOGY

Imankadyrovna E, Esenova A.K., Sattarova U.P., Kyrgyzov O.F., Temirbekova A.T., Zibirova A.O.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev.
(rector – d.m.s., prof.Kudaibergenova I.O.),
Department of Anesthesiology and Intensive Care for Pre- and Postgraduate Studies.
Bishkek city, Kyrgyz Republic.

Summary: Purpose. To assess cognitive impairment during and advantages over laparotomic cholecystectomy. The article analyzes the frequency of cognitive impairment in patients after laparoscopic cholecystectomy.
Key words: anesthesiology, laparoscopy, cognitive impairment, laparotomy, cholecystectomy.

Актуальность: В нынешнее время увеличивается количество публикаций о развитии когнитиных дисфункций в той или иной степени выраженности и его продолжительности у больных различных групп после оперативных вмешательств в условиях общей анестезии. Широкое применение в клинической практике лапароскопической холецистэктомии увеличило показания к использованию этого метода, так как преимуществом его является быстрый период восстановления после операции, а также восстановление сил и возвращение к повседневной жизни и работе. Продолжительность проведения лапаротомных вмешательств увеличивает риск, как анестезиологического обеспечения, так и риск хирургического вмешательства. Также эта проблема требует поиска новых подходов к анестезиологическому обеспечению, позволяющих повысить безопасность хирургического лечения и сохранить максимально компенсаторные и адаптационные возможности организма. Чем длительнее проводится хирургическое вмешательство, тем больше нейротоксическое воздействие общей анестезии, приводящее к послеоперационным когнитивным нарушениям. Эта проблема обуславливает медико-социальными последствиями когнитивных расстройств, которые оказывает нежелательные последствия не только на продолжительность госпитализации, но и на качество жизни больных в отдаленном послеоперационном периоде.

Введение. Под когнитивными расстройствами понимают – субъективное и/или объективно выявляемое ухудшение когнитивных функций (внимания, памяти, речи, восприятия, праксиса, управляющих функций) по сравнению с исходным индивидуальным и/или средними возрастными и образовательными уровнями вследствие органической патологии головного мозга и нарушения его функции различной этиологии, влияющее на эффективность обучения, профессиональной, социальной и бытовой деятельности.

Внимание – умение долгосрочно концентрироваться на наиболее актуальных целях и задачах, удерживать в восприятии разные объекты;

Память – способность запечатлевать, сохранять и многократно воспроизводить полученную информацию;

Гнозис – способность воспринимать и распознавать информацию различной модальности;

Праксис – способность усваивать и удерживать разнообразные двигательные навыки, в основе которых лежат автоматизированные серии движений;

Речь – способность понимать обращенную речь и выражать свои мысли с помощью слов;

Мышление – способность к анализу информации, выявлению сходства и различия, общего и частного, главного и второстепенного, способность к абстрагированию, решению задач, построению логических умозаключений.

Вся система когнитивных функций когнитивных функций составляет интеллект.

Послеопреционная когнитивная дисфункция представляет собой синдром, клинически характеризующийся нарушением когнитивных функций (одной или нескольких). Таким образом общая анестезия вызывает повышение проницаемости мембран митохондрий, приводя к их дисфункции, нарушает кальциевый гомеостаз в нейронах, угнетает энергетические процессы, запуская в итоге процессы апоптотической гибели нейрона через активацию каспаз. Общие анестетики также влияют на центральную холинергическую передачу, угнетая работу последней посредством снижения высвобождения ацетилхолина и играя тем самым важную роль в формировании когнитивного дефицита. Повышенная плазменная концентрация копептина – белка, высвобождаемого гипоталамусом вместе с вазопрессином, – ассоциировалась с повышенным риском развития как послеопреционной когнитивной дисфункции, так и делирия.

Цель исследования

- Преставить преимущества лапараскопической холецистэктомии
- Изучить состояние больных послеоперационном периоде и риск возникновения когнитивных нарушений

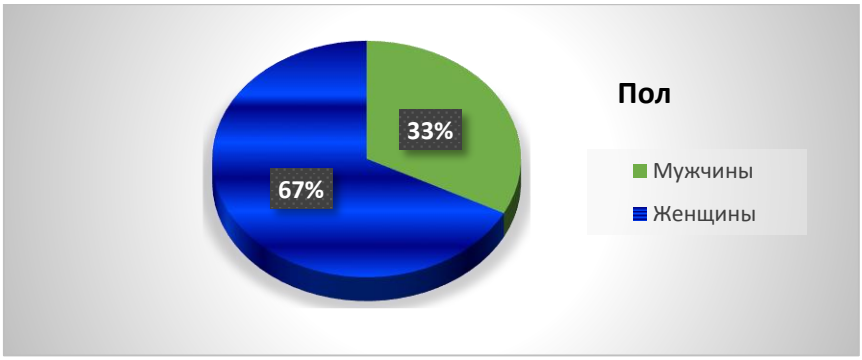
Задачи исследования:

1. Провести комплексную оценку предоперационного состояния и когнитивных функций у пациентов перед лапараскопической холецистэктомии под общей анестезией.
2. Изучить особенности течения периоперационного периода и установить динамику изменения когнитивных расстройств у пациентов после лапараскопической холецистэктомии под общей анестезией.

Материал исследования. Проведен ретроспективный анализ на основе опроса, который проводился среди больных с лапароскопической холецистэктомией в Городской клинической больнице №1, в

отделении хирургии и в Национальном хирургическом центре имени М.М. Мамакеева в отделении эндоскопической хирургии с лапараскопической холецистэктомическими вмешательствами. В критерии исследования были включены 33 женщины, 16 мужчин.

Результаты. Для решения поставленных задач был выполнен анонимный опрос по шкале MMSE для оценки когнитивных функций, в который было включено 20 женщин, 8 мужчин в возрасте 30-80 лет. Из исследования были исключены пациенты с острыми нарушениями слуха и зрения; с патологией нервной системы; страдающие алкоголизмом или имеющие наркотическую зависимость. На основе опроса пациентов хирургическими заболеваниями в различные периоды после выполения лапараскопической холецистэктомических вмешательств, было установлена взаимосвязь когнитивной функции с возрастом и образованием при данном виде вмешательства. Результаты сравнения полученных данных показали, что больные с наличием или отсутствием послеоперационных когнитивных расстройств не отличались между собой по антропометрическим данным. Но при сравнении по возрастным группам, наблюдалось снижение когнитивных функций на всех этапах оценки в группе пожилого и старческого возрастов по сравнению с молодым возрастом.



На основе проведенного опроса, нами было выявлено, что у людей лапаротомической холецистэктомией, в отличие от лапароскорических 6/10 наблюдалось симптоматика когнитивных дисфункций, в основе нарушений памяти. Это проявлялось в виде забывчивости, плохой усвояемости информации, воспоминаний. Отличий у мужчин и женщин при выявлении когнитивный дисфункций не отмечается.

Вывод. Наше исследование показало, что вероятность развития когнитивных дисфункций у лиц перенесших лапароскопические вмешательства меньше, что указываеет о взаимном влиянии нейротоксического воздействия на продолжительность операции. Это говорит о том, что время за которое проводится лапаротомическая холецистэктомия повышает анестезиологическое обеспечение, поскольку цена ошибки анестезиолога остается весьма высокой при других видах хирургического вмешательства с продолжительным временем проведения операции. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что психоэмоциональная напряженность и нарушения мнестических функций нарастают по мере увеличения возраста пациентов, а также влияет психоэмоциональная подготовка пред операцией. Качество жизни у пациентов среднего возраста характеризуется улучшением общего состояния здоровья на фоне относительной физической пассивности. Независимым фактором, влияющим на частоту развития послеоперационных когнитивных расстройств, является число баллов, набранных по шкале MMSE. При числе баллов по шкале MMSE в дооперационном периоде менее 26 можно прогнозировать высокую вероятность развития когнитивных расстройств в послеоперационном периоде.

Литература:

1. *Сафаров А.М., Косимов К., Хамидов Д.Б., Джураев А.Д., Вахидов А. //Влияние психического статуса и когнитивной дисфункции на качество жизни больных после лапароскопической холецистоэктомии в отдаленном периоде с учетом возраста//Здравоохранение Таджикистана, №4, 2017. – стр 48.*
2. *Ищенко Р.В., Павлов Р.В., Павленко А.Н, Кузнецова О.А., // Оценка качества жизни пациентов после гастроэктомии лапароскопическим и открытым доступом собственные наблюдения и обзор литературы//2019.*
3. *Соколова М.М., Родионова Л.Н., Изотова Н.Н., Телова О.Н., Кузьков В.В., Киров М.Ю.,// Газообмен и нейрокогнитивные параметры при лапароскопической холецистэктомии//2017-стр 32.*

4. *Кострова Е.М.,//Профилактика когнитивных расстройств у пациентов после лапароскопической холецистэктомии под общей анестезии//Минск-2014.//.-стр 9-14*
5. *Карпицкая С.А.,//Влияние периоперационной антиоксидантной терапии на течение раннего послеоперационного периода при лапароскопической холецистэктомии//2019.*
6. *Соколова М.М.,// Взаимосвязь респираторных нарушений и когнитивной дисфункции после плановой лапароскопической холцистэктомии//2018.*
7. *Кострова Е.М., Грачев С.С.,//Профилактика когнитивной дисфункции после проведения низкопотоковой анестезии изофлюраном//«Экстренная медицина» №1 (01), 2012*

УДК 578.834:616.24-002.6

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ COVID-19

Ибраева Ж.Б., Джумагулова А.Ш., науч. руководитель – д.м.н., проф. Суранбаева Г.С.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра инфекционных болезней,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Ибраева Ж.Б. – аспирант каф. инфекционных болезней КГМА, e-mail: simplescorpi@mail.ru

Актуальность. COVID-19 – тяжелая острая респираторная инфекция вызываемая новым вирусом SARS-CoV-2 [1]. Клиническая характеристика заболевания колеблется от легкой формы респираторной инфекции до тяжелой вирусной инфекции, которая приводит к острому дистресс-синдрому и летальному исходу. В связи с чем, нам было интересно описывать клинические проявления и исходы пациентов с тяжелой формой SARS-CoV-2.

Цель исследования. Определение роли основных факторов риска неблагоприятных исходов при COVID-19.

Материалы и методы. На базе кафедры инфекционных болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева был проведен анализ результатов исследований, историй болезней, умерших от COVID-19, вызванной SARS-CoV-2. Все пациенты были с лабораторно идентифицированной инфекцией SARS-CoV-2 с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Анализ был сделан на базе электронных медицинских карт и выписных эпикризов, собранных в период с ноября 2020-года по январь 2021 года. Критериями включения были характерные симптомы коронавирусной инфекции и наличие SARS-CoV-2 определенные с помощью ПЦР.

Результаты. Данный анализ включал 79 пациентов, госпитализированные в отделения интенсивной терапии с летальным исходом. Из них 51 (64,6%) мужчин, 28 (35,4%) женщин. Средний возраст составлял 66,7 лет, а 61 (77,2%) были старше 60 лет. Из эпидемиологического анамнеза было выяснено, что 14% всего больных имели контакт с пациентами с подтвержденной инфекцией SARS-CoV-2. У большинства больных из сопутствующих заболеваний были зарегистрированы следующие патологии: поражения сердечно-сосудистой системы 68,35%, сердечно-сосудистые заболевания с сахарным диабетом 27,85%, жировой гепатоз 21,52%, хронический гепатит 11,39%, хронический панкреатит 8,86%, ожирение 7,59%, сахарный диабет без осложнений 5,06% и другие. Наиболее частыми симптомами были лихорадка 97,47%, слабость 100%, кашель 96,20%, одышка 94,94%, отсутствие аппетита 81,01%, отсутствие обоняния 69,62%, боли в грудной клетке 64,56%, миалгия 45,57%, боли в суставах 22,78%, диарея 15,19%. Из лабораторных исследований наибольшие изменения у больных произошли со стороны лимфоцитов. В нашем исследовании тяжелая лимфоцитопения отмечалась у 65,82% пациентов. Лимфоцитопения – характерная черта тяжело больных пациентов с инфекцией SARS-CoV-2, поскольку целенаправленная инвазия вирусными частицами SARS-CoV повреждает цитоплазматический компонент лимфоцита и вызывает его разрушение [2]. Также у больных наблюдался увеличение следующих показателей: С-реактивного белка, D-димера, прокальцитонина, фибриногена.

Заключение. По проведенному нами анализу можно сделать вывод, что на неблагоприятный исход COVID-19 повлияли следующие факторы риска: возраст, пол, наличие сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, жировой гепатоз), наличие тяжелой лимфоцитопении и синдрома дефибринации.

Литература:
1. *Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2 // Nat Microbiol. - 2020. - Apr; 5(4):536-44.*
2. *Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. [Xiaobo Yang et al.] // The Lancet Respiratory Medicine. Elsevier. - 2020. -Vol 8 May. - P. 475-481.*

УДК 616-084-053.2:615.371:616.921.8

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И СОСТОЯНИЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Крылова Д.Р., Белич Ю.А., науч. руководитель – к.м.н. доц. Сутовская Д.В.
Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар, Краснодарский край

Крылова Д.Р. – клинический ординатор 1 года каф. педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС, email: yablochkinad@mail.ru
Белич Ю.А. – студентка 6 курса педиатрического факультета

Актуальность. В последнее время отмечен рост заболеваемости коклюшной инфекцией (КИ) у непривитых, а также привитых как детей, так и взрослых [1,2]. Основную группу риска инфицирования коклюшем составляют дети раннего грудного возраста, а также дети старше 4 лет за счет постепенного угасания базисного иммунитета.

Цель исследования. Изучить заболеваемость КИ и поствакцинальный иммунитет (ПВИ) у лиц в возрасте от 3 до 25 лет в г. Краснодар.

Материалы и методы. Обследовано 76 человек на состояние ПВИ: 28 человек – от 3 до 8 лет, 22 человека – от 8 до 18 лет, 26 человек – от 18 до 25 лет в период с июля 2018 г. по октябрь 2019 г. методом реакции агглютинации, минимальный защитный уровень АТ ≥ 1:160. Анализ заболеваемости коклюшем среди детей и взрослых проводился на базе ГБУЗ СКИБ г. Краснодар с января 2016 г. по декабрь 2019 г. Все обследованные имели вакцинальный анамнез и не болели коклюшем, согласно медицинской документации.

Результаты. Заболеваемость КИ в Краснодарском крае в 2016 г. составила 109 человек (из них детей 103); в 2017 – 158 (детей 151); в 2018 г. – 592 (детей 580), в 2019 – 611 (детей 598). Защитный уровень АТ к коклюшу обнаружен у 24 (31,5%); в возрасте от 3 до 8 лет – у 2 (2,5%), от 8 до 18 лет – у 13 (17,1%), от 18 до 25 лет – у 9 (11,9%). Установлен уровень защитных АТ ниже минимального протективного – у 41 (54%); в возрасте от 3 до 8 лет – у 20 (26,4%), от 8 до 18 лет – у 8 (10,5%), от 18 до 25 лет – у 13 (17,1%). Отсутствие ПВИ зарегистрировано у 11 (14,5%), из них в возрасте от 3 до 8 лет – у 6 (7,9%), от 8 до 18 лет – у 1 (1,3%), от 18 до 25 лет – у 4 (5,3%). Анализируя результаты серологического исследования в возрастных группах, можно отметить, что в группе детей от 3 до 8 лет достоверно чаще регистрировались титры антител ниже минимального защитного уровня, а среди респондентов в возрасте от 8 до 18 лет достоверно чаще регистрировался достаточный уровень протективных антител.

Заключение. Установлен достаточно низкий противококлюшный ПВИ. Наибольшая доля лиц с минимальным протективным уровнем защитных антител выявлена в возрасте от 8 до 18 лет (59%). Полученные данные позволяют предположить наличие скрытой циркуляции возбудителя коклюша и как следствие – перенесенного заболевания в стертой или абортивной форме. Для снижения заболеваемости КИ целесообразно обследовать иммунологическую защищенность более репрезентативных групп как детей, так и взрослых и проводить ревакцинацию бустерной дозой для достижения стойкого ПВИ [3].

Литература:
1. *О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; 2019. – 254 с.*

2. *Васюнина А.В., Краснова Е.И., Панасенко Л.М. Коклюш у детей // Лечащий врач. – 2011. – № 10. – С. 55-60.*
3. *Wendelboe A.M, Wendelboe A.M., Van Rie A., Salmaso S., Englund J.A. Duration of immunity against pertussis after natural infection or vaccination. Pediatr. Infect. Dis. 2005; 24 (5 Suppl): 58-61.*

УДК: 614.47:378.172(470.620)

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИЩЕННОСТЬ ОТ ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ (ГЕПАТИТ В, КОРЬ, КРАСНУХА, ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ, ДИФТЕРИЯ, СТОЛБНЯК) РОССИЙСКИХ И ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ

Крылова Д.Р., Киломатова Э.У., Подлесная О.Н.,
науч. руководитель – к.м.н., доц. Сутовская Д.В.
Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар, Краснодарский край,

Крылова Д.Р. – клинический ординатор 1 года кафедры педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС, email: yablochkinad@mail.ru
Киломатова Э.У. – студентка 6 курса педиатрического факультета
Подлесная О.Н. – клинический ординатор 1 года кафедры педиатрии №2 КубГМУ

Актуальность. Рост заболеваемости вакциноуправляемыми инфекциями косвенно говорит о неэффективности проведения вакцинации [1, 2].

Цель исследования. Изучить напряженность поствакцинального иммунитета к гепатиту В, кори, краснухе, эпидемическому паротиту, дифтерии, столбняку российских и иностранных студентов, обучающихся в российском вузе.

Материалы и методы. Обследовано 63 иностранных и 40 российских студентов, имеющих вакцинальный анамнез и не болевших данными инфекциями, согласно медицинской документации. Оценка состояния иммунитета проводилась путем определения АТ с помощью ИФА, РПГА, РТГА [3].

Результаты. Защитный уровень антител к гепатиту В, дифтерии и столбняку установлен у всех российских студентов. Недостаточный уровень антител зарегистрирован к кори у 5(12,5%), к эпидемическому паротиту у 4(10%), к краснухе у 3(7,5%) российских студентов. Среди иностранных студентов 100% защищенность зарегистрирована к дифтерии и столбняку. Недостаточный протективный уровень антител к гепатиту В среди студентов-иностранцев зарегистрирован у 18(28,6%), к кори у 19(30,2%), к эпидемическому паротиту у 15(23,8%), к краснухе у 4(6,3%) студентов.

Заключение. Установлено отсутствие протективного уровня защитных антител к вирусам кори, краснухе и эпидемическому паротиту среди российских и иностранных студентов, а также против гепатита В среди иностранных учащихся. Целесообразно студентам проводить обследование на напряженность поствакцинального иммунитета и на его основании осуществлять ревакцинацию для достижения протективного титра антител.

Литература:

1. *Здравоохранение в России, 2017. Статистический сборник. – М.: Росстат, 2017. – 170 с.*
2. *Юнасова Т.Н., Горенков Д.В., Рукавишников А.В., и др. Анализ заболеваемости корью в России и проблемы профилактики кори на этапе элиминации // Биопрепараты. Профилактика, диагностика, лечение. – 2019. – Т.19. – №3. – С. 154-160. doi: 10.30895/2221-996X-2019-19-3-154-160.*
3. *Организация и проведение серологического мониторинга состояния коллективного иммунитета к инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики (дифтерия, столбняк, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, полиомиелит, гепатит В). Методические указания МУ 3.1.2943-11. – М.: Роспотребнадзор, 2011.*

УДК 613.6.027

УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID – 19

Батарбекова Ш.К., Белятко А.В.
НАО «Медицинский университет Астана»,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Батарбекова Ш.К. – магистр медицинских наук, ассистент кафедры общей врачебной практики с курсом доказательной медицины, e-mail: bksholpan@gmail.com
Белятко А.В. – магистр медицинских наук, ассистент кафедры общей врачебной практики с курсом доказательной медицины

В декабре 2019 года весь мир потрясло сообщение о вспышке пневмонии неизвестного происхождения, возбудителем которой является новый тип коронавируса SARS-CoV-2 (2019-nCoV). Начиная с марта 2020 года национальные системы здравоохранения стран всего мира переживают один из самых мощных кризисов всего времени. На передовой линии в борьбе с коронавирусной инфекцией находятся медицинские работники всех уровней здравоохранения. Однако, вовлекаясь в борьбу с пандемией, на протяжении вот уже 11 месяцев медицинские работники ежедневно сталкиваются с огромными психологическими рисками.

Цель исследования: изучить уровень тревожности среднего медицинского персонала, работающего на передовой в борьбе с COVID – 19.

Материалы и методы. В поперечном исследовании приняли участие 472 средних медицинских работника в возрасте от 18 до 74 лет. Респонденты в зависимости от работы были поделены на две группы: 1-ая - экспериментальная, включает в себя 300 медсестер и 19 медбратьев, которые напрямую работали с пациентами с подтвержденным диагнозом COVID – 19, 2-ая – контрольная, в которую вошли 151 медсестра и 2 медбрата, без доступа к работе с COVID –пациентами. Для определения уровня тревожности медицинского персонала использована Шкала Занга (англ. Zung Anxiety Rating Scale – ZARS), которая представляет собой инструмент для самооценки тревожных расстройств, измерения степени выраженности различных фобий и панических атак.

Результаты. Анализ по Шкале Занга показал, что 70,4% (n=256) медсестер из экспериментальной группы имели «нормальное состояние» без признаков тревоги, в контрольной группе это число составило 90,8% (n=139). «Легкую депрессию» имели 23,2% медсестер из экспериментальной группы и 9,2% из контрольной группы. В первой группе «умеренный» и «тяжелый» уровень депрессии имели 4,8% и 1,6% медсестер соответственно. 70% медсестер экспериментальной группы в среднем затрачивали более часа на засыпание, медсёстрам второй группы необходимо до 30 минут (73%). Также, 47% медсестер опытной группы видели плохие сны более трех раз в неделю, однако медсестры контрольной группы (66%) ни разу в течение последнего месяца.

Заключение. Оценка уровня тревожности медицинских сестер демонстрирует, что существует определенная степень беспокойства, стрессового расстройства у медсестер, работающих с COVID-пациентами. Средний медицинский персонал имеет повышенные риски возникновения депрессии, наблюдается «тяжелый» уровень депрессии. Кроме того, медсестры опытной группы имеют проблемы с засыпанием, а также чаще других видят плохие сны. Рекомендуется руководителям медицинских организаций обратить должное внимание и усилить психологическое консультирование для медицинских сестер, работающих на передовой.

УДК: 616 – 053.9: 362.61

ЧАСТОТА ОСНОВНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМЫ У ПОДОПЕЧНЫХ ДОМОВ-ИНТЕРНАТОВ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Маришбек кызы Эльвира – аспирант кафедры, докладчик
Арстанбекова М.А., Маматов С.М.
Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Актуальность. Выявление гериатрических синдромов с целью предупреждения развития старческой астении во многом определяет основное направление медико-социальной помощи [1-2]. Для этого потребуется своевременное проведение комплекса диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на грамотное введение больных, непосредственно влияющих на возрастные изменения органов и систем [3, 4]. Сегодня настало время для интегрированного многоуровневого многоцелевого гериатрического образования медицинских работников, населения и смежных специалистов [5].

Целью нашего исследования явилось выявление основных гериатрических синдромов у пожилых пациентов – подопечных социального стационарного учреждения Кыргызской Республики.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили лица пожилого возраста (от 65 до 74 лет), подопечные Бишкекского социального стационарного учреждения для пожилых людей и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Было обследовано 77 человек, из них мужчин – 51 (66,2 %), женщин – 26 (33,8 %). Средний возраст обследуемых составил 68,3±9,2 года.

Критерии включения пациентов в исследование: возраст пациентов от 65 до 74 лет.

Критерии исключения: возраст менее 65 лет и старше 74 лет, тяжелое и крайне тяжелое состояние.

Специализированный гериатрический осмотр (СГО) проводился с помощью компьютерной программы «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» [6], который включал выявление степени способности к передвижению и степени нарушения питания (синдрома мальнутриции), а также проведение оценки когнитивных расстройств, морального состояния пациента и степени независимости в повседневной жизни.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием компьютерной программы SPSS 14. Пороговый уровень статистической значимости принимали при значении критерия $p \leq 0,05$.

Результаты. В нашем исследовании нарушение общей двигательной активности также составил 61,0±6,12%. Более выраженными оказались нарушения параметров устойчивости, которые были выявлены у 69 (85,5±7,04%) и параметров ходьбы – у 70 (90,9±7,38%) пациентов. Наличие синдрома мальнутриции наблюдался у 54,9±4,6%, риск развития синдрома – у 23,6±3,2% обследованных пациентов. Изучение когнитивного статуса у наших пациентов установило, что тяжелые когнитивные изменения наблюдались у 13,0±1,61%, умеренные – у 37,7±3,63%, и легкие – у 32,4±3,54%. При этом 16,9±1,27% пациентов не имели нарушений когнитивного статуса. В нашем исследовании зависимость пациентов от посторонней помощи оценили с помощью анкеты «Индекс Бартел», которая выявила зависимость умеренной степени у 53,2±4,9% пациентов, выраженной степени – у 27,1±3,1% и полную зависимость – у 6,6±4,9%. Независимость в своей повседневной жизни сохранилась у 13,1±3,1% пациентов. Изучение морального статуса в нашем исследовании показало, что на хорошее моральное состояние указали 77,1±6,47% пациентов, на удовлетворительное – 16,8±1,33% и на плохое – 6,1±1,72%. При оценке параметров морального статуса, ухудшение состояния выявлено у 22,1±2,5%, чувство одиночества – у 19,5±2,6%, бессонница – у 9,1±1,8% и неудовлетворенность нынешним состоянием выразили 14,2±2,0% пациентов.

Заключение. Проведенное в течение одного года сплошной выборкой пациентов в возрасте 65-74 года, показало, что основными гериатрическими синдромами среди подопечных социального стационарного учреждения являются высокий риск падений, наличие синдрома мальнутриции и риска развития, нарушение морального статуса и когнитивные нарушения. Выявленные нарушения способствовали высокой зависимости пациентов в исследовании от посторонней помощи: 87% пациентов были зависимы в разной степени выраженности.

Литература

1. *Аммосова Е.Е. Комплексная гериатрическая оценка в условиях дома-интерната // Российский семейный врач. 2018. Т. 22. №2. С. 25-29. doi 10.17816/RFD2018225-29.*
2. *Захаров В.В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей») // Неврологический журнал. 2006. Т. 11. № 2. С. 27–32.*
3. *Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология. 2013. Т.1. №1. С. 408-412.*
4. *Кичатая О., Матевосян С., Курило И. и др. Мальнутриция и другие гериатрические синдромы // Врач. 2015. №6. С. 38-40.*
5. *Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Кривецкий В.В. и др. Особенности клинического осмотра пациента пожилого и старческого возраста // Успехи геронтологии. 2013. Т. 26. №3. 472-475.*
6. *Методические рекомендации по ведению пациентов со старческой астенией [Электронный ресурс]: Методические рекомендации по ведению пациентов со старческой астенией для врачей первичного звена здравоохранения, утвержденные Министерством здравоохранения РФ. – Режим доступа: https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/08/16/3116. (Дата обращения: 19.08.2016).*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ И СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Мусакеев А.О. – аспирант кафедры, докладчик
Маматов С.М., д.м.н., профессор – руководитель
Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Введение. В настоящее время общее число заболевших данной инфекцией превысило 30 млн человек, умерли при этом более 1 млн. человек [1-3].

Пандемия коронавируса, несомненно, вызвала глобальную медицинскую, социальную и экономическую проблему, которая затронула и Кыргызскую Республику.

Цель исследования: изучить эффективность орального прямого антикоагулянта (ксарелты) и плазмы выздоровевшего в лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19 у больных сахарным диабетом

Материал и методы. Всего в исследование было включено 26 пациентов пожилого возраста. Возраст пациентов колебался от 60 до 74 лет, средний возраст составил 66,1±7,32 лет. Мужчины составили 16 чел., женщины – 10 чел. Новый пероральный антикоагулянт – ксарелто был назначен пациентам с появлением первых симптомов инфицирования коронавирусной инфекцией. Лабораторные методы исследования включили общий анализ крови, биохимические исследования, уровень прокальцитонина и С-реактивного белка. Из показателей гемостазиограммы: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) и Д-димер.

Результаты. По степени тяжести легкое течение наблюдалось у 14 (53,8%) чел., среднетяжелое – у 8 (30,8%) чел. и тяжелое – у 4 (15,4%) чел. В группе пациентов с легким и среднетяжелым течением наряду с антикоагулянтом (ксарелто) были назначены антибиотики (азитромицин или роцефин), парацетамол, бромгексин, верошпирон и витамины группы С. Выздоровление наступило на 13-15 сутки от начала заболевания, этим больным госпитализация не потребовалась. Пациентам тяжелой группы понадобилась госпитализация в стационар, где проводилось соответствующее симптоматическое лечение, согласно протоколу. Из-за прогрессирования заболевания после консилиума было проведено переливание свежезамороженной плазмы. В результате этого лечения все четверо больных выздоровели и избежали перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют об эффективности прямого орального антикоагулянта – ксарелто и плазмы, что наглядно продемонстрировано на примере пациентов пожилого возраста. Полученные нами данные требуют дальнейшего изучения в сравнительном аспекте.

Литература

1. *Bassetti M. The Novel Chinese Coronavirus (2019-nCoV) Infections: challenges for fighting the storm. https://doi.org/10.1111/eci.13209. URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eci.13209.*
2. *Canada.ca. 2019 novel coronavirus: Symptoms and treatment. The official website of the Government of Canada URL: https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirusinfection/symptoms.html.*
3. *CDC. 2019 Novel Coronavirus URL: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html.*

УДК 616.155.194.7-08

ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ

Халмуразева А.А. – клинический ординатор 3-го года обучения, докладчик
Садабаев Э.М., Маматов С.М.
Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Введение. Апластическая анемия относится к разряду тяжелых заболеваний системы крови [1].

Современная тактика лечения взрослых больных апластической анемией – это трансплантация аллогенного костного мозга и/или комбинированная иммуносупрессивная терапия, включающая два основных препарата, обладающих выраженным иммуносупрессивным действием: антитимоцитарный глобулин (АТГ) и циклоспорин А [2]. Программы лечения больных апластической анемией могут включать и другие терапевтические воздействия, в частности спленэктомию, использование современных иммуносупрессивных или иммунокорригирующих агентов [3].

Цель. Оценить эффективность иммуносупрессивной терапии и высокогорной климатотерапии у больных апластической анемией.

Материал и методы. В исследование включено 45 пациентов с апластической анемией в возрасте от 16 до 77 лет, за период с 2017 года по настоящее время. Препарат выбора: лошадиный антитимоцитарный иммуноглобулин, который назначался в дозе 20 мг/кг массы тела в течение 5 дней (**АТГАМ + Циклоспорин А).**

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета анализа данных программного комплекса «Microsoft EXCEL 2008». Различия между группами оценивались с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок и U-критерием Манна-Уитни (непараметрический метод) с уровнем достоверности 0,05.

Результаты лечения.

Эффективность оценивали согласно ответа на лечение:

Полная ремиссия (нормализация показателей крови: НВ > 100 г\л, гранулоцитов > 1/5 х 10^9, тромбоцитов > 100 х 10^9) наблюдалась у 11 (24,4%) больных;

Частичная ремиссия (показатели крови ниже, отсутствие потребности в заместительной терапии - гемотрансфузии) зарегистрировано у 23 (51,3%) пациентов.

Клинико-гематологическое улучшение (улучшение показателей гемограммы или уменьшение зависимости от гемотрансфузии) имелось у 6 (13,3 %) больных.

Умерли: 5 (11,1 %) больных.

Выводы. Иммуносупрессивная терапия способствует улучшению клинической картины у больных приобретенной апластической анемией, повышению показателей красной крови, тромбоцитов и лейкоцитов в периферической крови и достижению ремиссии у большинства из них.

Литература:

1. *Владос Х.Х. Анемия. В кн.: Кончаловский М.П., ред. Учебник внутренних болезней. М.-Л.: Медгиз; 1939: 531-2. [Vlados Kh.Kh. Anemia. In: Konchalovskiy M.P., ed. Textbook of internal medicine: clinical diseases of the hematopoietic system. Moscow-Leningrad: Medgiz; 1939: 531-2]. (in Russian)*
2. *Young N.S., Calado R.T., Scheinberg P. Current concepts in the pathophysiology and treatment of aplastic anemia. Blood. 2006; 108(8): 2509–19.*
3. *Marsh J.C.,Ball S.E., Cavenagh J., Darbyshire P., Dokal I., Gordon-Smith E.C., et al. Guidelines for the diagnosis and manage ment of aplastic anaemia. Br. J. Haematol. 2009; 147(1): 43–70.*

УДК 616.36-002.2/616.36-004

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ ГЕПАТИТА С

Сагындыкова А.М.[1], Ташполотова А.Ш.[2], Джумагулова А.Ш.[1],
науч. руководитель – д.м.н., проф. Суранбаева Г.С.[1]
[1] Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра инфекционных болезней, г. Бишкек
[2] Жалал-Абадская областная объединенная клиническая больница, г. Жалал-Абад

Сагындыкова А.М. – клин. ординатор каф. инфекционных болезней КГМА, e-mail: asel93-08@mail.ru

Актуальность. Цирроз печени вирусного происхождения имеет очень высокие темпы прогрессирования, определяющие меньшую продолжительность жизни, так, через 5 лет после установления диагноза летальность достигает 70% [1]. В экономически развитых странах цирроз печени входит в число шести наиболее частых причин смерти у пациентов в возрасте от 35 до 60 лет, составляя 14-30 случаев на 100 тыс. населения [2, 3]. В Кыргызской Республике показатель распространенности цирроза печени за 10-летний период увеличился с $30,6^0/_{0000}$ (2008 г.) до с $37,6^0/_{0000}$ (2017 г.) (в 1,3 раза).

Материалы и методы исследования. Данная работа по изучению эпидемиологических и клинико-биохимических особенностей течения цирроза печени в исходе хронического вирусного гепатита С выполнена в инфекционном отделении Жалал-Абадской областной клинической больницы (ЖОКБ), на кафедре инфекционных болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева и в Республиканском научно-практическом центре по контролю вирусных инфекций НПО «Профилактическая медицина». Диагноз цирроз печени был установлен на основании клинико-эпидемиологических данных и результатов биохимического, серологического и вирусологического исследования сывороток крови, а также УЗИ, фиброскан исследование.

Результаты исследования. Под нашим наблюдением находились 224 больных циррозом печени в исходе хронического вирусного гепатита С. 1. В Кыргызской Республике распространенность цирроза печени за 10-летний период увеличилась в 1,3 раза. Заболеваемость циррозом печени наиболее высока в возрастной группе 51-60 лет (35,8±3,2%) среди лиц мужского пола (59±3,3%). Факторами риска развития цирроза печени в исходе хронического ГС явились санация ротовой полости (35±3,2% (RR=2,3; P<0,05). Для цирроза печени в исходе хронического ГС ранним симптомом является гепатомегалия (64,9±3,2%) при минимальных клинических симптомах (класс А по Child-Pugh). Для класса В по Child-Pugh характерными являются астеновегетативный синдром (88,2±2,2%), спленомегалия (85,2±2,4%), носовые кровотечения (79,4±2,7%) и диспепсические проявления (76,4±2,8%). Класс С по Child-Pugh проявляется печеночной энцефалопатией (68,8±3,1%), портальной гипертензией (61±3,3%), отечно-асцитическим синдромом (40,5±3,3%), кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода (29±3,1%).

Заключение. У больных циррозом печени кроме изменения клинических данных, также происходили ухудшения функциональных показателей печени. Выявлялись нарушения белково-синтетической функции, цитолитической активности и мезенхимально-воспалительного синдрома, выраженность изменений наблюдалась при классе С цирроза печени.

Литература:

1. *Гепатит С в России: эпидемиологическая характеристика и пути совершенствовании диагностики и надзора [Текст] / [Н.Н. Пименов, В.П. Чуланов, С.В. Комарова и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2012. - №3. - С. 4-10.*
2. *Durand, F. Assessment of prognosis of cirrhosis [Text] / F. Durand, D. Valla // Sevin. Liver Dis. - 2008. - Vol. 28, N 1. - P. 110-122.*
3. *EASL Recommendations on treatment of hepatitis C 2016 [Text] / J Hepatol. - Vol. - 2017. - Vol. 66, N1. - P. 153-247.*

ОЦЕНКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Пышненко О.Р., науч. руководитель – Садыйев Р.К.,
ассистент кафедры терапевтической стоматологии;
второй научный руководитель – Джакыпбаев О.А.,
доцент кафедры госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
КГМА им. И.К. Ахунбаева

Пышненко О.Р. – клинический ординатор 1 года обучения стоматологического факультета,
e-mail: pyshnenko.olesya@mail.ru

Современная диагностика анемии, особенно среди молодых людей важна, так как анемия даже на ранних стадиях существенно снижает работоспособность и сопротивляемость организма к инфекциям, что приводить к ряду патологических изменений в организме.

В настоящей работе проведено анкетирование 65 студентов женского пола 2, 3, 4, 5 курсов стоматологического факультета. Среди них у 23 студентов были выявлены клинические признаки дефицита железа. У этих студентов определяли количество эритроцитов, концентрацию гемоглобина, эритроцитарных индексов (MCV, MCH, MCHC), содержание ферритина в сыворотке крови.

Результаты проведенного исследования показало, что у 5 была выявлена железодефицитная анемия легкой степени, а у 18 определены микроцитоз, гипохромия эритроцитов, с субнормальным значением содержания ферритина в сыворотке крови, свидетельствующие о латентном дефиците железа. Всем назначены препараты железа.

Выводы:

1. Из 65 анкетированных студентов у 5 обнаружена железодефицитная анемия легкой степени.
2. У 18 студентов выявлено латентный дефицит железа.
3. Всем 23 студентам будут назначены препараты железа в зависимости от стадии развития дефицита железа.

УДК 616.98-036

НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 РЕАНИМАЦОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОКУЛУКСКОЙ ТБ

Джумагулова А.М., Талантбекова Д.Т, Узакбаев Ч.К.,
научный руководитель: Аматов Д.А.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
МЦ КГМА

Студенты 5 курса, факультет «Педиатрия»
Джумагулова А.М., dzhumagulova98@gmail.com
Талантбекова Д.Т. diana.talantbekova111098@gmail.com
Узакбаев Ч.К. chikara6896@gmail.com

Резюме: Проведен детальный обзор заболеваемости внебольничной пневмонией с подтвержденным и неподтвержденным ПЦР анализом на COVID19 в Сокулукском районе в период с 24.06.2021 по настоящее время. Также статья посвящена подробному изучению развития тяжелых форм коронавирусной инфекции и цитокинового шторма. Проведен сравнительный анализ лабораторных данных у пациентов с наличием сопутствующих патологий; частоты развития летальных случаев; корреляции общего состояния больных, в соответствии с теми или иными факторами внешней среды. Влияние содержания Вит Д в крови на течение и исход заболевания. Материалами исследования являются истории болезни пациентов реанимационного отделения и отчетные данные статистического отдела Сокулукской ТБ.

Ключевые слова: COVID19, внебольничная пневмония, цитокиновый шторм, вит Д.

Литература:

1. *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7468980/*
2. *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32927735/*

3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7456194/
4. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32397511/
5. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7465887/
6. https://www.bmj.com/content/356/bmj.i6583
7. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7202265/

УДК 616.125-008.313:615.273.53

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Абышев Жоодат – студент 5 курса педиатрического факультета, докладчик
Канат кызы Базира – ассистент кафедры, руководитель
Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Введение. Важным аспектом в достижении успеха терапии и эффективной вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений является обеспечение высокого уровня приверженности пациентов к лечению [1-2].

Низкая приверженность к лечению является одной из причин уменьшения эффективности терапии, существенного повышения вероятности развития осложнений основного заболевания, что ведет к снижению качества жизни больных и увеличению затрат на лечение [3].

Цель исследования: оценка приверженности пациентов пожилого возраста с фибрилляцией предсердий неклапанной этиологии, которым назначали антикоагулянтную терапию антагонистами витамина К - варфарином.

Материал и методы. Было проведено ретроспективное исследование, в ходе которого осуществили анализ амбулаторных медицинских карт 77 пациентов пожилого возраста с фибриляцией предсердий неклапанной этиологии.

Возраст пациентов составил от 65 до 74 лет, средний возраст – 68,7±10,2 лет. При разделении по полу, мужчины составили 24 (31,2%) чел., женщины – 53 чел. (68,8%) чел.

Критерии включения: в данное неконтролируемое исследование включали пациентов с неклапанной ФП, которые на момент назначения антикоагулянтной терапии достигли возраста 65 лет и не старше 74 года.

Критерии исключения: пациенты с клапанной ФП до 65 лет и старше 75 лет; пациенты, у которых отсутствовали сведения о приеме препаратов.

Статистический анализ данных и математическая обработка проведены с использованием программы Microsoft Excel, пакета прикладных программ Statistica Excel, пакета прикладных программ Statistica 8.0.

Результаты исследования. Проблемы с приемом варфарина возникали по ходу всего наблюдения. Через один месяц число принимающих варфарин уменьшилось до 71,3%, а уже через 3 месяца чуть больше половины (54%) пациентов прекратили прием препарата. В последующие сроки их число также уменьшилось, и к концу первого года пациентов, действительно принимающих варфарин с периодическим контролем МНО, осталось всего 19 (9,4%) чел. Это то реальное количество пациентов, которые в течение года регулярно наблюдались и следовали рекомендациям врачей центра семейной медицины.

Результаты нашего исследования показали отсутствие адекватной антикоагуляции у пациентов пожилого возраста. Изучение причины этой ситуации показало, что подавляющее большинство пациентов отказалось от терапии варфарина в связи с невозможностью контроля МНО. Причем, их число было достоверно выше среди сельских жителей, по сравнению с городскими (48 чел. против 22 чел., $p < 0,05$). Среди причин неприема препарата имелись также противопоказания медицинского характера (анемии, нарушение функции почек, обострение язвенной болезни желудка, непереносимость препарата и т.д.) которое наблюдалось у 17 и злоупотребление алкогольными напитками – у 7 пациентов. Пациенты самостоятельно переходили на прием аспиринсодержащих препаратов, тем самым делая профилактику кардиогенных эмболий неэффективной.

Причиной не адекватного назначения антикоагулянтов послужил страх развития кровотечения со стороны врачей. Так, в нашем исследовании, врачи амбулаторного приема испытывая чувство ответственности за развитие серьезного кровотечения, не назначили варфарин 19 пациентам.

Выводы. Результаты работы показывали неадекватную частоту назначения антикоагулянтов на амбулаторном этапе в реальной клинической практике центров семейной медицины нашей страны. Основным препаратом выбора для специалистов остается варфарин, терапию которой можно признать адекватным только у незначительного числа пациентов (9,4%). Необходимо всегда помнить, что на эффективность профилактики тромбоэмболических осложнений при ФП значительное влияние оказывает хорошая приверженность пациентов к антикоагулянтной терапии.

Литература.

1. *January C. T., Wann L. S., Alpert J. S. et al. 2014 AHA / ACC / HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. J Am Coll Cardiol 2014. DOI: 10.1016 / j.jacc. 2014.03.022.*
2. *Воробьева Н.М., Карпов Ю.А. Приверженность к лечению пероральными антикоагулянтами у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий в реальной клинической практике. Атмосфера. Новости кардиологии 2017. №3. С.38-46.*
3. *Lip GYH, Laroche C., Dan G-A. et al. A prospective survey in European Society of Cardiology member countries of atrial fibrillation management: baseline results of EURObservational Research Programme Atrial Fibrillation (EORP-AF) Pilot General Registry. EP Europace. 2014; 16 (3): 308-19. DOI:10.1093/europace/eut373.*

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ COVID-19

Аскерова Б.Н., Тойгонбаева С.А., Фесенко Н.В., научный руководитель – асс. Саркина А.К.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра инфекционных болезней, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аскерова Б.Н. – студентка 6 курса пед. фак. 5 группа, e-mail:askerova.begimai@mail.ru

Актуальность: Патофизиологические изменения при COVID-19, связанные с гиперкоагуляцией, и наличие у пациентов сопутствующих хронических заболеваний являются факторами риска развития неврологических расстройств, а именно острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), ишемического и геморрагического инсульта [1]. Среди неврологических осложнений при COVID-19, по данным некоторых исследований, частота ОНМК может составлять от 2,5 до 5%, что обуславливает тяжесть течения заболевания и неблагоприятные исходы [2,3].

Цель исследования: анализ неврологических осложнений при новой коронавирусной инфекции COVID-19 на примере клинических случаев.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни пациентов с тяжелой формой COVID-19 с летальным исходом, осложнившейся ОНМК, находившихся на лечение в стационарах г. Бишкек в декабре 2020 года.

Результаты. Возраст больных варьировал от 47 до 87 лет, из них 3 мужчин и 1 женщина. Все больные имели различные сопутствующие заболевания такие как, гипертоническая болезнь III степени, коронарная болезнь сердца, атеросклероз аорты и коронарных сосудов, цирроз печени, сахарный диабет 2 типа. У всех больных имело место внебольничная вирусная пневмония, выявленная при рентгенологическом исследовании легких, осложнившаяся острой дыхательной недостаточностью (ОДН) и острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС). Неврологические расстройства появились на 5-8 день от начала болезни: сознание оглушенное, сглаженность носогубной складки слева, левосторонняя гемиплегия, сенсорно-моторная афазия. У двух больных на МРТ выявлен ишемический инсульт в бассейне правой СМА с левосторонним гемипарезом, у одного геморрагический инсульт лобной доле справа, у другого дисциркуляторная энцефалопатия. По результатам лабораторных исследований у больных отмечалось снижение уровня лимфоцитов (5-7%), повышение уровня Д-димера от 1,7 мг/л до 10,0 мг/л.

Заключение. При тяжелых формах COVID-19 одним из осложнений может быть ОНМК, механизм развития которого связан с повышенным тромбообразованием и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, обуславливающий неблагоприятный исход.

Список литературы

1. *Mao L, et al. Neurological manifestations of hospitalized patient with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China// JAMA Neurol. 2020; 77(6):p. 683-690. doi:10.1001.*

2. *Li Y., Li M, Wang M. Zhou Y. et al. Acute cerebrovascular disease following COVID-19: a single center, retrospective, observational study//Strock & Vascular Neurology. 2020; 5:e000431. P. 279-284. doi:10.1136/svn-2020-000431.*
3. *Beyrouti R, Adams M., Benjamin L., et al. Characteristic of ischemic stroke associated with COVID-19//J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2020Aug; 91(8): p. 889-891.*

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Досматова А.М., Жээналиева А.Р., Джумагулова А.Ш.,
научный руководитель – асс. Муканбеткеримова Г.М.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Республиканская Клиническая Инфекционная Больница
г. Бишкек, Кыргызская республика

Досматова А.М. – студентка 5 курса лечебного факультета aidasaparova499@gmail.ru

Актуальность: Систематизированные данные о COVID-19, особенностях его распространения и клинической симптоматике помогают оказать помощь в ранней диагностике и принятии рациональных решений при выборе терапии заболевания.

Цель: провести анализ клинико-эпидемиологических особенностей COVID-19 для повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ 74 пациентов с COVID-19, которые были госпитализированы в РКИБ за декабрь 2020 года. Все случаи COVID-19 были подтверждены с помощью ПЦР.

Результаты и обсуждение: Анализ 74 истории болезней с COVID-19 показал, что наблюдаемые пациенты поделились на 3 группы в возрастной структуре: пациенты молодого возраста (до 45 лет) 25,6%, среднего возраста (46-65) 43,2% и старческого возраста (старше 66 лет) 31%. Среди наблюдаемых больных преобладали лица мужского пола в возрасте от 46 до 65 лет (24,4%).

Продолжительность инкубационного периода устанавливалась при указании точной даты контакта с людьми у которых были симптомы болезни COVID 19 (высокая температура тела, слабость, кашель, одышка) и в среднем составила 4,8±7,3дня.

Были также проанализированы сроки стационарного лечения пациентов с COVID-19. Длительность пребывания в стационаре в разных возрастных структурах отличилась: у молодого возраста от 6-14 дней и в среднем составил 6,5±0,7, у среднего, старческого возраста немного превышает эти показатели (до 28 дней). Тяжелое, крайне тяжелое течение COVID-19 наблюдался в основном среди пациентов старческого возраста 78,2%.

У большинства пациентов заболевание началось остро с подъёма температуры тела (98,6%), колебалась температура в пределах 37,8-40 С. Продолжительность высокой температуры у разных возрастных групп отличалось. У молодого возраста в среднем от 3-12 дней (6,9±2,9), самая продолжительную высокая температура была зафиксирована у лиц старческого возраста 31 дней и в среднем составил 10,1±6,6.

В ОАК 89,1% больных наблюдался нормоцитоз, лейкопения выявлена 9,5%, лейкоцитоз – 4,3%. СОЭ была умеренно повышена в 54% случаев.

Выводы: Среди госпитализированных превалировали пациенты в возрасте от 46 до 65 лет, с наличием сопутствующих заболеваний 55,4%. Важно обеспечить для лиц с хроническими патологиями с COVID-19 доступность к медицинской помощи, психологическую поддержку, и соблюдение необходимых мер профилактики для предотвращения дальнейшего распространения COVID-19.

Литература:

1. *Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395(10223):497-506.*
2. *Giacomelli A, Pezzati L, Conti F, Bernacchia D, Siano M, Oreni L, et al. Self-reported olfactory and taste disorders in SARS-CoV-2 patients: a cross-sectional study. Clin Infect Dis. 2020;71(15):889-890.*
3. *Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. NEJM. 2020;382(18):1708-1720.*

ПРОБЛЕМЫ ОСТЕОПОРОЗА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Каршыгаева Ж., Иманалиева Ф.Э.
Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии,
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
(г. Бишкек, Кыргызская Республика)

Введение. Проблема остеопороза (ОП) в Кыргызской Республике остается вообще не решенной и не изученной. Являясь в большинстве случаев бессимптомным заболеванием, которое можно не заподозрить при отсутствии переломов, ОП часто остается не диагностированным. Результатом такого невнимания к данной проблеме могут быть огромные экономические потери, связанные с неизбежными последствиями остеопороза, особенно у пожилых людей.

Целью нашего исследования явилось проведение ультразвуковой костной денситометрии у разной возрастной категории лиц (18-59 лет) и у людей пожилого и старческого возраста (60 лет и старше), для выявления и изучения распространенности остеопенического синдрома и остеопороза в Кыргызской Республике.

Материалы и методы исследования. В обследование включено 1200 чел., жителей Кыргызской Республики. Из них 691 женщин и 509 мужчин, разной возрастной группы (таблица 1).

Таблица 1

Характеристика обследованных людей

Распределение по группам	Возраст обследуемых	Количество обследуемых	Всего женщин	Всего мужчин
I группа	18-39 лет	524 (43,7%)	285 (54,4%)	239 (45,6%)
II группа	40-59 лет	391 (32,6%)	227 (58,0%)	164 (42,0%)
III группа	60 лет и старше	285 (23,7%)	179 (55,8%)	106 (44,2%)
	Всего:	1200	691 (62,8%)	509 (37,2%)

Статистический анализ данных и математическая обработка проведены с использованием программы Microsoft Excel, пакета прикладных программ Statistica Excel, пакета прикладных программ Statistica 8.0.

Полученные результаты. Проведение ультразвуковой денситометрии в первой группе показало (табл. 3), что у 291 лиц показатели уровня T и Z критерия находились в пределах нормальных значений до -1,0. У 204 чел. T и Z критерии находились в пределах от -1,1 до -2,5, и у 29 чел. показатели T критерия равнялись -2,9 и Z критерия -3,2. Ко второй группе были отнесены лица от 40 до 59 лет включительно. В данной группе у 121 чел. показатели уровня T и Z критерия находились в пределах нормы до -1,0. У 235 человек T и Z критерии находились в пределах от -1,1 до -2,5. У остальных 35 чел. T и Z критерии находились на уровне ниже -2,5. Особый интерес представляет данные третьей возрастной группы, которые отнесены к пожилому контингенту. Показатели уровня T и Z критерия находились в пределах нормы до -1,0; у 143 чел. T и Z критерии находились в пределах от -1,1 до -2,5, и у 115 чел. T и Z критерии были ниже -2,5. Это означает, что при ультразвуковой костной денситометрии остеопения выявилась у 50,2% и остеопороз – у 40,3% пожилых людей. Несмотря на достаточный возраст, в данной возрастной группе 9,5% не имели признаков остеопении.

Выводы. По данным ультразвуковой денситометрии частота выявления остеопении и остеопороза наиболее высокой зафиксирована в старших возрастных группах. В возрасте 40-59 лет остеопения составила 60,2%, остеопороз – 8,9%, а в группе 60 лет и старше остеопения выявлена у 50,2%, а остеопороз – у 40,3%. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности остеопении и остеопороза в стране.

УДК 578.834.1.616.36

ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ COVID-19

Кемелов А.Р., д.м.н., проф. Суранбаева Г.С., Кочкорбекова З.К.
науч. руководитель – Макембаева Ж.И.,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра инфекционных болезней, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Кемелов А.Р. – студент 5-курса 42-группы лечебного факультета КГМА,
e-mail: akemelov7@gmail.com

Актуальность. Учитывая глобальное бремя для здоровья, вызванное коронавирусной болезнью 2019 (COVID-19), было проведено множество исследований, направленных на понимание ее клинического течения и определение факторов риска, которые могут повлиять на прогноз [1]. Растущие данные также связывают метаболически-ассоциированную жировую болезнь печени (MAFLD) с тяжелым заболеванием COVID-19, включая цирроз печени и хронические заболевания печени, повышенному риску заражения COVID-19 или тяжелой формы COVID-19. Вирус SARS-CoV-2 может поражать печень, и пациенты с COVID-19 и ранее существовавшим хроническим заболеванием печени часто имели высокие показатели смертности [2].

Цель исследования: провести клинико-лабораторный анализ поражения печени при тяжелых формах COVID-19 для улучшения лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 27 тяжелых больных с поражением печени при COVID-19 с ноября 2020-года по январь 2021-года. У всех пациентов вирусологически было подтверждено наличие SARS-CoV-2.

Результаты исследования. Все больные находились в отделении интенсивной терапии, из них мужчины – 60% и женщины – 40%. Средний возраст больных составил 66 лет. Наиболее частыми симптомами при тяжелой форме COVID-19 были следующие: лихорадка 100%, слабость 100%, кашель 96%, одышка 96%, отсутствие аппетита 96%, отсутствие обоняния 67%, боли в грудной клетке 59%, миалгия 48%, боли в суставах 26%, диарея 15%. Все пациенты нуждались в кислородной поддержке. Среди анализируемых больных жировой гепатоз выявлен 59%, хронический гепатит – 26%, цирроз печени – 15%. Гепатомегалия наблюдалась при 22% случаях. Из сопутствующих заболеваний в основном были зарегистрированы поражения сердечнососудистой системы – 78% и сахарный диабет – 18,5%.

Результаты биохимических исследований показали, что у 59% больных отмечался трехкратное повышение уровня АЛТ, а повышение АСТ было выявлено у 33%. Наибольшее изменение АсАТ и АлАТ наблюдались при жировом гепатозе. Уровень общего билирубина в большинстве случаев оставался в пределах нормы, только у одного пациента этот показатель повысился до 36 ммоль/л. Также, отмечалось снижение общего белка (до 44 гр/л) и альбумина (до 22 гр/л). Из гематологических исследований наибольшие изменения наблюдались со стороны лимфоцитов (ниже 9,5%) и тромбоцитопения.

Заключение. Дисфункция печени у пациентов с COVID-19 может быть обусловлена прямым действием вируса, результатом системной воспалительной реакции, гипоксии, при использовании гепатотоксичных лекарственных средств, и может является фактором риска тяжелого течения COVID-19 и неблагоприятного исхода, особенно при наличие сопутствующих хронических заболеваний печени.

Литература:

1. *Maham Farshidpour et al./ A brief review of liver injury in patients with Corona Virus Disease-19 during the pandemic// Journal List Nature Public Health Emergency Collection - 2020 Jul 3: 1-4.*
2. *Петров В.И., Пономарева А.В. и др. Этиопатогенетические аспекты повреждения печени у пациентов с COVID-19 //Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2020. №4 (76). С. 9-15.*

УДК 159.933:612.825.56:612.86

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Кубакаева А.А., д.м.н., проф. Суранбаева Г.С., Ибраева Ж.Б.
Научный руководитель – Эргешова А.Б.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра инфекционных болезней, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Кубакаева А. – студент 5-курса 49-группы лечебного факультета КГМА,
e-mail: ainur_kgma@mail.ru

Актуальность. Имеющиеся фактические данные и накопленный опыт в период пандемии COVID-19 ясно показывают, что пациенты могут испытывать широкий спектр симптомов после выздоровления, продолжающихся более 12 недель. [1, 3] Возможными причинами постковидного синдрома могут быть устойчивая виремия, воспалительные и другие иммунные реакции, ухудшение состояния, а также психические факторы. [2] Это требует дальнейшего изучения последствий COVID-19, а также разработку эффективных методов реабилитации и мониторинга реконвалесцентов COVID-19.

Цель исследования: провести анализ клинического случая с тяжелым постковидным синдромом для улучшения эффективности реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ истории COVID-19 у пациентки Т., 56 лет, перенесшей тяжелую форму коронавирусной инфекции, осложненной 2-х сторонней внебольничной пневмонией, ДН I-II ст.

Результаты исследования. Пациентка Т., медицинский работник, неоднократно работала в «ковидном отделении», поступила в стационар 02.10.2020 на 10 день болезни в тяжелом состоянии с жалобами на кашель, выраженную одышку, повышение температуры тела, головную боль, общую слабость, потливость, снижение аппетита, боль и ломоту по всему телу. Объективные и рентгенологические данные подтвердили наличие тяжелой 2-х сторонней полисегментарной пневмонии. Результат ПЦР на SARS-Cov-2 (от 03.10.2020) был положительным. Из лабораторных исследований отмечались тяжелая лимфопения (лимфоциты – 1%), значительное увеличение интерлейкина 6 – 19,44 пг/мл (при норме 1,3 пг/мл), признаки выраженной коагулопатии. После проведенного лечения, пациентка выписалась на 21-й день госпитализации с отрицательным анализом ПЦР на SARS-CoV-2 и нормализацией показателей лабораторных исследований. Однако, при дальнейшем динамическом наблюдении в течение 4-х месяцев у пациента выявлены следующие симптомы: одышка, тахикардия, астеновегетативный синдром, депрессия, тревожность, потливость, артралгия, миалгия, слабость, выпадение волос, бессонница, выраженная сухость кожных покровов, снижение памяти. При проведении исследования на иммунологический статус отмечается общее снижение Т-лимфоцитов и фагоцитарного индекса; увеличение CD19 клеток; а также частичная активация аутоиммунного ответа.

Заключение. Таким образом, у пациентки после перенесенной острой фазы COVID-19 развивался тяжелый постковидный синдром с проявлением новых клинических симптомов, которые негативно повлияли на качество жизни. Поэтому все пациенты после выписки из стационара нуждаются в постоянном наблюдении и своевременной реабилитации.

Литература:

1. *Carfì A, Bernabei R, Landi F, Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA 2020; 324:603.*
2. *Goërtz YMJ, Van Herck M, Delbressine JM, et al. Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome. ERJ Open Res 2020; 6.*
3. *Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. J Med Virol 2021; 93:1013.*

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Абдиев А.А., Эркинбеков Э.А., Казиев У.К.
Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Дан анализ повторных операций, которые были выполнены по поводу различных осложнений, выполненных у больных с патологией органов брюшной полости. Наибольшую группу составили больные, у которых возник перитонит или был продолжающийся после перенесенных операций (39 человек), реже возникали внутрибрюшное кровотечение и желчеистечение (10 и 9 человек). На основании наблюдения за больными разработан алгоритм введения больных после повторных операций с учетом осложнений. После повторных операций осложнения возникли у 26,5%, летальность составила 4,4%.

Ключевые слова: повторные операции, частота осложнений, летальность.

ИЧ-КӨҢДӨЙ ХИРУРГИЯСЫНДА БЕЙТАПТАРДЫН КАЙРАДАН ЖАСАЛГАН ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КИЙИНКИ МЕЗГИЛИН АЛЫП БАРУУ

Абдиев А.А., Эркинбеков Э.А., Казиев У.К.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медицина академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Ич-көңдөй мүчөлөрүнүн патологиясы боюнча, ар кайсыл өтүшүп кетүүлөрдөн кийинки кайра жасалган операцияларынын анализи берилди. Эң ири тайпаны перитонит же уланып аткан перитонит болгон бейтаптар түздү (39 адам), сейрегирээк өт агуу жана ич көңдөйүнө кан толуу болду (10 жана 9 адам). Кайра кайталанып жасалган операцияларан кийин өтүшүп кетуулордү эске алып, бейтаптарга көз жүгүртүүбүздүн жатыйжасында, бейтаптардын кайрадан жасалган операциялардан кийинки мезгилин алып баруунун алгоритмин иштеп чыктык. Кайрадан жасалган операциялардан кийин өтүшүп кетүү 26,5% бейтапта катталып, өлүм 4,4% түздү.

Негизги сөздөр: кайрадан жасалган операциялар, өтүшүп кетүүлөрдүн жыштыгы, өлүм.

MANAGEMENT OF PATIENTS AFTER REOPERATIONS IN ABDOMINAL SURGERY

Abdiev A.A., Erkinbekov A.E., Kaziev U.K.
KyrgyzStateMedicalAcademynamedafter I.K. Akhunbaev, Bishkek, KyrgyzRepublic

Abstract: Given the analaysis of reoperations that were performed for various complications in patients operated with abdominal pathology. The largest group consisted of patients who complicated with peritonitis sor continued after operations (39 people), less of ten intra-abdominal bleeding and bile leakage occurred (10 and 9 people). Based on the observation of patients, an algorithm was developed for the introduction of patients after repeated operations, taking into account complications. After reoperations, complications occurred in 26.5%, the mortality rate was 4.4%.

Key words: reoperations, complication rate, mortality.

Одной из важных проблем абдоминальной хирургии остается проблема своевременной диагностики возникших осложнений, которые требуют повторной операции, и их частота колеблется 7-12% [1,2,3]. Несмотря на то, что в настоящее время в оперативном лечении используются новые технологии, для профилактики осложнений применяют все новые разработанные медикаментозные средства, а осложнения и летальность после повторных операций остается на высоком уровне и достигает 25-45% [4,5,6].

Все исследователи отмечают сложности диагностики осложнений, требующих повторной операции, они обусловлены вторичным иммунодефицитом, сопутствующей полиморбидностью и низкой информативностью лабораторных исследований [7]. Не менее сложной проблемой остается ведение послеоперационного периода после повторной операции, чтобы максимально предотвратить возникновение осложнений. Эти сложности связаны с тяжелым эндотоксикозом, травматичностью операции, сроком ее выполнения после возникновения осложнений и др. [8]. Все это требует индивидуального подхода к выбору операции и профилактики осложнений после повторной операции.

Цель исследования – оценить результаты релапаротомии в абдоминальной хирургии и наметить пути профилактики осложнений.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 68 больных, которым была выполнена релапаротомия по поводу возникших осложнений.

Возраст их колебался от 20 до 70 лет, но чаще оперированы были лица старше 60 лет (46 из 68). Женщин 38 и мужчин 30. Какие были показания к повторной операции дано в таблице 1.

Таблица 1.

Показания к повторной операции

Показания и количество больных	Тип выполненной ранее операции
Внутрибрюшное кровотечение, n-10	Лапаротомная холецистэктомия – 1 Лапароскопическая холецистэктомия – 5 Аппендэктомия – 1 Резекция печени по поводу альвеококкоза - 3
Желчеистечение, n-9	Лапаротомная холецистэктомия – 1 Лапароскопическая холецистэктомия – 5 Эхинококкэктомия – 3
Несостоятельность анастомоза, n-2	Резекция сигмы – 1 Резекция тонкого кишечника при ущемлении грыжи – 1
Ранняя кишечная непроходимость, n-5	Аппендэктомия – 2 Кишечная непроходимость - 4
Абсцесс брюшной полости, n-3	Холецистэктомия – 2 Кишечная непроходимость - 1
Прогрессирование перитонита или возникшего после операции, n-39	Прогрессирование перитонита – 5 Возникшего после операции - 34

Наибольшую группу составили больные (39 из 68), которым релапаротомия была выполнена по поводу перитонита. Из них у 4 было прогрессирование перитонита после перенесенных операций, а у 34 он возник в результате возникшего осложнения в послеоперационном периоде.

Ведение больных осуществляли с учетом причины, которая явилась для выполнения релапаротомии и выполнения мер направленных на профилактику осложнений.

В группе больных, которые оперированы по поводу прогрессирования перитонита или возникшего после операции создавали функционально выгодное положение, с первых часов после операции – дыхательная гимнастика, следили за положением дренажей и их функционированием. Назначали антибиотики (цефалоспорины III-IV поколения), обязательно в сочетании с метронидазолом по 100 мл 2 раза в сутки, в брюшную полость назначали введение озонированного раствора хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл в сочетании с канамицином 1,0 два раза в сутки, введение антибиотика в брюшную полость после операции назначалось с учетом результата бактериологического посева, который выполнялся в момент повторной операции. Продолжали орошение желудка через назогастральный зонд озонированным раствором, который вводили к концу операции. Выполняли инфузионную терапию с учетом состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При возникновении пареза кишечника выполняли пресакральную новокаиновую блокаду и назначали препараты стимулирующие функцию кишечника. Обязательно использовали иммунокорректор тактивин по 1мл один раз в сутки на протяжении 5-6 дней. УЗИ выполняли многократно, чтобы своевременно выявить скопление жидкости. При появлении перистальтики кишечника промывание через назогастральный зонд прекращали и назначали энтеральное питание с малых доз (200мл). использование этих мер позволило добиться выздоровления у 39 больных, а осложнения у них выявлены у 12.

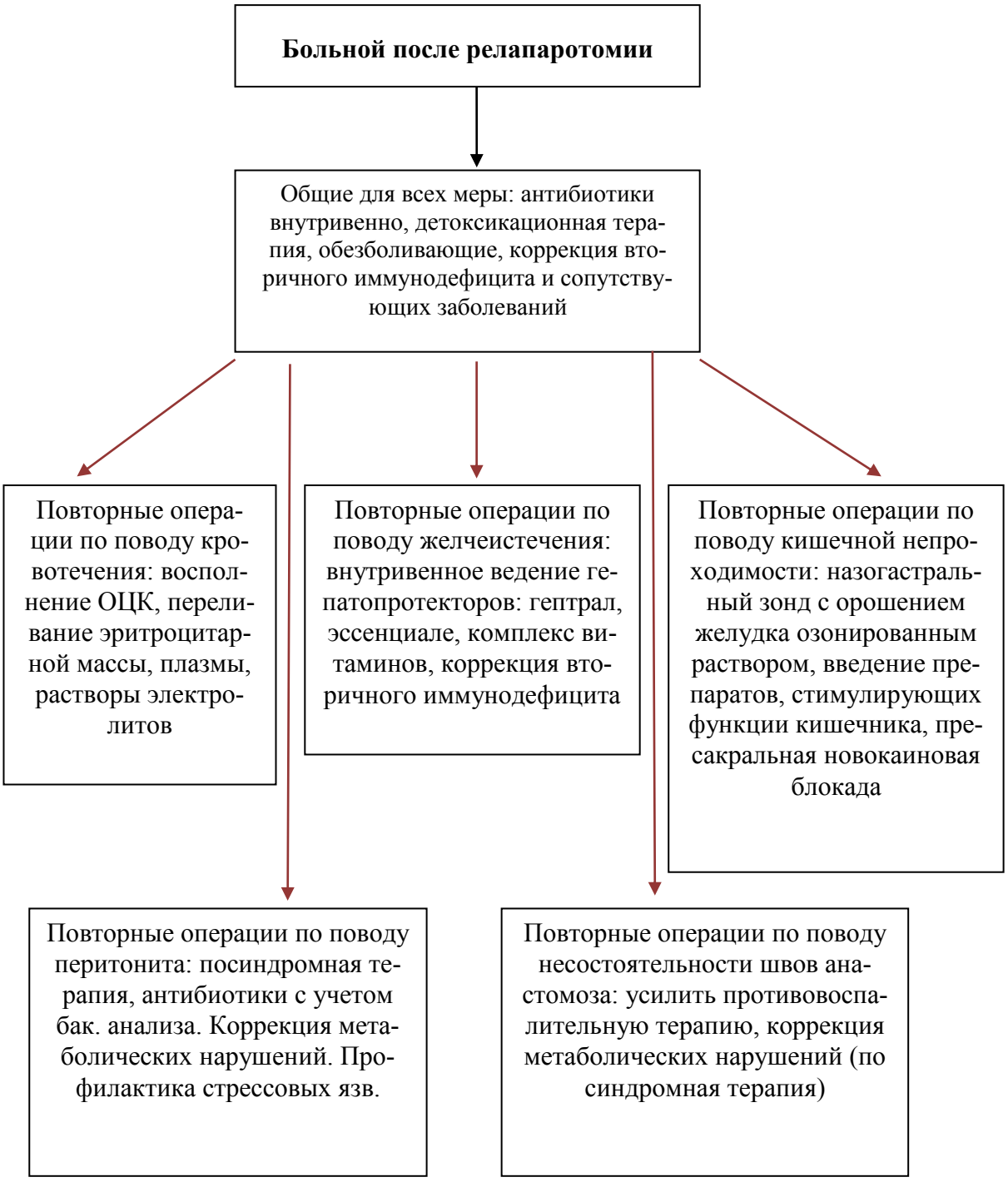
Вторую группу по численности составило кровотечение, которое было причиной повторной операции. Чаще они отмечены после холецистэктомии и резекции печени, а у одного было кровотечение после аппендэктомии. Повторная операция включала остановку кровотечения. В послеоперационном периоде стремились восполнить ОЦК путем переливания эритроцитарной массы, плазмы и таких растворов как реополиглюкин, гемодез, полиглюкин, раствор глюкозы с комплексом витаминов. Наряду с этими мерами обязательно выполняли противовоспалительную терапию, обезболивающие и контроль за функцией кишечника. Летальных исходов не было.

Следующую группу составило желчеистечение, которое возникало после холецистэктомии и эхинококкэктомии. Лечение после повторной операции также включало противовоспалительную, инфузионную и обезболивающую терапию. Следили за динамикой ЛИИ и уровнем лейкоцитов. У 8 больных течение было благоприятным, а у одной больной после абдоминизации полости фиброзной капсулы у которой повторная операция была выполнена лишь на 12 сутки, несмотря на выполнение комплекса мер полиорганная недостаточность нарастала, что и явилось причиной смерти.

У двух больных причиной повторной операции была несостоятельность швов анастомоза. Одному больному повторная операция была выполнена в ранние сроки, несостоятельность диагностирована своевременно, а у второй после резекции сигмы повторная операция была запоздалой и она погибла от полиорганной недостаточности.

Рассматривая причины повторных операций и течение послеоперационного периода мы построили алгоритм ведения больных после релапаротомии, который на наш взгляд поможет хирургу избрать оптимальный объем медикаментозной терапии и снизить частоту осложнений.

Алгоритм ведения больных после релапаротомии



Независимо от причины релапаротомии выполняли общий комплекс мер и к ним добавляли лечение с учетом причины повторной операции (кровотечение, желчеистечение, несостоятельность швов и др.). однако, несмотря на все наши усилия по предотвращению осложнений, все же у 18 больных (26,5%) возникли осложнения, но у 15 удалось добиться выздоровления, а у 3 нарастали явления полиорганной недостаточности, что и явилось причиной смерти.

Из числа возникших осложнений чаще имели место раневые осложнения: нагноение раны (5 чел.), эвентрация (3 чел.) У 3 после операционный период осложнился плевритом, у двух пневмонией, еще у двух формированием подпеченочного абсцесса, умерло -3.

Выводы.

1. Ведение послеоперационного периода должно направлено на все звенья патогенеза развития осложнений.
2. В лечении больных после повторных операций целесообразно использовать разработанный нами алгоритм.

Литература

1. *Малков, И.С. Диагностика и лечение послеоперационных интраабдоминальных осложнений / И.С. Малков, Р.Ш. Шеймарданов, А.М. Зайнутдинов // Вестник хирургии.- 2003.- №2.- С. 28-31.*
2. *Жидовников, Г.И. Диагностика и лечение синдрома эндогенной интоксикации при перитонитах различной этиологии / Г.И. Жидовников, С.С. Маскин, В.В. Митюхин // Материалы научн. практ. конференции. Анапа, 2009.- С. 22-27.*
3. *Савельве, В.С. Релапаротомия в хирургии распространенного перитонита / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, П.В. Подачин // Инфекции в хирургии.- 2007.- №3.- С. 6-13.*
4. *Cartu, D. Postoperative biliary peritonitis diagnosis and treatment difficulties / D. Cartu // Chirurgia (Bacur).- 2016.- Vol. 101, №2.- P. 169-173.*
5. *Зубарев, Н.М. Способы завершения операций при перитоните / Н.М. Зубарев, Н.М. Врублевский, В.И. Данилин // Вестник хирургии.- 2008.- №6.- С. 110-113.*
6. *Фаллер, А.П. Интраабдоминальные инфекционные осложнения в неотложной хирургии [Текст] / А.П. Фаллер // Инфекции в хирургии.- 2009.- №2.- С. 36-40.*
7. *Вишневская А.Н. Возможности лапароскопии в диагностике и лечении послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии / А.Н. Вишневская: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Владивосток.- 2011.- 24.*
8. *Бояринцев, Н.И. Повторные операции в экстренной и плановой абдоминальной хирурги / Н.И. Бояринцев // Дальневосточный медицинский журнал.- 2005.- №1.- С. 18-21.*
9. *Martinez-Casas, L. Preoperative risk factors for mortality after relaparotomy, analysis 254 patients [Text] / L. Martinez-Casas // Arch. Surg.- 2010.- Vol. 396, №5.- P. 527-534.*

СПОСОБ ПЕРИТОНИЗАЦИИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ АППЕНДИЦИТА И ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТЬ

С.А. Ахматов, Э.М. Мадаминов

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек. Кыргызская Республика

Ахматов Санжар Айибханович – аспирант 2 года кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА ИМ. И.К. Ахунбаева.
sanjar.said.ahmatov@mail.ru

Резюме. Цель исследования представить результаты 20 больных с острым аппендицитом с распространением воспалительного процесса на купол слепой кишки, у которых для укрытия культи использован лоскут париетальной брюшины, фиксированный сульфокрелатным клеем. Возраст колебался от 18 до 70 лет. А давность заболевания у всех наблюдаемых была более трех суток. Наблюдение после операции показало, что метод может быть использован в тех случаях, когда при деструктивном аппендиците кисетный шов наложить невозможен и при этом культю перевязывали кетгутом, а затем к культе фиксирован лоскут, выкроенный из париетальной брюшины. Применение лоскута брюшины оказалось эффективным, осложнений брюшной полости не отмечено, а у двух больных наблюдали частичное нагноение операционной раны.

Ключевые слова: острый аппендицит, деструктивная форма, тифлит, перитонизация, лоскут париетальной брюшины, исход.

АППЕНДИЦИТТИН ДЕСТРУКТИВДҮҮ ФОРМАЛАРЫНДА КУРТ СЫМАЛ ӨСҮНДҮНҮН ДҮМҮРҮН ПЕРИТОНИЗАЦИЯЛОО ЫКМАСЫ ЖАНА АНЫН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ

С.А. Ахматов, Э.М. Мадаминов
И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Жалпы хирургия кафедрасы комбустиология курсу менен
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Резюме. Изилдөөнүн максаты – мөөндүн куполуна сезгенүү процессинин жайылышы менен курч аппендицит бар 20 оорулууда ич челинин тилиги пайдаланылган, ал сульфокрелаттык желим менен кармалган. Оорулуулардын курагы 18ден 70 жашка чейин болгон. Ал эми оорунун пайда болуу узактыгы бардык байкоого алынган адамдарда үч суткадан ашык болгон. Операциядан кийинки байкоо жүргүзүү методду деструктивдүү аппендицитте бүйүрмө тигишти салуу мүмкүн болбогон учурларда пайдаланууга боло турганын көрсөттү, дүмүр кетгут менен байланып, андан кийин ич челинен бычылган тиликти бекитишкен. Ич челинин тилигин колдонуу натыйжалуу болгон, ич көңдөйүнүн оордошуусу белгиленген эмес, ал эми эки оорулууда операциялык жарааттын жарым-жартылай ириңдеши байкалган.
Негизги сөздөр: курч аппендицит, деструктивдүү форма, мөөндүн сезгениши (тифлит), перитонизация, ич челинин тилиги, натыйжа.

METHOD OF PERITONIZATION OF THE APPENDICEAL STUMP IN DESTRUCTIVE APPENDICITIS FORMS AND ITS EFFECTIVENESS

S.A. Ahmatov, E.M. Madaminov
Kyrgyz State medical Academy named after I. K. Akhunbaev
Department of General practice surgery with a course of combustiology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. Research objective: Parietal peritoneum graft which was fixed with sulpho acrylate glue was used in 20 patients suffered from acute appendicitis with extension of inflammatory process to the head of blind colon. The patients' age ranged from 18 to 70 years. Disease duration in all patients under observation was more than three days. Follow-up after the operation showed that the method can be used when it is impossible to use purse-string suture in destructive appendicitis, and the stump is dressed with catgut suture, and then a graft from parietal peritoneum is fixed. The use of the parietal peritoneum graft turned out to be effective. There were no complications of the abdominal cavity noted, and two patients showed partial post-operative wound infection.
Keywords: acute appendicitis, destructive form, typhlitis, peritonization, parietal peritoneum graft, outcome.

Введение. Острый аппендицит одно из самых распространенных заболеваний органов брюшной полости, которое требует оперативного лечения [1,2]. Не смотря на то, что, к настоящему времени предложено множество способов обработки культи червеобразного отростка и ее перитонизации, но до сих пор нередко возникают осложнения, связанные с недостаточностью культи при деструктивных формах острого аппендицита, когда воспалительный процесс распространяется на купол слепой кишки, что не дает использовать типичный кисетный шов, предложенный Дьяконовом 1902 году[3]. Острый аппендицит и обработка культи заслуживает внимания еще и тем, что в настоящее время увеличивается число лиц старшего возраста населения и хотя среди них не отмечается увеличение больных с острым аппендицитом, но увеличивается частота деструктивных форм осложненных местным перитонитом, что является причиной смерти больных[4,5]. Высокая частота осложнений и летальности обусловлены наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, стертостью клинических проявлений и недостаточным обследованием больных[6,7].

В литературе представлено большое число способов перитонизации культи червеобразного отростка, но ни один из них не является гарантией предотвращения внутрибрюшных осложнений[8,9]. В настоящее время идут поиски методов перитонизации культи червеобразного отростка, которые бы улучшили результаты оперативного лечения больных с острым аппендицитом, что и явилась основанием для выполнения данного исследования.

Цели исследования – представить результаты перитонизации культи червеобразного отростка с применением лоскута париетальной брюшины.

Материалы и методы диагностики. Под наблюдением находилось 20 больных, которые были оперированы в ГКБ №1, в хирургическом отделении №2, в течение 2020 с деструктивной формой острого аппендиците, осложненным распространением воспалительного процесса на купол слепой кишки. Мужчин 7 чел., женщин 13 чел. Срок заболевания у всех оперированных был выше 3-х суток. В результате обследования с учетом анамнеза, данных объективного и лабораторно-инструментального исследования, установлен диагноз острого аппендицита и в день поступления они оперированы с кратковременной предоперационной подготовкой, включавшей инфузионную терапию, и лечение сопутствующих заболеваний.

В обследовании больных использованы общепринятые методы (анамнез, объективное исследование, лабораторные методы, общий анализ крови с вычислением лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), УЗИ с акцентом на выявление червеобразного отростка и его изменений и выпота в илеоцекальной области и малом тазу). Полученные результаты обработаны путем вычисления средней арифметической (M), средней квадратичной (σ), и ошибки ряда (m), степень достоверности вычисляем по t – критерию таблицы Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. После обследования больных и определения диагноза, все они оперированы в день поступления с кратковременной предоперационной подготовкой, в которую включали инфузионную терапию и лечение сопутствующих заболеваний.

В разработку нами были включены лишь те больные, у которых был деструктивный процесс с переходом воспаления на слепую кишку, когда наложение кисетного шва представляет высокий риск их прорезывания и возникновение перитонита.

Мы обратили внимание на методику Мусаева А.И. [10] в которой изложено применение лоскута париетальной брюшины, для пластики желчных свищей при эхинококкозе печени. Эта методика была успешно использована и другими авторами[11,12], уже в широком плане тоже в пластике желчных свищей. Учитывая результаты авторов мы решили использовать этот метод для перитонизации культи червеобразного отростка в сочетании с массивной противовоспалительной терапией и оценить их результаты.

Среди оперированных нами с гангренозным аппендицитом было 10 пациентов, с флегмонозным 4 и гангренозно- перфоративным 6 больных.

Все больные оперированы под внутривенным обезболиванием, доступом Волковича Дьяконыва. При вскрытии брюшной полости удаляли выпот, осуществляли аппендэктомию, культю отростка перевязывали кетгутом, затем выкраивали лоскут из париетальной брюшины таким размером чтобы лоскут покрывал окружность культи не менее 2 см. Лоскут фиксировали сульфакрелатным клеем и для большей надежности лоскут брюшины в двух местах фиксировали к серозе слепой кишки узловыми рассасывающимися швами(айкол). Нужно отметить, что перед фиксацией лоскута удаляли выпот из брюшной полости, затем область орошали озонированным раствором, и осушили область фиксации лоскута, только затем лоскут фиксировали к куполу слепой кишки. Илеоцекальную область дренировали силиконовой трубкой диаметром 2-3 мм и выполняли активную аспирацию для предотвращения скопления отделяемого.

После операции больные получали цефазолин по 1,0 внутривенно 2 раза в сутки на протяжении 5 дней и метронидазол по 100 мл 2 раза в сутки тоже 5 дней, а также инфузионную терапию и обезболивающие средства по показаниям.

Состояние больных постепенно улучшалось, температура нормализовалась на 2-3 сутки, болевой синдром исчез на 2 сутки, газы отходили на 3-4 сутки, и стул на 4 сутки, дренажную трубку из брюшной полости удалили на 3 сутки после предварительного УЗИ исследования.

В послеоперационном периоде у двух больных наблюдалось частичное нагноение операционной раны, а других осложнений не было.

В процессе работы мы проследили за динамикой количества лейкоцитов и лейкоцитарного индекса интоксикации с увеличением срока после операции, отмечено достоверное их снижение

Таблица

Показатели лейкоцитарного индекса интоксикации и лейкоцитов при использовании лоскута париетальной брюшины

Показатели	Сроки обследования			
	до операции $M_1 \pm m_1$	через 3 суток $M_2 \pm m_2$	через 5-6 суток $M_3 \pm m_3$	Р-степень достоверности
Лейкоциты 10*9	18,3±1,12	14,1±1,11	7,1±1,17	M_1-M_2 <0,05 M_2-M_3<0,01
ЛИИ	5,2±0,11	3,1±0,09	1,2±0,013	M_1-M_2<0,01 M_2-M_3<0,01

Таким образом, наши немногочисленные исследования показали возможность применения нашей методики с целью профилактики внутрибрюшных осложнений при остром деструктивном аппендиците с вовлечением в процесс купола слепой кишки.

Выводы:

1. При деструктивном аппендиците с вовлечением воспалительного процесса на купол слепой кишки, когда при использований кисетного шва есть угроза возникновения несостоятельности культи червеобразного отростка можно применить лоскут париетальной брюшины для перитонизации культи червеобразного отростка.
2. При использовании лоскута париетальной брюшины для предотвращения внутрибрюшных осложнений необходим контроль за течением после операционного периода (УЗИ, количество лейкоцитов и лейкоцитарного индекса интоксикации)
3. Разработанная нами методика на небольшом клиническом материале показала ее эффективность, но требует продолжения накопления клинического материала и более углубленного контроля.

Литература

1. *Ремизов, О. В, Возможности лучевой визуализации при остром аппендиците./О.В. Ремизин, С.С. Маскин, А.М. Карсанов//Медицинский вестник Северного Кавказа.- 2017.-№12.-С.105-110.*
2. *Бархатова Н.А. Особенности проявлений и лечения синдрома системной воспалительной реакции при остром аппендиците./Н.А.Бархатов// Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области.- 2017.- Том18, №3.-С.19-22*
3. *Дурда И.И. Методика закрытия культи червеобразного отростка./ И.И. Дурда// Клиническая хирургия.-1984.-№4.-С.56-60*
4. *Antoniou S. A. Optimal stump management in laparoscopic appendectomy/S.A. Antoniou, D Mavridis, S, Hajibandeh//A network meta-analysis by the Minimally Invasive Surgery Synthesis of Interventions and Outcomes Network Surgery.-2017.Том162.-№5.-P.994-1005.*
5. *Совцов С.А.Летопись частной хирургии/С.А. Совцов//Часть 1. Аппендицит.-монография.-2016.-С.199-204*
6. *Майстренко Н.А, Аппендикулярный инфильтрат: диагностика и лечебная тактика//Н. А. Майтренко, П.Н. Ромащенко, М.В. Ягин// Вестник хирургии им. И.И. Грекова.-2016.-Том 175.-№5.-С.57-62.*
7. *Козулина Н.В /Клинические проявления острого аппендицита и аппендикулярного перитонита у детей//Н.В. Козулин, В.В. Паршиков, Ю.П. Бирюков// Медицина и образование в Сибири.-2014.-Том 3.- С.53-60*
8. *Костенко Н.В /Современные проблемы диагностики и лечения острого аппендицита и его осложнений// Н.А.Костенков, А.Г. Разувайлова// Астраханский медицинский журнал.-2014.-Том9,№2.-С.8-14*
9. *Алиев С.А., Алиев Э.С/ Эволюция способов перитонизации культи червеобразного отростка при остром деструктивном аппендиците,осложненным тифлитом//С.А,Алиев, Э.С.Алиев// Встник хирургии им. И.И. Грекова.-2006.-Том165.-№1.-С.67-72*
10. *Мусаев А.И. Способы ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени//А.И.Мусаев. Бишкек. Учкун.-1999.-155с.*
11. *Агаев Б.А., Агаев Р.М., Мамедов Р.М. Будан А.К. Принципы диагностики и лечения эхинококкоза печени.// Б.А. Агаев, Р.М. Агаев, Р.М. Мамдов, Анналы хирургии.– 2005.– №1 – С.54 –56*
12. *Акматов Б.А. Эхинококкоз/Б.А. Акматов// Бишкек. Кыргызполиграфкомбинат.-1994.–С.158-162*

УДК: 616-08.74-07:616-006.385:616.833.185

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРИНОМ VIII НЕРВА

К.Б. Ырысов, Ш.Ж. Машрапов, А.Т. Шамшиев, А.З. Туйбаев
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра нейрохирургии.
г. Бишкек, Кыргызстан.
keneshbek.yrysov@gmail.com

Цель: Определить фактические преимущества и сохраняющиеся проблемы в лечении неврином VIII нерва с помощью субокципитального ретросигмоидного доступа.
Методы: Был определен до- и послеоперационный клинический статус, собраны рентгенологические и хирургические данные и проанализирована база данных для 120 пациентов, перенесших 125 операций на вестибулярной шванноме. Результаты и осложнения в последовательных сериях из 120 хирургических опухолей были проанализированы и сравнены с опытом, связанным с другими методами лечения.
Результаты. Субокципитальным ретросигмоидным доступом было полностью удалено 109 опухолей; в 16 случаях преднамеренное частичное удаление было выполнено либо у тяжелобольных для декомпрессии ствола головного мозга, либо в попытке сохранить слух в слышащем ухе. Хирургические осложнения включали гематомы в 2,2% случаев, ликворные свищи в 9,2%, гидроцефалию в 2,3%, бактериальный менингит в 1,2% и ревизии ран в 1,1%.
Заключение. Существующие в настоящее время варианты лечения полной резекции неврином VIII нерва с продолжающимся снижением заболеваемости хорошо выполняются с помощью субокципитального ретросигмоидного доступа.
Ключевые слова: невринома VIII нерва, каудальные краниальные нервы, лицевой нерв, субокципитальный доступ, осложнения.

RESULTS OF SURGERY FOR ACOUSTIC NEURINOMA

K. B. Yrysov, Sh. J. Mashrapov, A. T. Shamshiev, A. Z. Tuybaev
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I. K. Akhunbaev, department of Neurosurgery. Bishkek, Kyrgyzstan.

Objective: To identify the actual benefits and persisting problems in management of acoustic neurinomas by the suboccipital retrosigmoid approach. The results and complications in a consecutive series of 120 tumours surgically treated were analysed and compared with experience involving other treatment modalities.
Methods: Pre-and postoperative clinical statuses were determined, radiological and surgical findings were collected and evaluated a database for 120 patients undergoing 125 acoustic neurinoma operations.
Results: By the suboccipital retrosigmoid approach, 109 tumours were completely removed; in 16 cases, deliberate partial removal was performed either in severely ill patients for decompression of the brain stem or in an attempt to preserve hearing in the last hearing ear. Surgical complications included hematomas in 2.2% of the cases, cerebrospinal fluid fistulas in 9.2%, hydrocephalus in 2.3%, bacterial meningitis in 1.2%, and wound revisions in 1.1 %.
Conclusion: The current treatment options of complete acoustic neurinoma resection with ongoing reduction morbidity are well fulfilled by the suboccipital retrosigmoid approach.
Key words: Acoustic neurinoma, caudal cranial nerves, facial nerve, suboccipital approach, complications.

VIII НЕРВ НЕВРИНОМАЛАРЫН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫ

К. Б. Ырысов, Ш. Ж. Машрапов, А. Т. Шамшиев, А. З. Туйбаев
И.К. Ахунбаев ат. Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, нейрохирургия кафедрасы.
Бишкек ш., Кыргызстан.

Максаты: VIII нерв невриномаларын субокципиталдык ретросигмоиддик ыкма менен хирургиялык дарылоонун чыныгы артыкчылыктарын жана ага байланышкан маселелерди аныктоо.
Методдору: Операцияга чейинки жана андан кийинки клиникалык статус аныкталган, рентгенологиялык жана хирургиялык маалыматтар топтолуп, 125 VIII нерв невриноманын 120 бейтабына жасалган 120 операциянын маалымат базасына талдоо берилген. 120 сериядан турган хирургиялык даылоо аткарылган шишиктердин натыйжалары жана кабылдоолору талданган, башка ыкмалардан алынган тажрыйба менен салыштыруу жасалган.
Натыйжалары. Субокципиталдык ретросигмоиддик ыкма менен 109 шишик толугу менен алынган,

16 учурда бейтаптардын абалынын оордугунан мээ өзөгүн бошотуу үчүн же экинчи кулактагы угууну сактап калыш максатында шишик толук эмес жасалган. Хирургиялык кабылдоолор операциядан кийинки гематома түрүндө 2,2% учурда, ликвордук булак – 9,2%, гидроцефалия – 2,3%, бактериалдык менингит – 1,2% жана жараатты кайрадан ревизия кылуу 1,1% кездешкен.

Тыянак. Азыркы учурдагы VIII нерв невриномаларын толук алып салуу менен ооруну жеңилдетүү субокципиталдык ретросигмоиддик ыкма аркылуу жакшы натыйжаларды берет.

Негизги сөздөр: VIII нерв невриномасы, каудалдык краниалдык нервдер, бет нерви, субокципиталдык ыкма, кабылдоолор.

Введение. Главной целью лечения неврином VIII нерва является полнота резекции и сохранение лицевого нерва [1-9]. Все существующие ныне оперативные доступы, такие как субокципитальный, транслабиринтный и субтемпоральный, и их модификации, имеют свои показания. Путём приобретения навыков и опыта, нейрохирурги могут разработать и развить эти доступы до высоких стандартов с оптимальной безопасностью больного в отношении смертности и инвалидности [9-12]. В течении последних лет субокципитальный доступ был рутинно использован при всех вариантах неврином VIII нерва в нашей клинике. Основываясь на 120 случаях неврином VIII нерва, даётся клинический анализ полученных данных. Более того, развитие техники операции с нарастающим опытом представлено с анализом послеоперационных исходов, осложнений и их объёма [1-12].

Материал и методы. Нами 125 неврином VIII нерва были удалены у 120 пациентов, используя субокципитальный ретросигмовидный доступ. 10 больных имели нейрофиброматоз-2 (НФ-2) и поэтому во время операции у этих пациентов были удалены 10 билатеральных опухолей. 110 больных не имели нейрофиброматоза (НФ-2) и оперированы только унилатерально. Все пациенты были подготовлены к операции путём тщательного клинического обследования, включая оториноларингологическое исследование; компьютерную томографию (bone-windows), контрастную компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию (МРТ) с контрастированием и функциональную рентгенографию шейных позвонков. Положение больных при операции отличалось тем, что голова наклонялась и поворачивалась только незначительно под нейрофизиологическим контролем.

Послеоперационное лечение включало в среднем 1 день пребывания в отделении реанимации. И после этого начиналась мобилизация больного под физиотерапевтической поддержкой. Аудиометрический контроль производился через 1 неделю после операции, и выписку больного из больницы осуществляли в среднем на 8-14 сутки. При выписке производился неврологический осмотр. Пациенты с парезами и реконструкцией лицевого нерва проверялись через 3-6 месяцев.

Клинические, оториноларингологические, МРТ или контрастные КТ отдалённые исследования осуществлялись через 1, 2 и 5 лет после операции. Пациенты с особыми проблемами слуха также осматривались каждые 3-6 месяцев.

Размеры опухолей измерялись с учётом интра- и экстрамеатальной протяжённости опухоли; большими считались опухоли более чем 30х20 мм, и маленькими опухоли менее 30х20 мм. Протяженность опухоли была описана следующим образом: Класс Т1, чисто интрамеатальная; Класс Т2, интра- и экстрамеатальная; Класс Т3а, заполняющая мосто-мозжечковую цистерну; Класс Т3б, достигающая ствола мозга; Класс Т4а, сдавливающая ствол мозга; Класс Т4б, грубо сдавливающая ствол мозга и сдавливающая IV желудочек.

Результаты. *Частота операций*. 7 больных были уже оперированы в других клиниках, 3 больных подвергались субтотальной резекции опухоли, и 4 больных подвергались биопсии. Все это было сделано до поступления в нашу клинику.

Радикальность операций. В 109 случаях, удаление опухоли было тотальным. Субтотальное удаление было выполнено в 16 случаях, так как на первый план выступало сохранение жизни больных в 2 случаях и сохранение слуха в 3 случаях. В 10 случаях декомпрессия ствола мозга выполнено у 6 пациентов пожилого возраста и с тяжелой инвалидностью, у 3 пациентов с нейрофиброматозом НФ-2, билатеральное удаление опухоли было у 1 больного и монолатеральное удаление было сделано у 2 пациентов. Путём обнажения внутреннего слухового прохода и уменьшения опухоли, слух был сохранен у 8 из 11 пациентов, и качество слуха было стабильным в одном слышащем ухе в течение 6 лет после операции.

Рецидивы. Рецидивы встречались у 6 из 120 больных, кто не имел нейрофиброматоза НФ-2. Один пациент с большой, сдавливающей ствол мозга геморрагической опухолью и дооперационным параличом лицевого нерва, дал рецидив опухоли такого же размера и типа в течение 1 года и был оперирован повторно. Этот больной оставался без рецидива в течение 18 месяцев после повторной операции. Одна больная, оперированная нами, у кого было достигнуто сохранение слуха, отметила ухуд-

шение и потерю её первично сохраненного слуха через 4 года после операции. Она была подвергнута повторной операции по поводу опухолевого рецидива размером 25 мм. У одного больного рецидив был обнаружен во время обычного МРТ обследования и хирургическая резекция произведена во второй раз. Трое больных не были подвергнуты повторной операции.

Послеоперационные жалобы. Нами изучена частота субъективных послеоперационных жалоб пациентов и их сравнение с дооперационной субъективной симптоматикой.

В течение первых 2-8 послеоперационных недель больные жаловались на головную боль (9%), затруднение глотания (4,5%), субъективную тригеминальную гипоэстезию (7%), тригеминальную парэстезию (2%), шум в ухе (35%) и шаткость (56%). Неустойчивость при ходьбе была более частым вестибулярным нарушением (35%), головокружение было вторым более частым (25%) и тошнота была третьим частым симптомом.

Неврологический статус. В случаях 125 операций у 120 больных, не считая слуховые функции, неврологический статус после операции был нормальным в большинстве случаев. У этих больных общее физическое состояние, ментальный статус, степень бодрости, состояние вовлеченных в опухолевый процесс краниальных нервов, каудальные краниальные нервы и лицевой нерв были в норме или в стадии восстановления.

Лицевой нерв был анатомически сохранен у 93% больных. Из этих пациентов 51% отмечали нормальную функцию лицевого нерва непосредственно после операции и при выписке из больницы. 45% больных испытали снижение функции лицевого нерва с хорошим потенциалом восстановления функции в течение 1-12 месяцев. 5% больных отмечали паралич лицевого нерва несмотря на целостность нерва. Из них 2,3% выздоровели спонтанно, но 1,7% остались без положительных динамических сдвигов. Из этого числа больных 11 были оперированы с целью создания нервного анастомоза (hypoglossus-facialis) и получены хорошие результаты. 6 пациентов отказались вообще от операций для создания нервного анастомоза и восстановления функций лицевого нерва.

Лицевой нерв был анатомически поврежден предварительно у 4 больных, оперированных до этого где-то не в нашей клинике. В 2 случаях была произведена операция с созданием анастомоза (hypoglossus-facialis) и достигнуто восстановление функций нерва. В 3 случаях уже до поступления в нашу клинику была произведена реконструктивная операция на лицевом нерве. Лицевой нерв был анатомически поврежден в 7 случаях. У 5 больных повреждение нерва было восстановлено путём использования нервного ствола n. suralis. В 3 случаях лицевой нерв был восстановлен в области мосто-мозжечкового угла используя ствол n. suralis от 0,5 до 3 см. В 2 случаях реконструкция была выполнена из мосто-мозжечкового угла до мастоидального сегмента по методу M. Samii: интракраниально-интратемпоральная трансплантация [1,3,4] и в 3 случаях по методу Дотта (интракраниально-экстракраниальная трансплантация от мосто-мозжечкового угла до наружного сегмента шилососцевидной порции).

В 2 случаях лицевой нерв был поврежден на месте выхода из ствола мозга и был восстановлен, используя донорский нерв (из другого контралатерального лицевого нерва, и n. hypoglossus).

Слуховой нерв был анатомически сохранен в 68% случаях, из которых 15 пациентов были глухими ещё до операции. Слуховой нерв был повреждён в 38 случаях, из которых 18 больных были глухими и 20 были слышащими до операции. В 2% случаях слуховой нерв был предварительно повреждён из-за операции, проведенной не в нашей клинике.

Из 90 слышащих до операции пациентов, 70 слуховых нервов были сохранены анатомически и 36 нервов сохранили функции у 5 больных с хорошим слухом, у 14 с удовлетворительным, и у 17 больных с плохим слухом. Дискриминация слуха была полезной у 79% послеоперационно слышащих пациентов. В общем, анатомическое сохранение слухового нерва было 68% и функциональное сохранение было 39%. Морфологические аспекты опухоли влияли на степень сохранности. В случаях кистозных опухолей степень анатомического сохранения лицевого нерва была снижена с 93 до 88% и слухового нерва с 68 до 55%.

Осложнения. Ликворные свищи встречались в 9,2%; было 7,6% парадоксальных наружных свищей через 1-16 дней после операции, и было 1,6% внутренних свищей через 1-56 дней. Наружные свищи с истечением ликвора из твёрдой мозговой оболочки были успешно излечены используя давящие повязки; в половине случаев дополнительный люмбальный дренаж был установлен на 5-8 дней. В случаях внутренних свищей выполнялась хирургическая ревизия с поиском возможных открытых ячеек сосцевидной кости во внутреннем слуховом проходе, который был закрыт кусочком мышцы используя фибриновый клей.

Гидроцефалия нуждалась в лечении у 2,3% больных. У 2 больных временный наружный дренаж был эффективным. У 2 других больных это было использовано вначале, а затем наложен шунт. У 2 больных шунт был установлен сразу.

Менингиты встречались в 3% (1,7% асептический и 1,3% менингит). Асептические менингиты начинались на 2-21 дни после операции и продолжались 10 дней с хорошим выздоровлением. У 3 больных отмечался временный парез лицевого нерва с полным восстановлением в течении 2-4 недель. Бактериальные менингиты развивались на 3-28 дни и продолжались свыше 26 дней. В то время как большинство бактериальных менингитов были диагностированы клинически и при люмбальной пункции, в 2 случаях обнаружены временные образования абсцесса в мосто-мозжечковом углу с типичным кольцевидным усилением. Ревизия операционной раны была показана у 2 больных (1 из-за подкожного раневого абсцесса и 1 из-за аллергией на воск). После этих случаев с восковой аллергией, использование воска для закрытия мастоидальных ячеек было полностью остановлено и дальнейшие ревизии операционных ран не понадобились .

Кровотечение. У 2,2% больных отмечалось послеоперационное кровотечение; хирургическая ревизия была необходимой у 1,5% больных. У 5 больных кровотечение отмечалось остро в течении первых 24 часов, между 4-9 часами после операции, и были локализованы в области мосто-мозжечкового угла в 4 случаях, внутри моста в 2 случаях, и эпидуральном протсранстве - в 1 случае. Все эти больные были подвергнуты операции. Оба пациента с кровотечением в области моста выздоровели, но легкий гемипарез и атаксия остались у одного и легкий гемипарез у другого. У последнего пациента некоторые сосудистые аномалии отличались на КТ в виде циркулярной области гиподенсивности перед операцией. Из пациентов с кровотечением в области мосто-мозжечкового угла, 2 пациента выздоровели без проблем, но 2 других умерли. Больной с эпидуральной гематомой выздоровел быстро, с нормальным неврологическим статусом исключая незначительную гипакузию.

Заключение. Существующие в настоящее время варианты лечения полной резекции опухоли с продолжающимся снижением заболеваемости хорошо выполняются с помощью субокципитального ретросигмоидного доступа.

Литература:

1. *Махмудов У.Б. Хирургическое лечение неврином слухового нерва: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.28. - М., 1981. - 23с.*
2. *Никитин И.А. Хирургия больших и гигантских неврином VIII нерва: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук: 14.00.28. - Л., 1989. - 35с.*
3. *Рзаев Д.А., Шулев Ю.А., Бикмуллин В.Н. Ретросигмоидный доступ как основа малоинвазивной хирургии мосто-мозжечкового угла // III съезд нейрохирургов России, Санкт-Петербург, 4-8 июня, 2002 г. - С.144-145.*
4. *Смеянович А.Ф. Микронейрохирургия неврином слухового нерва: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.28. - Киев, 1981. - 44с.*
5. *Халед Бу Х.Э. Диагностика и хирургическое лечение неврином слухового нерва: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.28. - М., 1993. - 18с.*
6. *Ырысов К.Б. Диагностика и нейрохирургическое лечение вестибулярных шванном (неврином VIII нерва): Дис... д-ра мед.наук: 14.00.28. – Бишкек, 2005. – 200с.*
7. *Ebersol M.J., Harner S.G., Beatty C.W. Current results of the retrosigmoid approach to acoustic neuroma. J Neurosurg 2012; 76: 901-909.*
8. *Gnanalingham K.K. Surgical procedures for posterior fossa tumors in children:does craniotomy lead to fewer complications than craniectomy? // J Neurosurg., 2018. - Vol. 97. – P. 821-826.*
9. *Regis J. Functional outcome after gamma-knife surgery or microsurgery for vestibular schwannomas. // J Neurosurg., 2019. - Vol. 97. – P. 1091-1100.*
10. *Schessel D.A. Recurnence rates of acoustic neuroma in hearing preservation surgery. // Am J Otol., 2018. - Vol. 13. - P. 233-235.*
11. *Tatagiba M., Matthies C., Samii M. Microendoscopy of the internalduditory canal in vestibular schwannoma surgery. Neurosurgery 2016; 38: 737-740.*
12. *Tos M. Causes of facial nerve paresis after translabyrinthine surgery for acoustic neuroma. Ann Otd Rhinol Laryngol 2017; 101: 821-826.*

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ИСХОДЫ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

К.Б. Ырысов, И.Т. Ыдырысов, К. К. Абдурасулов, И.С. Абдирайимов, А. Ы. Исаков
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра нейрохирургии. г. Бишкек, Кыргызстан

Актуальность. Сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ) составляет 43-68% в структуре сочетанных повреждений и наблюдается у 23-63% пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой.
Цель работы: оценка прогностических значений факторов риска развития неблагоприятного исхода у больных с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой.
Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ влияния данных, полученных при клинико-инструментальном обследовании, на исход хирургического лечения у 136 пострадавших с тяжелой СЧМТ.
Результаты. Послеоперационная летальность у пострадавших с СЧМТ составила 46,8%. Внечерепными факторами риска развития неблагоприятного исхода у пострадавших с СЧМТ явились: тяжесть сочетанной травмы 40 и более баллов по шкале ISS, наличие множественных внечерепных повреждений, позвоночно-спинальной травмы или травмы органов брюшной полости, возраст пострадавших старше 70 лет, наличие эпизодов гипоксии и артериальной гипотонии, развитие осложнений в послеоперационном периоде. Внутричерепными факторами риска были: угнетение уровня бодрствования до сопора и комы, наличие патологических двигательных реакций в ответ на болевой раздражитель или диффузной мышечной гипотонии, стадия развития дислокационного синдрома на уровне среднего мозга и моста.
Ключевые слова: тяжелая сочетанная черепно-мозговая травма, факторы риска, прогноз исходов.

POSTOPERATIVE OUTCOME IN AFFECTED WITH COMBINED SKULL BRAIN INJURY

K. B. Yrysov, I. T. Ydyrysov, K.K. Abdurasulov, I.S. Abdirayimov, A. Y. Isakov
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I. K. Akhunbaev, Dpt. of Neurosurgery. Bishkek, Kyrgyzstan

Background. Severe concomitant head injury composes 43-68% in all concomitant injuries and in 23-63% affected with severe concomitant head injury.
Objective is assessment of risk factors prognostic significance for unfavorable outcome at patients with concomitant head injury (CHI).
Material and methods. We performed the retrospective analysis of clinical and instrumental examination data and surgical treatment outcomes at patients with severe head injury operated on. Among all these patients 136 (22.4%) persons suffered from CHI (men – 80.9%, women – 19.1%, average age – 36 years old). The retrospective analysis of influence of different factors, received during clinical and instrumental examination of patients, onto surgical treatment outcomes at patients with severe CHI was made.
Results. Postoperative lethality among patients with severe CHI was 46.8%. Extracranial risk factors for unfavorable outcome were follows: severity of concomitant trauma 40 scores and more according to ISS scale, presence of multiple extracranial injuries, presence of spinal trauma or abdominal cavity organs trauma, patients older than 70 years old, periods of hypoxia and arterial hypotonia, development of complications in postoperative period. Intracranial risk factors were follows: spoor and coma, pathological movements in the response of pain stimulation or diffuse muscle hypotonia, stage of brain dislocation syndrome at the level of mesencephalon and pons.
Conclusion. Results, obtained during this retrospective analysis, can be used in prognosis of treatment outcomes at patients with CHI at early stages of delivery of medical care.
Key words: severe concomitant head injury, risk factors, outcomes prognosis.

АЙКАЛЫШКАН БАШСӨӨК-МЭЭ ЖАРАКАТТАН ЖАПА ЧЕККЕНДЕРДИН ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ АКЫБЕТИ

К.Б. Ырысов, И.Т. Ыдырысов, К. К. Абдурасулов, И.С. Абдирайимов, А. Ы. Исаков
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, нейрохирургия кафедрасы.
Бишкек ш., Кыргызстан

Актуалдуулугу. Айкалышкан баш сөөк-мээ жаракаттар (АБСМЖ) жалпы айкалышкан жаракаттардын түзүмүндө 43-68% ээлейт жана 23-63% жабыркагандар оор даражадагы баш сөөк-мээ жаракатын түзөт.
Максаты: айкалышкан баш сөөк-мээ жаракатынын терс акыбетине алып келүүчү тобокел

факторлордун маанисинне баа берүү.
Материалдар жана ыкмалар. Айкалышкан баш сөөк-мээ жаракаттары бар 136 бейтаптын клиникалык-аспаптык изилдөөдө алынган хирургиялык дарылоонун акыбетине таасир этүүчү маалыматтары ретроспективдүү талдоо жасалган.
Натыйжалар. Айкалышкан баш сөөк-мээ жаракаттардын операциядан кийинки өлүмгө дуушар болуусу 46,8% болду. Айкалышкан баш сөөк-мээ жаракаттардын акыбетине тескери таасир этүүчү мээден сырткы факторлор болуп: ISS шкаласы боюнча айкалышкан жаракаттын оордугу 40 жана жогору; көптөгөн мээден сырткы жаракататтардын болуусу; омуртка-жүлүн жаракаты; курсак көңдөйүнүн жаракаты; жапа чеккендердин курагы 70 жаш же улууараак; гипоксия эпизоддору же артериалдык гипотония; операциядан кийин кабылдоолордун өөрчүүсү аныкталды. Мээ ичиндеги факторлор катары: эс-учунун сопор же кома деңгээли; ооруткан таасирге патологиялык кыймыл реакциялары же диффуздук булчуң гипотониясы; ортоңку мээ же көпүрө деңгээлиндеги өөрчүгөн дислокациялык синдром эсептелди.
Негизги сөздөр: оор даражадагы айкалышкан баш сөөк-мээ жаракаты, тобокел факторлору, акыбетти божомолдоо.

Введение. Сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ) составляет 43-68% в структуре сочетанных повреждений и наблюдается у 23-63% пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) [1-12].

У пациентов с СЧМТ тяжесть состояния обусловлена как внечерепными повреждениями, так и травмой головного мозга. Состояние пострадавших нередко отягощается нарушениями внешнего дыхания при множественных переломах ребер и повреждениях органов грудной клетки, массивной кровопотерей вследствие переломов крупных трубчатых костей и повреждений органов брюшной полости. Оперативное вмешательство на головном мозге может быть задержано из-за проведения неотложных реанимационных мероприятий и операций по поводу остановки внутриполостных кровотечений, что приводит к ухудшению исходов лечения [7, 8, 10].

Разработка прогностических критериев при СЧМТ необходима для определения возможного исхода лечения, установления очередности, сроков и объема оказания медицинской помощи, особенно при массовом поступлении больных, для активного управления лечебно-диагностическим процессом и своевременного предупреждения осложнений. У пострадавших с СЧМТ важное значение имеет не только определение факторов риска неблагоприятного исхода, но и оценка степени влияния (прогностическая ценность) каждого из них.

Цель исследования: определить прогностическую значимость факторов риска неблагоприятного исхода у пострадавших с СЧМТ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных, полученных при клинико-инструментальном обследовании, и исходов хирургического лечения 559 пострадавших, оперированных по поводу тяжелой ЧМТ. Из исследования исключали пострадавших в агональном и крайне тяжелом состоянии, с угнетением уровня бодрствования до атонической комы (3 балла по шкале комы Глазго – ШКГ), которым оперативное вмешательство провести не представлялось возможным из-за тяжести состояния.

Пострадавшие с СЧМТ составили 22,4% (136 больных) от общего количества оперированных больных с тяжелой ЧМТ. Мужчин было 80,9%, женщин - 19,1%. Средний возраст 36 ± 12,4 лет. Непосредственно с места происшествия доставлены 112 (82%) больных, переведены из других стационаров. Минимальное время с момента травмы до госпитализации составило 30 мин, максимальное - 72 ч. Все пострадавшие с СЧМТ были госпитализированы в реанимационные отделения, состояние при поступлении расценивалось как тяжелое.

Основным способом нейровизуализации была компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, которую выполняли при поступлении и в динамике всем больным. По данным КТ и МРТ определяли вид и объем очага повреждения мозга, величину поперечной дислокации, степень компрессии базальных цистерн, рассчитывали вентрикуло-краниальные коэффициенты (ВКК).

По данным КТ/МРТ головного мозга, у 42 пострадавших (30,5%) с СЧМТ были выявлены субдуральные гематомы, эпидуральные гематомы – у 23 (14%), вдавленные переломы черепа – у 21 (15,8%), ушибы мозга в сочетании с внутримозговыми гематомами – у 19 (13,9%), диффузное аксональное повреждение мозга - у 4 (2,6%). Множественные повреждения головного мозга (сочетания субдуральных, внутримозговых гематом и очагов ушиба мозга) отмечены у 23 больных (23,2%).

Объем травматического очага повреждения у больных с СЧМТ составил в среднем 82,1± 12,3 см^3,

смещение срединных структур – 7,4 ± 4 мм, величина ВКК-2 - 9,6 ± 3,7%.

У 86 (62,8%) пострадавшего при поступлении диагностирован шок разной степени тяжести. Повреждения мягких тканей головы (ушибленных или скальпированных ран) отмечены у 67 (49%) больных, переломы свода и основания выявлены у 104 (76,8%).

Тяжесть состояния пострадавших с СЧМТ по шкале Injury Severity Score (ISS) составила от 29 до 86 баллов (в среднем – 37,6±8,4 балла). Выделяли травму опорно-двигательного аппарата, органов грудной клетки, повреждения лицевого скелета, органов брюшной полости и позвоночно-спинальную травму [14]. При обследовании пострадавших с СЧМТ травма опорно-двигательного аппарата (конечностей и таза) была выявлена у 42 (30,9%) больных, травма органов грудной клетки - у 32 (23,5%), повреждения лицевого скелета – у 19 (14%), позвоночно-спинальная травма - у 9 (7%), повреждение органов брюшной полости и забрюшинного пространства – у 4 (2,9%). Множественные внечерепные повреждения (одновременное наличие у пострадавших повреждений двух и более внечерепных областей) выявлены у 24 больных, что составило 21,7%

Повреждения одной анатомической области (тяжелая ЧМТ в сочетании с повреждениями лицевого скелета) отмечены у 18 пострадавших (13,6%), двух областей – у 88 больных (64,7%), трех – у 22 (19,5%) и четырех – у 3 (2,2%).

В ясном сознании и оглушении (13-15 баллов по ШКГ) доставлены 61 пострадавший с СЧМТ (44,4%). Угнетение уровня бодрствования до сопора (9-12 баллов по ШКГ) отмечено у 17 (12,7%), до умеренной комы (7-8 баллов по ШКГ) – у 20 (14,7%) и до глубокой комы (4-6 баллов по ШКГ) – у 38 (28,2%).

Эпизоды артериальной гипотонии на догоспитальном этапе, перед операцией и во время оперативного вмешательства зарегистрированы у 44 (32,7%) больных. Отек и набухание мозга во время операции наблюдали у 23 (16,5%) больных. Время пребывания на ИВЛ у пострадавших с СЧМТ составило в среднем 11,3±4 сут. Длительность коматозного состояния в среднем – 8,4±3,1 сут.

Оценку исходов хирургического лечения у пострадавших с СЧМТ проводили на основании шкалы исходов Глазго (ШИГ). Данные, полученные при клинико-инструментальном обследовании пострадавших, обрабатывали методом однофакторного анализа, определяли наличие и силу статистической связи между исходом хирургического лечения и признаками, полученными при клинико-инструментальном обследовании. Использовали метод рангового корреляционного анализа по Спирмену.

Результаты и их обсуждение. Выявлена зависимость между механизмом травмы и видом повреждения головного мозга у пострадавших с СЧМТ ($p<0,05$). Так, у пострадавших в результате ДТП ($n = 68$) наиболее часто встречались субдуральные гематомы – у 14 больных (25,1%) и очаги ушиба и размозжения мозга в сочетании с внутримозговыми гематомами - у 12 (21,2%). Диффузное аксональное повреждение мозга ($n = 4$) наблюдали только у пострадавших в ДТП – у 100% больных. У пациентов, получивших травму в результате падения с большой высоты ($n=23$), превалировали множественные повреждения головного мозга - 7 (25,6%) больных и субдуральные гематомы – 6 (23,2%). У пострадавших в результате криминальной травмы ($n = 24$) - вдавленные переломы черепа - 8 (31,5%) больных и субдуральные гематомы – 6 (24,9%). При падении с высоты роста ($n=15$) с наибольшей частотой встречались эпидуральные гематомы – у 3 (40%) пациентов.

Отличные функциональные исходы после операций отмечены у 41 (30,3%) больных, умеренная инвалидизация – у 21 (14,9%), тяжелая инвалидизация – у 8 (6,4%), вегетативное состояние – у 2 (1,6%) больных. Послеоперационная летальность составила 46,8% (63 пострадавших).

Высокий процент неблагоприятных функциональных исходов в нашем исследовании согласуется с данными литературы и связан с наличием у пострадавших ЧМТ только тяжелой степени тяжести.

По результатам судебно-медицинских исследований, ведущей причиной летального исхода у пострадавших с СЧМТ были отек и дислокация головного мозга – у 27 (41,7%) больных из 63. Пневмония как непосредственная причина смерти отмечена у 16 (24,5%) пострадавшего. Отек, дислокация мозга и пневмония одновременно – у 10 (15,7%). Смерть в результате гнойно-септических осложнений зарегистрирована у 8 (14,6%) пострадавших, в результате тромбоэмболии ветвей легочной артерии – у 2 (3,5%).

Достоверное влияние на исход хирургического лечения оказывали тяжесть сочетанной травмы по шкале ISS, локализация (анатомическая область) внечерепных повреждений, возраст пострадавших, наличие эпизодов гипоксии и артериальной гипотонии, угнетение уровня бодрствования перед операцией, наличие глазодвигательных нарушений и нарушение фотореакций, изменения мышечного тонуса, стадия развития дислокационного синдрома, объем очага повреждения мозга, смещение срединных структур, аксиальная дислокация, величина ВКК-2 по данным КТ, наличие отека мозга во

время операции и развитие осложнений ($p<0,05$, метод Спирмена).

У пострадавших с СЧМТ количество неблагоприятных исходов лечения возрастало прямо пропорционально увеличению общего количества баллов по шкале ISS. При тяжести полученной травмы менее 40 баллов по шкале ISS летальность у пострадавших с СЧМТ составила 27,7%, от 40 до 50 баллов – 74,5%, свыше 50 баллов – 91,7%.

Обнаружена зависимость между исходом лечения и локализацией внечерепных повреждений ($p<0,05$). Наибольшее количество неблагоприятных исходов отмечено у пострадавших с множественными внечерепными повреждениями (n=29) (при одновременном наличии повреждений двух и более внечерепных областей) – 58%, а также у больных с позвоночно-спинальной травмой (n=10) – 53% и травмой органов брюшной полости (n=4) – 50%.

Выявлена прямая зависимость между возрастом пострадавших и исходом хирургического лечения ($p<0,05$). С увеличением возраста увеличивалось количество неблагоприятных исходов. У пострадавших моложе 30 лет летальность составила 38,8%, от 30 до 40 лет - 45,9%, от 41 до 50 лет - 46,2%, от 51 до 60 лет - 52,6%, от 61 до 70 лет - 54,8%. Наиболее высокий процент летальных исходов отмечен у пострадавших старше 70 лет – 83,3%.

В нашей группе больных летальность у пострадавших с СЧМТ в ясном сознании и оглушении (13-15 баллов по ШКГ) составила 13,1%, с уровнем угнетения бодрствования до сопора (9-12 баллов по ШКГ) – 46,3%, до умеренной комы (7-8 баллов по ШКГ) – 62,5% и до глубокой комы (4-6 баллов по ШКГ) – 82,1%.

При отсутствии глазодвигательных расстройств летальность у больных достигала 33,6%, при их наличии – 53,3%. У пациентов с сохраненными фотореакциями количество неблагоприятных исходов составило 31,8%, при наличии анизокории – 56%. В случае двустороннего отсутствия фотореакций летальность увеличивалась до 93,3%.

Изменения мышечного тонуса и двигательных реакций в ответ на болевой раздражитель развиваются при нарушении функции ствола мозга вследствие его дислокации и компрессии на различных уровнях. Проведенный анализ показал, что летальность у пострадавших с нормальным мышечным тонусом составляет 24,5%, с повышенным мышечным тонусом – 38,1%, при наличии патологических позно-тонических реакций (декортикационной или децеребрационной ригидности) – 75%. Наибольшее количество неблагоприятных исходов отмечено у пострадавших с диффузной мышечной гипотонией – 95,6%.

Дислокация ствола мозга является ведущей причиной развития неблагоприятного исхода у больных с СЧМТ. В нашем исследовании дислокационный синдром отмечен у 89,3% пациентов. С распространением дислокационного синдрома на нижележащие структуры ствола мозга увеличивалась летальность. При отсутствии симптомов дислокации ствола мозга количество летальных исходов было минимальным – 3,4%. Летальность у пострадавших с дислокационным синдромом на диэнцефальной, мезэнцефальной стадиях и на стадии моста составила 26,1, 67,8 и 84,6% соответственно.

Снижение системного АД и нарушение ауторегуляции мозгового кровотока приводят к уменьшению церебрального перфузионного давления, что способствует развитию ишемии мозга. Исследования показывают, что наличие эпизодов артериальной гипотонии (АД < 90 мм рт. ст.) значительно ухудшает прогноз исходов при тяжелой ЧМТ, что особенно актуально у пострадавших с СЧМТ, значительную часть которых доставляют в стационар в состоянии травматического шока [5, 12].

Наличие эпизодов гипоксии и артериальной гипотонии достоверно увеличивало риск развития летального исхода у пострадавших с тяжелой СЧМТ. При отсутствии эпизодов гипоксии и артериальной гипотонии летальность составила 15,1 и 32,8% соответственно. При наличии эпизодов гипоксии и гипотонии летальность увеличивалась до 59,8 и 75,2% соответственно. При одновременном наличии эпизодов гипоксии и гипотонии количество неблагоприятных исходов возрастало до 87,3%.

Заключение. Сочетанная травма в структуре тяжелой ЧМТ составляет 22,4%. Основными механизмами получения травмы у пострадавших с СЧМТ являются ДТП и падение с большой высоты, вследствие которых отмечаются наиболее тяжелые виды повреждений головного мозга - субдуральные и внутримозговые гематомы, очаги ушиба и размозжения мозга, а также множественные повреждения.

Послеоперационная летальность у пострадавших с СЧМТ составляет 46,8%. Ведущими причинами летального исхода являются отек, дислокация мозга и пневмония.

Внечерепными факторами риска развития неблагоприятного исхода у пострадавших с СЧМТ явились тяжесть сочетанной травмы 40 и более баллов по шкале ISS, наличие множественных внечерепных повреждений, позвоночно-спинальной травмы или травмы органов брюшной полости, возраст пострадавших старше 70 лет, наличие эпизодов гипоксии и артериальной гипотонии, развитие

осложнений в послеоперационном периоде.

Внутричерепными факторами риска были угнетение уровня бодрствования до сопора и комы, наличие в неврологическом статусе при поступлении глазодвигательных расстройств, анизокории или двустороннего мидриаза, патологических двигательных реакций в ответ на болевой раздражитель или диффузной мышечной гипотонии, стадия развития дислокационного синдрома на уровне среднего мозга и моста, наличие отека мозга во время операции.

Литература:

1. *Гринев М.В. Сочетанная травма: сущность проблемы, пути решения // Оказание помощи при сочетанной травме. - СПб., 2002. - С. 58-63.*
2. *Качков И.А., Кочережкин Б.А, Чмелев В.С. Эпидемиология тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы и организация медицинской помощи пострадавшим в Московской области // Нейрохирургия. - 2007. - № 4. - С. 56-59.*
3. *Корниенко В.Н., Васин Н.Я., Кузьменко В.А. Компьютерная томография в диагностике черепно-мозговой травмы. - М.: Медицина, 1987. - 287 с.*
4. *Король А.П., Мичурин В.Ф, Коновалов С.В. Шок как причина неблагоприятных исходов при политравме с повреждением головного мозга // Клиническая хирургия. - 1990. - № 4. - С. 30-31.*
5. *Лебедев В.В., Евдокимова Н.В. О значении некоторых факторов в развитии внутричерепных гнойных осложнений у нейрохирургических больных // Нейрохирургия. - 2007. - № 1. - С. 8-13.*
6. *Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия. - М.: Медицина, 2000. - 568 с.*
7. *Лебедев В.В., Крылов В.В., Соколов В.А. Сочетанная черепно-мозговая травма // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. / Под ред. Коновалова А.Н., Лихтермана Л.Б., Потапова А.А. - М.: Антидор, 2001. - Т. 2. - С. 523-559.*
8. *Лебедев Э.Д., Поляков И.В., Могучая О.В. Смертность при острой черепно-мозговой травме в Ленинграде и области // Нейроанестезиология и интенсивная терапия: сб. науч. тр.- Л., 1991. - С. 84-88.*
9. *Потапов А.А, Лихтерман Л.Б, Кравчук А.Д. Доказательная нейротравматология / Под ред. А.А. Потапова и Л.Б. Лихтермана. - М.: Антидор, 2003. - 517 с.*
10. *Rixen D, Raum M., Bouillon B. Prognoseabschatzung des Schwerverletzten — Eine Analyse von 2069 Patienten des Traumaregisters der DGU // Unfallchirurg. - 2013. - Bd. 104 (3). - S. 230-239.*
11. *Rupprecht H, Mechlin A, Ditterich D. Prognostische Risikofaktoren bei schadelhirnverletzten polytraumatisierten Kindern und Jugendlichen // Kongressbd. Dtsch. Ges. Chir. Kongr. - 2012. - Bd. 119. - S. 683-688.*
12. *Sarrafzadeh A.S., Peltonen E.E., Kaisers U. Secondary insults in severe head injury — do multiply injured patients do worse? // Crit. Care Med. - 2011. - Vol. 29. - P. 1116-1123.*

НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

К. Б. Ырысов, Г. Ж. Алибаева, М. Авазали Уулу, М. М. Базарбеков, О. М. Артыков

Кыргызская государственная медицинская академия
им. И.К. Ахунбаева, кафедра нейрохирургии. г. Бишкек, Кыргызстан

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с травматическим сдавлением головного мозга путем определения оптимального способа трепанации черепа.

Материал и методы исследования. В исследование включен анализ 127 пациентов, оперированных в отделении нейрохирургии. Мужчины среди обследованных составили 85,8% (109 больных), женщины - 14,2% (18 больных) ($p<0,05$). Возраст пострадавших колебался от 16 до 85 лет. Средний возраст пациентов был 43,8±4,2 лет. Методы исследования: неврологические, рентгенологические, эхоэнцефалография, компьютерная и магнитно-резонансная томографии головного мозга.

Результаты. У пострадавших с травматическим сдавлением головного мозга независимо от способа трепанации черепа (фрезеотомия, резекционная трепанация черепа и костно-пластическая трепанация черепа) достоверных различий по исходам лечения не получено. При планировании способа трепанации черепа у пострадавших с травматическим сдавлением головного мозга должны учитываться: нарушение сознания до 4-9 баллов по шкале ком Глазго, контузионные очаги мозга, острые субдуральные и внутримозговые гематомы, объем сдавления мозга 30-150 $см^3$, а также возраст больных и дислокационный синдром, что в совокупности определяют исход лечения. Предложена и внедрена методика определения течения и прогноза послеоперационного периода при тяжелой черепно-мозговой травме, которая осуществляется посредством вычисления баллов риска с помощью специальной формулы. Предложен способ лабораторного определения тяжести черепно-мозговой травмы.

Заключение. Для этого посредством биохимического анализа крови пострадавших определяют содержание интерлейкина-6 и устанавливается степень тяжести черепно-мозговой травмы. Новая методика трепанации черепа при травматическом сдавлении головного мозга позволяет точно найти патологический очаг и повысить эффективность оперативного лечения.
Ключевые слова: травматическое сдавление головного мозга, субдуральная гематома, эпидуральная гематома, внутримозговая гематома, фрезеотомия, резекционная трепанация черепа, костно-пластическая трепанация черепа.

NEUROSURGICAL METHODS OF MANAGEMENT IN TRAUMATIC BRAIN INJURY

K. B. Yrysov, G. J. Alibaeva, M. Avazali Uulu, M. M. Bazarbekov, O. M. Artykov
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev, department of neurosurgery. Bishkek, Kyrgyzstan

Goal of the research was to improve results of neurosurgical management in patients with traumatic brain compression detecting an optimal way of craniotomy.
Material and methods. The study includes a data of 127 patients with traumatic brain compression. The series consisted of 109 (85.8%) males and 18 (14.2%) females among examined. Patients' age varied from 16 to 85 years. Neurosurgical interventions performed in all patients with traumatic brain compression. Methods of research: neurological, radiological, echoencephalography, computed tomography, magnetic resonance imaging of the brain.
Results. The way of identifying course and postoperative period prognosis in traumatic brain compression using a calculation and special formula suggested and invented. The way of laboratory identifying of traumatic brain injury severity suggested. New method of craniotomy for traumatic brain injury elaborated, which allows exact finding and increase surgical efficacy.
Conclusion. Using biochemical analysis of patients' blood content of interleukin-6 a severity of traumatic brain injury degree determined. The way to eliminate traumatic brain dislocation, which is performed by draining cerebrospinal fluid cisterns for 307 days after hematoma removal, suggested.
Key words: traumatic brain compression, epidural hematoma, subdural hematoma, intracerebral hematoma, trephination, craniectomy, osteoplastic craniotomy.

БАШ МЭЭНИН ЖАРАКАТЫН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН ЫКМАЛАРЫ

К. Б. Ырысов, Г. Ж. Алибаева, М. Авазали Уулу, М. М. Базарбеков, О. М. Артыков
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, нейрохирургия кафедрасы. Бишкек ш., Кыргызстан

Изилдөө максаты. Оптималдык баш-сөөк трепанациясын тактоо жолу менен баш-мээнин жарааттык кысылуусунан жабыркаган бейтаптарды дарылоонун жыйынтыктарын жакшыртуу.
Материалдар жана ыкмалар. Баш-мээнин жарааттык кысылуусунан жабыркаган 127 бейтап. Изилденгендердин арасында 109 (85,8%) эркектер жана 18 (14,2%) аялдар болгон ($p<0,05$). Жабыркагандардын жаш курагы 16 дан 85 жашка чейин. Бейтаптардын орточо курагы 43,8±4,2 жашты түздү. Нейрохирургиялык операциялар бейтаптардын баардыгына жасалды. Бейтаптарды изилдөөдө неврологиялык, рентгендик, эхоэнцефалография, баш-мээнин компьютердик жана магниттик-резонанстык томографиясы колдонулду.
Изилдөөнүн жыйынтыктары. Баш-мээнин жарааттык кысылуусунан жабыркаган бейтаптарды дарылоодо баш-сөөк трепанациясынын ыкмасына карабастан (фрезеотомия, баш сөөктүн резекциялык трепанациясы жана баш сөөктүн пластикалык трепанациясы) дарылоо натыйжаларында ишенимдүү айырмалар аныкталган жок. Баш-сөөк трепанациясын пландоо учурунда баш-мээнин жарааттык кысылуусундагы динамиканы операция маалындагы жана андан кийин клиникалык сүрөттөмө жана баш-мээнин компьютердик жана магниттик-резонанстык томографиясынын маалыматтары менен биргеликте кароо зарыл. Баш-сөөк жана мээнин оор жараатында операциядан кийинки мезгилдин агымын алдын ала болжолдоо ыкмасы сунушталган, бул ыкма атайын формуланын жардамы менен тобокелдик упайларды эсептөө аркылуу аткарылат. Баш-сөөк жана мээ жараатынын оордугун лабораториялык аныктоо жаңы ыкмасы сунушталган.
Тыянак. Оорулардын канын биохимиялык изилдөөгө алып, курамындагы интерлейкин-6 затынын деңгээли боюнча баш мээ жараатынын оордугу аныкталат. Трепанциянын жаңы ыкмасы операциянын эффективдүүлүгүн жогорулатуу менен бирге, патологиялык очокту так жана туура табууга шарт түздү.
Негизги сөздөр: баш мээнин жарааттык кысылуусу, эпидуралдык гематома, субдуралдык гематома,

мээ ичиндеги гематома, фрезеотомия, резекциялык баш-сөөк трепанациясы, сөөк пластикалык баш-сөөк трепанациясы.

Актуальность. В структуре летальности от всех видов травм около 40% приходится на ЧМТ. Проблема лечения ЧМТ в настоящее время имеет огромное социально-экономическое значение. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, частота ЧМТ увеличивается ежегодно на 2%, при этом отмечается нарастание частоты более тяжелых видов повреждений. Среди пострадавших преобладают лица трудоспособного возраста (от 20 до 50 лет), около 10% из них становятся инвалидами. Летальность при ЧМТ составляет от 5 до 10%. При тяжелых формах ЧМТ с наличием внутричерепных гематом, очагов ушиба головного мозга, сопровождающихся дислокационным синдромом летальность возрастает до 41-85% [1-6].

На практике приходится встречаться с недостаточным оснащением стационаров современной диагностической аппаратурой (КТ, МРТ), отсутствием возможности проводить мониторинг ВЧД. В этих случаях при выборе метода трепанации приходится ориентироваться на данные клинико-неврологического осмотра. Часто влияние на выбор способа трепанации черепа оказывают субъективные причины (предпочтения хирурга, традиции клиники). Это приводит к большому количеству неоправданно выполненных ДТЧ с целью профилактики возможного выбухания мозга при его отеке в послеоперационном периоде. В результате увеличивается число нетрудоспособных больных, повышается процент повторных операций и риск гнойно-воспалительных осложнений [6-10].

Материал и методы. Анализированы данные 127 больных с изолированной черепно-мозговой травмой и оперированных в отделениях нейрохирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы и Ошской городской клинической больницы. Острые и подострые травматические внутричерепные гематомы более часто встречались при бытовом (38 больных – 29,9%) и транспортном (34 больной – 26,8%) травматизме ($p<0,05$). По линии скорой помощи доставлено в стационар 92 больных (72,4%), а остальные попутным транспортом. Из 127 поступивших у 31 (24,4%) травма была получена в состоянии алкогольного опьянения. Это чаще всего была бытовая травма.

Всем больным при поступлении было проведено клинико-неврологическое исследование, КТ и/или МРТ исследование головного мозга, и после установки диагноза больные подвергались операции в течение первых 24 часов с момента получения травмы.

Результаты. Для определения нейрохирургической тактики и выявления травматических поражений головного мозга КТ и МРТ являются незаменимым методом диагностики, который обеспечивает идентификацию макроструктурного, функционального, метаболического состояния мозга, топографию самого очага, отечности вокруг него и, самое главное, они позволяют определить взаимоотношения патологического очага к мозговым структурам, к сосудистой и желудочковой системам, отношения очага к субарахноидальным пространствам и к серединным образованиям головного мозга, что является исключительно важным для решения техники нейрохирургических операций.

Для удаления внутричерепных гематом травматического происхождения, нами применялись уже известные в практике три нейрохирургических доступа: КПТЧ, РТЧ и удаление гематом через расширенные фрезевые отверстия. Вместе с тем, в нашу задачу входило выяснение влияния клинического статуса, локализации травмы, морфологии переломов черепа, объема гематом на частоту применения того или иного доступа, вскрытие особенностей и закономерностей течения процесса после нейрохирургического вмешательства и его эффективности, в зависимости от примененной стратегии лечения.

Эпидуральные гематомы у 37 (26,6%) пациентов были удалены путем выполнения фрезеотомии в 7 случаях, а в 30 случаях была выполнена РТЧ. Субдуральные гематомы у 72 (51,8%) пострадавших были удалены посредством РТЧ в 67 случаях, а фрезеотомия в 3 случаях и КПТЧ была использована в 2 случаях. Внутримозговые гематомы у 8 (5,8%) пациентов были удалены путем выполнения КПТЧ во всех 8 случаях. При 4 (2,9%) двухсторонних гематомах фрезеотомия и РТЧ применена по 2 случаям соответственно. Импрессионные переломы черепа у всех 18 (12,9%) больных были устранены путем выполнения РТЧ ($p<0,05$).

У 127 больных нами выполнено 139 операций. В наших наблюдениях преобладал метод РТЧ (117 операций – 71,7%), что связано с поступлением больных в стационар в остром периоде ЧМТ в тяжелом и крайне тяжелом состояниях. Рассмотрение вопроса в возрастном плане позволяет вскрыть определенные закономерности. Наиболее часто РТЧ была произведена у людей молодого и среднего возраста (в среднем у 3 из каждых 4 случаев). У лиц старше 60 лет РТЧ производилась реже, у каждого второго больного. Что касается других методов операции, то КПТЧ у лиц молодого возраста производилась чаще, чем у пожилых, а метод расширенных фрезевых отверстий, наоборот, у пожилых - чаще, чем у молодых пациентов. Как правило, КПТЧ производили у больных, не имеющих грубых нарушений функций ствола мозга, а также в большинстве тех случаев, где локализация травматических внутричерепных гематом была установлена с помощью МРТ исследования. Следует отметить, что применение КПТЧ весьма эффективно для травматических внутричерепных гематом, так как гематомы, уже в первые часы после травмы содержат плотные сгустки крови, при удалении которых часто возобновляется кровотечение. Как и следовало ожидать, при КПТЧ полное удаление гематом и восстановление анатомических взаимоотношений тканей способствовало более быстрому и более полному восстановлению нарушенных функций мозга. В нашей работе мы применяли КПТЧ и как первый и как окончательный этап оперативного вмешательства, а также как последующий этап, которому предшествовало частичное удаление гематом через расширенное фрезевое отверстие.

Таким образом, наши наблюдения еще раз подтвердили известное положение о том, что применение метода КПТЧ с широким обнажением полушарий большого мозга создает наиболее благоприятные условия для полного удаления травматических гематом, позволяет произвести тщательный гемостаз даже при множественных источниках кровотечения, удалять мозговой детрит из очагов ушиба головного мозга. Вместе с тем мы пришли к заключению о том, что проведение КПТЧ осуществлялись тем чаще, чем моложе пострадавшие с травматическими внутричерепными гематомами. Применение КПТЧ с послойным зашиванием раны, создает анатомо-физиологические предпосылки для раннего и полного восстановления нарушенных функций, избавляет больных от синдрома «трепанированного черепа». В связи с этим, у больных, находящихся в состоянии средней тяжести или в удовлетворительном состоянии, а также в подостром периоде, этот метод является абсолютно показанным.

В 117 случаях (71,7%) была произведена РТЧ. Этот метод использовался при тяжелом состоянии больных, наличии грубо выраженной общемозговой и стволовой неврологической симптоматики, при наличии оскольчато-вдавленных переломов костей черепа, при картине нарастающего отека-набухания и дислокации головного мозга, т.е. у больных, которым необходимо было обеспечить декомпрессию мозга. В 15 (10,8%) случаях с явлениями начинающегося вклинения проводилась двухсторонняя подвисочная декомпрессия. Широкая декомпрессионная трепанация черепа у больных с тяжелыми ушибами головного мозга, часто сопровождающих травматические внутричерепные гематомы, в ряде случаев, позволила сохранить не только жизнь, но и психическую полноценность пострадавших. Метод РТЧ был применен у 39 (30,7%) больных молодого и среднего возраста. Мы еще раз убедились в том, что метод резекционной трепанации черепа является технически относительно простым, позволяет провести достаточно-широкую ревизию эпи- и субдуральных пространств, хотя в этом плане и уступает методу КПТЧ. Удаление травматических внутричерепных гематом через расширенное фрезевое отверстие было применено в 12 случаях (20,0%) из 139 операций, при чем у 8 больных это было самостоятельно как метод, а у остальных как первый этап лечения, в последующем им произведена РТЧ или КПТЧ. После наложения фрезевых отверстий, расширенных до 5 см в диаметре, внутричерепные гематомы удалялись путем отсасывания субдурального пространства после рассечения ТМО. При этом с помощью шпателя и отсоса производилось вымывание физиологическим раствором сгустков крови и аспирация жидкой части гематомы. Удаление травматических внутричерепных гематом через расширенные фрезевые отверстия применялось в основном у больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, у которых имелись нарушения витальных функций, когда не было возможности провести операцию в более значительном объеме. При этом накладывали 2 фрезевых отверстия.

В большинстве случаев этот метод был первым этапом проведения более радикальной операции. Метод расширенной фрезеотомии нами применялся в основном для удаления эпи- и субдуральных гематом. Мы убедились в том, что он имеет ряд существенных недостатков: невозможность удаления больших по объему и протяженности травматических внутричерепных гематом базальной локализации, трудность удаления очагов ушиба-размозжения мозга, трудность в обнаружении источника кровотечения, недостаточность обеспечения декомпрессии при нарастающем в ходе операции и после нее отека-набухания головного мозга. Положительной стороной этого метода является его большая

диагностическая ценность, быстрота технического исполнения и то, что он является наиболее щадящим для больного. Анализ наших собственных данных позволяет констатировать, что применение метода расширенных фрезевых отверстий тем более оправдано, чем старше пострадавший с травматическими внутричерепными гематомами, поскольку нейрохирургическое вмешательство в этих случаях должно быть проведено менее травматично.

Представляется целесообразным более детально остановиться на особенностях тактики оперативных вмешательств у больных с травматическими внутричерепными гематомами. Показанием к вскрытию ТМО являлось напряжение и выбухание оболочки, синюшность ее, отсутствие пульсации. Оболочка вскрывалась дугообразно или крестообразно в бессосудистом участке. У лиц пожилого и старческого возраста наиболее рациональным представлялось поэтапное вскрытие ТМО, т.к. в связи с атрофией мозга, травматические внутричерепные гематомы достигали больших размеров и на первый план выступали дислокационные симптомы. Поэтапное вскрытие ТМО и удаление содержимого гематомы предупреждало дислокацию мозга. Такой метод вскрытия ТМО обоснован у лиц молодого возраста, имеющих склонность к отеку-набуханию мозга.

Мы установили, что у взрослых жидкая гематома встречается реже, в отличие от молодых. Спустя несколько часов после травмы субдуральная травматическая гематома еще не инкапсулируется. Она состоит из сгустков крови, которые не всегда удается вымыть или отсосать. В этом случае шпателем осторожно производили удаление сгустков. После удаления гематом у лиц пожилого и старческого возраста чаще, чем у больных других возрастных групп, отмечается релапс мозга с резким ослаблением пульсации мозговых сосудов. Расправлению мозга способствует внутривенное введение физиологического раствора, плазмы в сочетании с сосудорасширяющими препаратами. Почти у всех больных молодого и среднего возраста были обнаружены очаги ушиба и размозжения мозга. В этой возрастной группе производились обширные радикальные оперативные вмешательства, в ходе которых производилось по возможности максимально удаление нежизнеспособных тканей. У больных старших возрастных групп были обнаружены множественные ушибы головного мозга, однако, учитывая состояние возраста пострадавших, проводилась малотравматичная щадящая операция в виде декомпрессионной трепанации и удаления гематомы. После удаления гематом и очагов ушиба-размозжения мозга в послеоперационном периоде применяли приточно-отточные системы, которые способствовали удалению продуктов распада мозговой ткани и крови из области повреждения мозга, а также созданию местной гипотермии. Для предупреждения образования ликвореи и рубцово-спаечного процесса в 9 (6,5%) случаях производилась пластика ТМО гомотрансплантатом.

Если в дооперационном периоде было установлено наличие двухсторонних травматических внутричерепных гематом или высказаны предположения о их наличии, то во время операции производилось одновременное рассечение ТМО и вскрытие субарахноидального пространства с двух сторон. Если же после удаления субдуральной травматической гематомы с одной стороны и вскрытия ТМО не была обнаружена подоболочечная гематома, однако имелись признаки внутричерепного давления в виде пролабирования мозгового вещества в операционную рану, признаки гиперемии мозга, отсутствия пульсации или наличия флюктуации, то обязательно производилась пункция мозга в трех направлениях, после чего накладывались фрезевые отверстия на противоположной стороне. Таким образом были выявлены субдуральные травматические гематомы у 29 (20,9%) больных. В имеющихся у нас шести наблюдениях двухсторонних травматических гематом, клинические симптомы двух гематом как бы нивелировали неврологическую симптоматику меньшей по объему гематомы на противоположной стороне.

Таким образом, особенности нейрохирургической тактики при травматических внутричерепных гематомах определяются характером возрастных реакций мозга на черепно-мозговую и операционную травму. Чем моложе пострадавшие, тем чаще отмечаются явления посттравматической церебральной сосудистой патологии. В связи с этим у лиц молодого возраста необходимо радикальное нейрохирургическое вмешательство, направленное на удаление отека-набухания мозга. Это обеспечивается проведением широкой одноэтапной лоскутной трепанации с максимально полным удалением субдуральных гематом и удалением из очагов ушиба-размозжения мозга всех нежизнеспособных тканей. При двухсторонних травматических внутричерепных гематомах их удаление должно производиться одновременно с двух сторон. При пролабировании мозга все силы должны быть направлены на борьбу с отеком-набуханием головного мозга. У лиц старших возрастных групп при удалении гематом следует стремиться к минимальности вмешательства, но которое обеспечивает достаточную его радикальность. В связи с этим, чаще производилась РТЧ, иногда в два этапа (вначале удаление через расширенные фрезевые отверстия жидкой части гематомы и частично сгустков, а затем, во время второго вмешательства полное удаление сгустков). Иногда операция ограничивалась только первым эта-

пом. При пролабировании мозга через трепанационное окно необходимо производить пункцию мозга в поисках внутримозговой гематомы. Учитывая высокую частоту возникновения внутримозговых гематом с увеличением возраста, имеет смысл, даже при отсутствии выпячиваний мозга у лиц пожилого и старческого возраста пунктировать мозг. Надо иметь в виду, что нередко после удаления травматических внутричерепных гематом у лиц старших возрастных групп отмечается релапс мозга с резким ослаблением пульсаций мозговых сосудов.

Заключение. При планировании метода трепанации черепа у пострадавших с травматическим сдавлением головного мозга необходимо учитывать совокупность клинической картины, данных компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга и содержание интерлейкина-6 в крови пострадавших, а в послеоперационном периоде прогноз должен основываться на вычислении суммарного балла риска.

Литература:

1. *Мамытов, М.М. Факторы дифференцированного подхода в лечении тяжелых очаговых повреждений головного мозга [Текст] / М.М. Мамытов, К.Б. Ырысов, Э.М. Мамытова // Лікарська справа, 2012. - № 6. - С. 68-73.*
2. *Потапов А.А. с соавт. Переломы основания черепа: клинические и прогностические аспекты // Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. - 2004. - С. 17-23.*
3. *Потапов, А.А. Современные подходы к изучению и лечению черепно-мозговой травмы [Текст] / А.А. Потапов, В.Н. Корниенко, Л.Б. Лихтерман, А.Д. Кравчук // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. -2010. - том 4. - №1- с.4-12.*
4. *Ырысов, К.Б. Влияние возрастного фактора на исход острых субдуральных гематом [Текст] / К.Б. Ырысов // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. - 2013. – Т.- 1. – С.37-41.*
5. *Ырысов, К.Б. Значение объема гематом в тактике лечения травматических внутричерепных гематом [Текст] / К.Б. Ырысов // Хирургия Кыргызстана. - 2013. - №2. – С.8-12.*
6. *Caroli M., Locaielli M., Campanclla R. Multiple intracranial lesions in head injury: clinical considerations, prognostic factors, management, and results in 95 patients // Surg Neurol. - 2001. -Vol.56(2). - P.82-8.*
7. *Mikawa S., Ebina T. Multiple intracranial lesions in head injury: clinical considerations, prognostic factors, management, and results in 95 patients // Surg Neurol. - 2001. -Vol. 56(2). - P.82.*
8. *Sadrolhefazi A., Bloomfield S.M. Interhemispheric and bilateral chronic subdural hematomas // Neurosurg ClinN Am. - 2000. - Vol. 11(3). - P.455-63.*
9. *Slowinski J., Sydlik W., Sanetra A. Bilateral chronic subdural hematomas with neurologic symptoms complicating spinal anesthesia // Reg Anesth Pain Med. - 2003. - Vol. 28(4). - Vol.347-50.*
10. *Firsching, R. Classification of severe head injury based on magnetic resonance imaging [Text] / R. Firsching, D. Woischneck, B. Peters // Acta Neurochir (Wien), 2001. – Vol. 143. – P. 263-271.*

ЗНАЧЕНИЕ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В НЕЙРОХИРУРГИИ

К.Б. Ырысов, Э. Алик Кызы, Г.А. Файзуллаева, У.А. Шамуратов, А.А. Токтобаева

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
кафедра нейрохирургии. г. Бишкек, Кыргызстан

В работе представлен анализ нейроофтальмологической симптоматики у 170 больных с опухолями головного мозга, супратенториальной локализации, оперированных в клинике нейрохирургии Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики. Мужчин среди обследованных было 92 (54,1%), женщин - 78 (45,9%). Возраст пострадавших колебался в пределах от 15 до 87 лет.

Изучена характерная офтальмоскопическая картина у больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации, динамика изменений исходя от имеющейся нозологии, локализации опухолей головного мозга и степени их злокачественности, а также возраста больных.

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

VALUE OF OPHTHALMOLOGICAL DIAGNOSTICS IN NEUROSURGERY

K.B. Yrysov, E. Alik Kyzy, G.A. Faizullaeva, U.A. Shamuratov, A. A. Toktobaeva
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev, department of neurosurgery. Bishkek, Kyrgyzstan

The analysis of neuroophthalmological symptoms in 170 patients with brain tumors underwent neurosurgical tumor excision at Neurosurgical Clinic of National Hospital has been done. Patient's age varied from 15 years to 87 years old, medium age was 34 years. Male 92 (54.1%) patients, female - 78 (45.9%).
Key words: Brain tumors, optic nerve disc, eye fundus, visual function, benign brain tumors, malignant brain tumors.

НЕЙРОХИРУРГИЯДА ОФТАЛЬМОЛОГИЯЛЫК ИЗИЛДӨӨНҮН МААНИЛҮҮЛҮГҮ

К.Б. Ырысов, Э. Алик Кызы, Г.А. Файзуллаева, У.А. Шамуратов, А.А. Токтобаева
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, нейрохирургия кафедрасы. Бишкек ш., Кыргызстан

Бул илимий иш мээ шишиктерине байланыштуу КР ССМ Улуттук Госпиталынын нейрохирургия клиникасында операцияга кабылган 170 бейтаптын нейроофтальмологиялык симптоматикасын талдоо берилген. Бейтаптардын курагы 15 жаштан 87 чейин түзгөн. Бейтаптардын арасында 92 эркек, 78 аял болгон. Авторлор тарабынан супратенториалдык баш мээ шишиктери бар бейтаптардагы офтальмологиялык өзгөрүүлөр, алардын нозологияга, шишиктин жайгашуусуна жана заладуулугуна, ошондой эле жаш курагына байланыштуу динамикасы изилденген.
Негизги сөздөр: Мээ шишиктери, көз нервинин диски, көз түпкүрү, көрүү фукнциясы, мээнин залалдуу эмес шишиктери, мээнин залалдуу шишиктери.

Актуальность. В настоящее время можно считать уже доказанным то факт, что застойные диски зрительных нервов развиваются вследствие повышения внутричерепного давления. Несмотря на давность момента, когда в 1860-1866 годах Albrecht von Graefe описал офтальмоскопическую картину застойных дисков зрительных нервов, данная глазная патология продолжает оставаться предметом научного интереса разных медицинских специалистов, как офтальмологи, неврологи, морфологи, нейрофизиологи и нейрорадиологи [1-3].

Нельзя сказать, что проблема застойных дисков зрительных нервов изучена полностью. Целый ряд исследователей изучили клинические проявления застойных дисков зрительных нервов и патоморфологию зрительных нервов при застойных дисках зрительных нервов. Множество различных теорий и гипотез совершенно по-разному трактуют патогенетические звенья развития застойных дисков зрительных нервов, при этом в большинстве случаев они противоречат друг другу [4-7].

С бурным прогрессом современных технологий появились совершенно новые возможности для исследования патогенетических звеньев и особенностей клинической картины застойных дисков зрительных нервов. Анатомо-физиологические характеристики подоболочечного пространства и ствола зрительного нерва при застойных дисках зрительных нервов in vivo стало возможным изучить с помощью магнитно-резонансной томографии и ультразвукового исследования. Однако полученные данные результатов исследования больных с застойными дисками зрительных нервов с использованием современных методов визуализации не сопоставлены с клиническими особенностями застойных дисков зрительных нервов и немногочисленны [8-10].

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

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

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту

Пол		Возраст (годы)					Всего	
		до 20	21-40	41-60	61-80	81 и <	абс.	%
Мужчины		11	10	27	25	19	92	54,1
Женщины		14	12	14	21	17	78	45,9
Всего	абс.	25	22	41	46	36	170	100,0
	%	14,7	12,9	24,1	27,1	21,2		100,0

Распределение наших больных по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Статистический анализ, проведенный нами, включал в себя определение частоты и степени выраженности нейроофтальмологической симптоматики у больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации с учетом характера имеющейся патологии, гистологической структуры и локализации опухолей головного мозга, возраста больных, давности развития симптомов болезни.

Для оценки общего статуса больных использовали индекс Карновского (Karnofsky Performance Scale). Всех больных с впервые выявленными опухолями головного мозга супратенториальной локализации мы разделили на три группы: первую группу составили больные с индексом от 100 до 70 баллов, вторую группу – больные с индексом от 70 до 50 баллов и третью группу – больные с индексом меньше 50 баллов.

Офтальмологические методы исследования. В первые сутки поступления пациентов с опухолями головного мозга супратенториальной локализации на стационарное лечение в отделения нейрохирургии и нейротравматологии Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики нами проводились основные клинико-неврологические методы исследования. Особое внимание мы придавали изучению офтальмологической симптоматики у больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации и особенностям клинического течения опухолей головного мозга. У больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации мы изучали характерную офтальмоскопическую картину, изучали динамику изменений исходя от имеющейся нозологии, локализации опухолей головного мозга и степени их злокачественности, а также возраста больных. Исследование включало в себя определение частоты, характера, степени выраженности нарушений зрительных функций и изучение их динамики при опухолях головного мозга супратенториальной локализации.

Офтальмологические методы охватывали следующие исследования: визометрия, офтальмоскопия, периметрия, исследование зрачковых реакций и глазодвигательных функций, автоматическая рефрактометрия, биомикроскопия, автоматическая тонометрия.

Результаты диагностики. Визометрия была проведена по таблицам Головина-Сивцева в первые 1-3 дня после поступления в клинику. У большинства больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации visus=l,0 был у 142 (41,8%) глаз, а visus=0,1-0,2 выявлен на 18 (5,3%). Полная слепота (амавроз на оба глаза) обнаружена на 20 (5,9%) глазах. На 80 (23,5%) глазах с visus=0,8-0,9 на глазном дне отмечались признаки ангиопатии с сужением артериол. На 12 глазах (3,5%) снижение остроты зрения было связано с признаками возрастной катаракты.

При офтальмоскопии в день поступления у большинства пострадавших определялись признаки ангиопатии с выраженным сужением артерий или с преобладанием венозной вазодилатации. У пациентов в тяжелом состоянии с грубым сдавлением головного мозга преобладала ангиопатия с сужением ретинальных артерий, что свидетельствует о преобладании симпатической реактивности у пациентов. У ряда больных, среди которых 93 (54,7%) были лица с отеком головного мозга, чаще определялась ангиопатия с венозной вазодилатацией (на 42 - 14,0%) с признаками начального застойного ДЗН (на 38 – 12,7%). Эти данные косвенно отражали преобладание признаков отёка головного мозга.

Периметрия, выполненная в первые сутки поступления в клинику, позволила диагностировать четыре типа изменений: концентрическое сужение периферических границ, сужение по битемпоральному типу, наличие центральных и парацентральных скотом. При этом сужение границ определялось на глазах с ангиопатией сетчатки, а парацентральные скотомы - при наличии застойного ДЗН, центральные скотомы - при поражении сетчатки.

Результаты РЭГ свидетельствовали о повышении сосудистого сопротивления на уровне артериол и прекапилляров. У больных с патологией зрительного нерва в виде оптической нейропатии по данным РЭГ преобладало повышение сосудистого сопротивления и составило 85,5%. Показатели кровотока

бассейна вертебральных сосудов свидетельствовали о более выраженном повышении сопротивления на уровне артериол на 13,2%. Кроме этого отмечалось увеличение индекса венозного оттока на 53,8%.

Исследования орбитального кровотока с помощью ультразвукового триплексного сканирования были выполнены в послеоперационном периоде и проанализированы у больных с патологией глазного дна. ЛСК во всех сосудах глазного бассейна была снижена в пределах 7,8-33,2%, а индекс резистентности в артериях был повышен максимально на 21,3%. ЛСК в артериях глазного бассейна максимально снижена в группе больных с патологией зрительного нерва. В венах ЛСК максимально снижена у больных с венозной вазодилатацией. В артериях, питающих сетчатку и зрительный нерв сосудистый тонус был повышен на 20,4-26,6%. С учетом снижения систолической ЛСК в этих сосудах на 32,8-31,9%, можно предположить о наличии артериальной недостаточности у части пострадавших с опухолями головного мозга в артериях, питающих задний сегмент глаза, что может способствовать снижению зрительных функций и развитию оптической нейропатии.

Таблица 2.

Офтальмоскопическая картина ДЗН, исследованных на спектральном ретинотомографе

Офтальмоскопическая картина	**Количество обследованных глаз (абс., %)**
ДЗН без отека	26 (19,1%)
Начальный застой ДЗН	12 (8,8%)
Умеренно выраженный застой ДЗН	16 (11,8%)
Выраженный застой ДЗН	54 (39,7%)
Вторичная атрофия ДЗН	28 (20,6%)
Всего	136 (100%)

Анализ стереометрических параметров ДЗН посредством спектральной оптической когерентной томографии проведен 68 (40,0%) пациентам с опухолями головного мозга. При этом у 54 (39,7%) из них выявлены выраженные застойные изменения дисков зрительных нервов. У больных с опухолями головного мозга были исследованы 136 глаз. Офтальмоскопическая картина ДЗН, исследованных на спектральном ретинотомографе, представлена в таблице 2.

Зрительные нервы исследованы с помощью МРТ. На МРТ зрительных нервов в различных проекциях мы получали изображение зрительного нерва и измеряли диаметр зрительного нерва вместе с его оболочками (т.е. диаметр подоболочечного пространства зрительного нерва) и диаметр самого нервного ствола. Обследовано 30 больных с опухолями головного мозга на различных стадиях застоя ДЗН (60 глаз и зрительных нервов). С начальными застойными ДЗН – 10 (16,7%) глаз, умеренно выраженными застойными ДЗН – 12 (20,0%) глаз, выраженными застойными ДЗН – 24 (40,0%), офтальмоскопической картиной вторичной атрофии – 10 (16,7%), без отека - 4 (6,7%) глаза.

Заключение. Нарушения зрительных функций при застойных дисках зрительных нервов у больных с опухолями головного мозга являются следствием отека, очаговых изменений в центральной области сетчатки и атрофии зрительного нерва в результате повышения внутричерепного давления. Частота встречаемости и степень выраженности застойных дисков зрительных нервов у больных с опухолями головного мозга обусловлены возрастом больного, злокачественным характером опухолей, срединной их локализацией и внутримозговым характером роста.

Литература:

1. *Владимирова Н.А. Застойные диски зрительных нервов при опухолях головного мозга [Текст] / Н.А. Владимирова // Материалы IV Московской научно-практической нейрофтальмологической конференции «Современные аспекты нейроофтальмологии». - М., 2000. - С. 11-13.*
2. *Голенков А.К. Современный взгляд на пути развития нейроофтальмологии [Текст] /А.К. Голенков // Материалы VI Московской научно-практической нейроофтальмологической конференции «Современные аспекты нейроофтальмологии». - М., 2002.- С. 13- 14.*
3. *Даниличев В.Ф. Современная офтальмология [Текст]: руководство для врачей / В.Ф. Даниличев. - СПб., 2000. – 98с.*
4. *Елисеева Н.М. Клинические аспекты патогенетических механизмов застойных дисков зрительных нервов при нейрохирургической патологии головного мозга [Текст]: дис. …докт. мед. наук / Н.М. Елисеева. – М., 2009. – 304с.*
5. *Мамытов М.М. Транссфеноидальная хирургия опухолей хиазмально-селлярной области [Текст] / М.М. Мамытов, К.Б. Ырысов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2015. - №3(1). – С. 19-22.*

6. *Меркулов И.И. Зрительный нерв [Текст] / И.И. Меркулов. - Айястан, 1979. - С. 1-13.*
7. *Cogan D.G. Neurology of the visual system [Text] / D.G. Cogan. - 5-th ed. - Illinois USA, 1972. - 413 p.*
8. *Dunker S. Perioperative risk factors for posterior ischemic optic neuropathy [Text] / S. Dunker, H.Y. Hsu, A.A. Sadun // J. Am. Coll. Surg. - 2014. -Vol.194. - P. 705–710.*
9. *Friedman D.I. Diagnostic criteria for idiopathic intracranial hypertension [Text] / D.I. Friedman, D.M. Jacobson // Neurology. - 2012. - Vol. 59, N 10. -P. 1492-1495.*
10. *Gartner V. Electronenmicroskopisch beobachtungen an der papille des rattenauges und beim papillenodem des menschen [Text] / V. Gartner // Ophthalmological. - 1967. - Vol.153. - P.367-384.*

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ГРЫЖАХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

К. Б. Ырысов, Ш. Ж. Машрапов, А. А. Каныев, У. А. Каримов
Кыргызская государственная медицинская академия
им. И.К. Ахунбаева, кафедра нейрохирургии. г. Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования. Совершенствование диагностики и повышение эффективности хирургического лечения больных с грыжами дисков в поясничном отделе позвоночника, путем изучения соотношений клинических проявлений и результатов примененных методов исследования и лечения.
Материал и методы исследования: 139 больных с грыжей поясничных межпозвонковых дисков. Проведены исследования: неврологические, рентгенологические, МРТ поясничного отдела позвоночника.
Результаты исследования. В работе изучена сравнительная оценка информативности различных методов лучевой диагностики при грыже поясничных межпозвонковых дисков и проведен анализ неврологических проявлений в зависимости от размера, локализации дисковых пролапсов и количества пораженных дисков. А также их динамика в зависимости от длительности заболевания и рецидивов.
Заключение. Информативным методом диагностики, позволяющим выявить грыжевое выпячивание любой локализации, особенно циркулярной и заднебоковой, является магнитно-резонансная миелография. Хирургическое лечение более эффективно при моно- и бирадикулярном синдроме, особенно в случаях парамедианных и срединных грыж.
Ключевые слова: грыжа поясничных межпозвонковых дисков, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.

METHODS OF DIAGNOSTICS IN LUMBAR DISC HERNIATIONS

K. B. YRYSOV, SH. J. MASHRAPOV, A. A. KANYEV, U. A. KARIMOV
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev, department of neurosurgery.
Bishkek, Kyrgyzstan

The purpose of research: Perfection of diagnostics and increase of efficiency of surgical treatment of patients with lumbar disc hernia, by studying parities of clinical displays and results of the applied methods of research and treatment.
Material and methods: 139 patients with a lumbar disc hernia. Used methods; neurological, radiological, echoencephalography, magnetic resonance imaging of the spine.
The results. In work the comparative estimation informatively various methods of beam diagnostics is studied at a lumbar disc hernia and the analysis of neurologic displays depending on the size, localizations disks prolapsed and quantities of the amazed disks is lead. And also their dynamics depending on duration of disease and relapses.
Conclusion: Magnetic-resonance myelography is a informative method of diagnostics, allowing to reveal hernial protrusion any localization, especially circular and posterio-lateral. Surgical treatment is more effective at mono - and biradicular syndromes, especially in cases of paramedian and median herniations.
Keywords: Lumbar disc herniations, surgical management, management outcome, recurrences.

БЕЛ ОМУРТКАЛАРЫНЫН ДИСК ЧУРКУ ООРУСУНУН АНЫКТОО ЫКМАЛАРЫ

К. Б. ЫРЫСОВ, Ш. Ж. МАШРАПОВ, А. А. КАНЫЕВ, У. А. КАРИМОВ
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, нейрохирургия кафедрасы. Бишкек ш., Кыргызстан

Изилдөөнун максаты. Клиникалык көрүнүш жана колдонулган изилдөө, дарылоо ыкмаларынын натыйжасын жакшыртуу жолу менен бел омуртка диск чуркусунан жапа чеккен бейтаптардын хирургиялык жол менен дарылоосун жана диагностиканын өркүндөтүү.
Материал жана изилдөө ыкмалары: Бел омурткаларынын диск чурку ооруусуна байланыштуу 139 бейтап изилденген. Клиникалык-неврологиялык, рентгенологиялык, МРТ изилдөөлөр аткарылган.
Изилдөөнун жыйынтыктары. Илимий иште ар түрдүү нур дарт аныктоо ыкмалары салыштырылып, алардын информативдүүлүгү изилделген. Диск чуркусунун көлөмүнөн, жайгашуусунан жана санынан келип чыккан неврологиялык көрүнүштөрдүн анализи жүргүзүлгөн. Оруунун узактыгы жана кайталанышынан көзкарандылык динамикасы аныкталган.
Тыянак. Ар түрдүү жерде жайгашкан диск чуркусун, өзгөчө циркулярдык жана арткы-латералдык жайгашуусун аныктоодо магниттик-резонанс миелографиясы информативдүү изилдөө ыкмасы болуп саналды. Хирургиялык жол менен дарылоо моно жана бирадикулярдык синдромдордо, өзгөчө парамедиандык жана ортолук диск чуркусунун жайгашуусунда эң натыйжалуу болду.
Негизги сөздөр: Бел омуртка диск чуркусу, диагностика, хирургиялык жана консервативдүү дарылоонун натыйжалары.

Введение. Диагностика, профилактика и лечение неврологических проявлений поясничного остеохондроза является весьма важной проблемой для здравоохранения, и, несмотря на имеющиеся достижения ее нельзя считать разрешенной. Большинство исследований показывает, что от 60% до 80% населения в индустриально развитых странах страдают этим заболеванием [1-5].

Обнадёживающие результаты получены при исследовании методом магнитно-резонансной томографии позвоночника. На срезах чётко выделяются межпозвонковые диски, нервные корешки, сосуды. Отсутствие артефактов от костей и возможность прямого построения сагиттальных и фронтальных сечений позволяют получить иногда лучшую информацию, чем при компьютерной томографии. Отчётливость изображения анатомических образований в норме предполагает чёткость картины патологических изменений при вертеброгенных заболеваниях нервной системы [6-10].

До последнего времени основным методом хирургического лечения дискогенных поясничнокрестцовых радикулитов являются прямые вмешательства, предусматривающие удаление всего поражённого диска (дискэктомия) или его части, выступающей в просвет позвоночного канала и сдавливающей корешки спинного мозга (микродискэктомия). Ежегодно во всех странах мира таким операциям подвергается большое число людей. Только в США за год проводится около 200000 дискэктомий, в Германии - от 30000 до 40000 операций в год [11-12].

Цель работы: Совершенствование диагностики и повышение эффективности хирургического лечения больных с грыжами дисков в поясничном отделе позвоночника путем изучения соотношений клинических проявлений и результатов исследования и лечения.

Материал и методы. В работе дается анализ данных комплекса клинических, диагностических обследований и нейрохирургического лечения 139 больных с грыжами межпозвонковых дисков в поясничном отделе позвоночника. Все больные получили стационарное лечение в отделениях нейрохирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы, Ошской городской клинической больницы и Жалал-Абадской областной больницы. Из них оперативное лечение получили 116 (83,5%) и 23 (16,5%) больных – консервативное. Возраст пациентов колебался в пределах от 19 до 72 лет. Мужчин было 65 (46,8%), женщин - 74 (53,2%).

Для обследования больных использована стандартная клиническая методика: анализировались жалобы, собирался анамнез, проводился неврологический осмотр, рентгенологическое дообследование, а также в некоторых случаях - спинномозговая пункция. По завершении этого этапа формировались показания к применению тех или дополнительных диагностических методов.

Магнитно-резонансную томографию проводили всем 139 (100,0%) больным на магнитно-резонансном томографе «Philips Intera» (Philips Medical Systems) с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла, 2007 года производства (Нидерланды). Данный метод делает возможным получение изображений срезов (толщиной до 1 мм) мягких тканей и органов в разных плоскостях. Таким образом,

такие серьезные заболевания как различные опухоли, грыжи, аномалии развития, воспалительные процессы в тканях и органах диагностируются легко и безошибочно. Стандартный объем МР-томографии поясничного отдела позвоночника включал получение сагиттальных, аксиальных, коронарных срезов в T2/tse последовательности, аксиальных срезов в T2/tse последовательности, в некоторых случаях, сагиттальных и коронарных срезов в T2/tse последовательности с подавлением сигнала от жировой ткани.

Результаты и их обсуждение. Нами 102 (73,4%) больным проводилась спондилография пояснично-крестцового отдела позвоночника в 2 проекциях - переднезадней и боковой. Необходимость проведения исследования в дополнительной косой проекции и функциональной рентгенографии не возникала.

Магнитно-резонансная миелография осуществлена 30 больным - 21,6% (17 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет. Основными показаниями к проведению магнитно-резонансной миелографии были: наличие неопределенных данных, полученных при проведении магнитно-резонансной томографии в обычном варианте; необходимость оценки величины грыжевого выпячивания диска и состояния при этом интраспинальных структур в случаях, когда выпавший фрагмент диска полностью занимал просвет позвоночного канала; проведение дифференциальной диагностики между грыжами межпозвонковых дисков и другими патологическими процессами; клинические признаки компрессии спинного мозга; уточнение степени распространенности патологического процесса и вовлечения спинного мозга при этом.

Явления остеохондроза поясничной области наблюдались на рентгенограммах у 87 (62,6%) больных, распространенного - у 12 (8,6%) больных, в зоне предполагаемого поражения позвоночника - у 93 (66,9%) больных. Спондилез был выявлен у 36 (25,9%) больных, спондилез и остеохондроз - у 18 (12,9%). Сужение межпозвонкового отверстия диагносцировано в 80 (57,6%) случаях, краевые остеофиты - в 74 (53,2%) случаях. Кальцификация фрагментов диска была у 13 (9,4%) больных, остеоартроз - у 11 (7,9%) больных. Иногда наблюдалось сужение междужкового пространства в подозреваемом промежутке, свидетельствующее о запущенности процесса и, по-видимому, о кальцификации секвестров выпавшего диска. Такой признак встречался нами в 12 (8,6%) случаях. У 81 (79,4%) из 102 больных имело место совпадение в рентгенологической и интраоперационной диагностике уровня выпадения грыжи диска (Рационализаторское предложение «Способ выявления остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника» №21/13 от 25.09. 2013 г.).

Таблица 1.

Частота и характер чувствительных нарушений в зависимости от количества пролабированных дисков (p<0,05)

Кол-во корешков	абс.	%	Виды чувствительных расстройств							
			Парестезия (абс., %)		Гиперпатия (абс., %)		Гипестезия (абс., %)		Анестезия (абс., %)	
1	54	38,8	6	11,1	8	14,8	40	74,1	0	
2	40	28,8	7	17,5	10	25,0	23	57,5	0	
3	45	32,4	0		9	20,0	17	37,8	19	42,2
Всего	139	100	13	9,4	27	19,4	80	57,5	19	13,7

Магнитно-резонансная томография, проведенная всем 139 (100,0%) больным, выявила характерные признаки грыжи диска в сагиттальной и аксиальной плоскостях в Т1 и Т2 режимах, изменения эпидуральной и субдуральной локализации, глубину выпадения и сторону расположения грыжи диска, степень компрессии корешков и дурального мешка. Зависимость характера чувствительных изменений от количества пролабированных дисков представлена в таблице 1.

Путем использования высокоинформативного МРТ метода мы определили зависимость выраженности болевого синдрома и чувствительных расстройств от количества уровней поражения дисков, их локализации в поперечнике позвоночного канала и их размеров. Выраженность болевого синдрома и чувствительных расстройств зависела от количества пролабированных дисков. Причем, чем большее количество межпозвонковых дисков поражено дегенеративно-дистрофическим процессом, тем большая вероятность выраженного и резко выраженного болевого синдрома.

При помощи МРТ исследования выявили достоверные размеры пролапсов. Более половины всех случаев составили в нашем исследовании пролапсы размером более 10 мм. Грыжи от 3-7 мм встречались лишь в 10,6±2,4% случаев. Выраженный, особенно резко выраженный болевой синдром, наиболее часто выявлялся при дисковых пролапсах более 7мм. Таким образом, чем больше размер грыжи,

тем выраженней болевой синдром.

Сочетание полирадикулярной симптоматики в клинической картине с отсутствием достоверных признаков (рентген) выпадения грыж дисков является показанием к проведению магнитно-резонансной миелографии. Мы применяли миелографию у 30 (25,9%) больных, подлежащих оперативному вмешательству (оперировано 116 больных – 83,5%) в сочетании с магнитно-резонансной томографией спинного мозга. В качестве контрастного вещества применяли водорастворимые контрастные препараты гадодиамид и гадобутрол. Гадодиамид был введен в 13 (43,3%) случаях, гадобутрол - в 17 (56,7%).

При анализе данных миелографических исследований было обнаружено, что частичная ампутация корешка за счет его сдавления грыжей имела место в 10 (33,3%) случаях. Однако такой миелотомографический симптом в отдельности мы не наблюдали, обычно он сочетается с боковой компрессией латеральной части дурального мешка. Симптом полной ампутации был выявлен в 9 (30,0%) случаях. Такой признак характерен для латеральной и парамедианной грыжи и всегда сочетался с нарушениями конфигурации дурального мешка вместе с находящимися в нем корешками конского хвоста с образованием выемки (частый миелотомографический признак грыжи диска); встречался в 20 (66,7%) случаях.

Полный блок контраста на уровне выпавшего диска, образовавшийся в результате полной компрессии корешков конского хвоста большой срединной грыжей, вызывает полную неподвижность контрастного средства через субарахноидальное пространство. Контуры края блока обычно отличаются от контуров дурального мешка своими характерными выступами или отростками в виде щетки (симптом «щетки»). Мы наблюдали такой симптом на миелотомографии в переднезадней проекции при срединной грыже межпозвонкового диска на уровне L5-S1 в 11 (36,7%) случаях.

В результате проведенной нами магнитно-резонансной миелотомографии с парамагнитными контрастными препаратами: гадодиамидом и гадобутролом у 27 (90,0%) больных из 30 отмечено совпадение рентгенологических признаков с операционными находками (Рационализаторское предложение «Способ МРТ диагностики грыж пояснично-крестцового отдела позвоночника» №22/13 от 25.09. 2013г). Следовательно, магнитно-резонансная миелотомография с неионными парамагнитными контрастными средствами является достаточным информационным методом диагностики грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника, позволяющим с большей точностью выйти на пораженный уровень межпозвонковых дисков, что является необходимым условием для проведения нейрохирургических операций.

При выявлении у больного симптомов массивного страдания спинного мозга, при наличии в ближайшем анамнезе симптомов дискогенного поясничного радикулита показана срочная госпитализация в нейрохирургический стационар, где так же в неотложном порядке уточняется диагноз (рентгенография, МРТ). Из 105 операций при грыжах поясничных дисков в 13 (12,4%) случае пришлось сознательно пойти на расширенные операции. Отдавалось предпочтение гемиляминэктомии (11 больных – 10,5%), ляминэктомии одного позвонка (2 больных – 1,9%) перед интерламинэктомией, которая использована в 92 (87,6%) случаях и служила для сравнительной оценки результатов нейрохирургического лечения.

С целью оценки качества повседневной жизнедеятельности больных нами проведена оценка нарушений функциональной дееспособности пациентов по индексу Освестри (по шкале от 0 до 100%). Из общего числа обследованных в разные сроки после операции отличные и хорошие результаты оперативного вмешательства лучены у 62 (53,4%) пациента, удовлетворительные – у 44 (37,9%), и неудовлетворительные – у 10 (8,6%) пациентов.

Изложенные данные о результатах хирургического лечения больных с осложнёнными формами грыж поясничных межпозвонковых дисков оправдывают применение оперативного вмешательства при строгих и своевременных показаниях к ним.

Заключение. Оптимальный алгоритм обследования пациентов перед принятием решения о проведении нейрохирургического вмешательства при грыжах поясничных межпозвонковых дисков включает в себя рентгенографию поясничного отдела позвоночника, МРТ спинного мозга и позвоночного столба, и по показаниям магнитно-резонансную миелографию.

Оперативное лечение эффективнее при раннем периоде дегенеративно-дистрофического процесса, при больших размерах грыжевых выпячиваний, особенно парамедианной и срединной локализации. Вопрос о необходимости нейрохирургического лечения нужно решать после проведения МРТ и магнитно-резонансной миелографии.

Литература:

1. *Алдабергенова А.Б. МРТ в диагностике остеохондроза поясничного отдела позвоночника [Текст] / А.Б. Алдабергенова, М.Ю. Бирючков // Журнал теоретической и клинической медицины, 2000. - №3. - С. 107-108.*

2. *Вертилэ С.Т. Диагностика и лечение паретических форм поясничного остеохондроза [Текст] / С.Т. Вертилэ, В.В. Швец, А.А. Кулешов // Журнал Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко, 2002. - №1. - С. 12.*
3. *Джумабеков С.А. Микрохирургическая декомпрессия поясничного отдела позвоночника при грыжах диска [Текст] / С.А. Джумабеков, А.С. Усенов // Хирургия Кыргызстана, 1998. - №3. - С. 25-30.*
4. *Дударев А.Л. Магнитная резонансная томография с ультранизким полем в диагностике заболеваний позвоночника и спинного мозга [Текст] / А.Л. Дударев, А.В. Холин // Вестник рентгенологии и радиологии, 1991. - №4. - С.69.*
5. *Кариев М.Х. Особенности клинического течения грыж межпозвонковых дисков при дегенеративном поясничном стенозе [Текст] / М. Х. Кариев, А. У. Норов, С. Н. Ишмухамедов // Журнал Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко, 2001. - №3. - С. 14.*
6. *Мамытов М.М. Эндоскопическая поясничная дискэктомия: первые результаты и перспективы [Текст] / М.М. Мамытов, К.Б. Ырысов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2015. - №3 (1). – С. 19-22.*
7. *Ырысов К.Б. Нейрохирургическое лечение грыж поясничных межпозвонковых дисков [Текст] / К.Б. Ырысов // Бишкек: Алтын тамга, 2009. – 108с.*
8. *Эстемесов К.Э. Эффективность хирургического лечения грыжи поясничных межпозвонковых дисков в зависимости от доступа и способов их удаления [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / К.Э. Эстемесов. - Бишкек, 1995. - 178с.*
9. *Albeck M.J. Patient attitudes to myelography, computed tomography and magnetic resonance imaging when examined for suspected lumbar disc herniation [Текст] / M.J. Albeck, B. Danneskiold-Samsoe // Acta Neurochir (Wien), 2015. – V. 133(1-2). – P. 3-6.*
10. *Bernard T.N. Jr. Using computed tomography/discography and enhanced magnetic resonance imaging to distinguish between scar tissue and recurrent lumbar disc herniation [Текст] / TN. Jr. Bernard // Spine, 2014. – V. 19 (24). – P. 2826-32.*
11. *Carlisle E. Percent spinal canal compromise on MRI utilized for predicting the need for surgical treatment in single-level lumbar intervertebral disc herniation [Текст] / E. Carlisle, M. Luna, P.M. Tsou // Spine J., 2015. – V. 5 (6). – P. 608-614.*
12. *Katayama Y. Comparison of surgical outcomes between macro discectomy and micro discectomy for lumbar disc herniation: a prospective randomized study with surgery performed by the same spine surgeon [Текст] / Y. Katayama, Y. Matsuyama, H. Yoshihara // J Spinal Disord Tech., 2015. – V. 19 (5). – P. 344-347.*

БАШ МЭЭНИН ЖАРААТТЫК КЫСЫЛУУСУНДА КОЛДОНУУЛУУЧУ БАШ-СӨӨК ТРЕПАНАЦИЯСЫНЫН ЫКМАЛАРЫ

Аспиранттар: Авазали уулу М., Базарбеков М.М., Артыков О.М.

Актуалдуулугу. Оор даражадагы баш мээнин жараатын (БМЖ) хирургиялык дарылоо нейротравматологиядагы актуалдуу маселелерден болуп саналат. Акыркы убактарда оор БМЖнын ар түрдүү аспектилерин аныктоо менен дарылоо, мээнин функционалдык абалын баалоо сыяктуу комплекстүү изилдөө ишеринин жүргүзүлүп жаткандыгына карабай БМЖнын оор түрүнө чалдыгуунун натыйжасында өлүмгө дуушар болуу дагы деле жогору бойдон калууда.

Ушул убакытка чейин БМЖнын оор түрүндө трепанацияны тандоо маселеси ачык бойдон калууда, ал тургай, айрым учурларда карама каршы бааланып, адабий булактарда жетиштүү түрдө жарыяланбай келет.

Изилдөө максаты: Баш мээнин жарааттык кысылуусуна чалдыккан бейтаптарды дарылоонун жыйынтыктарын баш-сөөгүнүн трепанациясынын оптималдуу ыкмасын аныктоо жолу менен жакшыртуу.

Материалдары жана ыкмалары:

Аталган изилдөөлөр И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын нейрохирургия кафедрасында жана Улуттук госпиталдын нейрохирургиялык бөлүмдөрүндө жүргүзүлдү. 2016-2020-ж.ж. баш сөөк жана мээ жараатына чалдыккан жана операция жасалган 127 бейтап тууралуу маалымат талданган. Оорулардын жаш курагы жана жынысы боюнча бөлүштүрүүсү 1-таблицада берилген.

Баш-сөөктүн ичиндеги жарааттык гематомасы көбүнчө орто жана жаш курактагы бейтаптарда жана өзгөчө эркектер арасында кездешет (байкоого алынган 127 пациенттин 41 - 32,3% жана 44 - 34,6%). Баш сөөгүнүн ичиндеги жарааттык гематомасы 20 жашка чейинкилер арасында (бейтаптардын 17си – 13,4%) жана 61 жаштан жогоркулар (25 – 19,7%) арасында сейрек кездешкен. Биздин изилдөөбүздө 109 (85,8%) эркектер жана 18 (14,2%) аялдар ($p<0,05$) камтылган. Бейтаптардын орточо жаш курагы 17-82 жаш жана 424±5,6 жашты түзөт.

Төмөнкү факторлор ретроспективдүү түрдө анализденди: жаш курагы, жынысы, ГКШ боюнча операцияга чейинки жалпы абалы, гематоманын локализациясы жана көлөмү, баш мээнин ортоңку структурасынын жылышуу даражасы, мээнин баш сөөктүн табигый тешикчелерине кирүүсүнүн

болуусу же болбоосу, баш мээнин интра – жана операциядан кийинки шишигинин бар экендиги, жараат алган мезгилден тартып операцияга чейинки мезгилдик аралык жана операциялык кийлигишүүнүн түрү.

Мээнин компрессиясынын өсүүсүндө гематоманы жана мээнин жабыркаган жерин алып салууга багытталган ыкчам операциялык кийлигишүү талап кылынат. Оперативдүү кийлигишүү баш мээсинин жарааттык кысылуусуна, өзгөчө, баш сөөктүн ичиндеги жарааттык гематомасына чалдыккан бейтаптардын дартын аныктоонун акыркы этабы жана аларды дарылоонун башталышы болуп саналат.

Бардык жабырлануучуларга стационарга келип түшкөндө клиникалык-неврологиялык изилдөө, баш-сөөктүн рентгенографиясы, баш мээсине КТ же\жана МРТ жүргүзүлгөн жана диагнозу коюлгандан кийин бейтаптарга жараат алгандан кийинки алгачкы 24 саат ичинде операция жасалган.

Баш сөөгүнүн рентгенографиясы (краниография) 127 бейтаптын ичинен 117 (92,1%) бейтапка жасалды, калган бейтаптарга краниография жасалган жок. Көбүнчө (30 – 23,6%) түз сызыктуу сыныктар кездешкен, 18 (14,2%) учурда импрессиялык сыныктар кездешкен. 12 байкоодо баш сөөгүнүн төбөсүнүн сыныгы баш сөөгүнүн негизинин сыныгы менен айкалышкан, ал эми, 79 (86,1%) бейтапта баш сөөгүнүн ичиндеги жарааттык гематомасы баш сөөгүнүн сыныгысыз катталган ($p<0,05$).

КТ/МРТ көрсөткүчтөрү диагнозун өз убагында тактоого жана дарылоонун адекваттуу ыкмасын аткарууга мүмкүндүк берди.

Баш сөөгүнүн ичиндеги жарааттык гематомасы көбүнчө типтүү жерлерде жайгашкан ($p<0,05$): саамай бөлүгү (80 – 63,0%), маңдай бөлүгү (54 – 42,5%), төбө бөлүгү (48 – 37,8%), баш мээнин желке бөлүгү (17 – 13,4%) жана баш сөөгүнүн арткы чуңкурчасы (9 – 7,1%).

Баш мээнин ортоңку структурасынын жылышуусу үч категорияга бөлүнгөн (<5мм, 5-15мм, >15мм). Баш мээнин ортоңку структурасынын 5-15 мм жылышуу даражасы 55 (43,3%) бейтапта аныкталган, 42 (33,1%) бейтапта 15 мм ден ашуун жылышуу байкалган, 30 (23,6%) бейтапта болсо, жылышуу даражасы 5 мм ($p<0,05$) түзгөн.

Гематоманын өлчөмүнүн чоңдугуна жараша бейтаптарды бөлүштүрүү төмөнкү жыйынтыктарды көрсөттү: 100 $см^3$ чоң көлөмдөгү гематомалар 63 (49,6%) бейтапта, 50-100 $см^3$ көлөмдөгү гематома 55 (43,3%) бейтапта, 50 $см^3$ чейинки гематомалар 9 (7,1%) бейтапта ($p<0,05$) катталган.

Глазго комалар шкаласына ылайык баш сөөгүнүн ичиндеги жарааттык гематомасына чалдыккандардын абалын баалоо маалыматтары берилген. Көрүнүп тургандай жабыркагандардын көпчүлүгү оор абалда болгон жана алардын абалы 8 упайга чейин жана андан төмөн бааланган - 91 (71,6%). Ошол эле учурда 33 (26,0%) бейтаптын абалы 9-11 упай, 3 (2,4%) бейтаптын абалы –12-15 упайга ($p<0,05$) жеткен.

Жабыркагандардын 23 (18,1%) виталдык бузулуулар менен коштолгон мээсинин өзөгүнүн бузулуу белгилери аныкталган. Аларда баш сөөгүнүн ичиндеги гематомасы менен катар баш мээсинин оор даражадагы урунуп эзилүүсү кездешкен.

Баш мээнин жарааттык кысылуусун лабораториялык ыкмалары сунушталды. Бейтаптын каны интерлейкин-6 (IL-6) курамын аныктоо боюнча иммуноферменттик анализге алынды. Кандын плазмасынын курамында IL-6 дээрлик 20 пг/мл жана андан көп болсо, баш мээнин жагымсыз оор жарааты бар экендиги болжолдонгон, ал эми, кандын плазмасында IL-6 болжол менен 20 пг/мл га чейин болсо, баш мээ жараатынын жагымдуу агымы болжолдонгон.

Тургандай, кандын иммуноферменттик анализинин жыйынтыгы боюнча 111 (87,4%) пациентте интерлейкин-6 курамы 20 пг/мл чейин болгон. Бул бейтаптардын арасынан бирөө гана каза болгондугу катталган. 16 (12,6%) бейтапта интерлейкин-6 курамы 20 пг/мл жогору болуп, булардын арасынан 7 учурда өлүмгө дуушар болуу далили катталды. Бул лабораториялык ыкманын мааниси интерлейкин-6 курамы жогору бейтаптарга тез аранын ичинде декомпрессиялык трепанация жасоо зарылдыгын аныктап бергендигинде.

Баш-сөөктүн ичиндеги гематомаларды нейрохирургиялык дарылоодо баш сөөктү резекциялык трепанациялоо (БСРТ) жана баш сөөктү сөөк-пластикалык трепанациялоо (БСПТ) ыкмасы колдонулду. Бейтаптын абалы өтө оор болгон шартта гана гематоманы кеңейтилген фрезолук тешикче аркылуу алып салуу ыкмасы колдонулат. Бул ыкма жараатка аз дуушар кылат, көп убакытты жана материалдык чыгымды да талап кылбайт. Бирок аталган ыкма компрессиянын очогун толук алып сала албайт жана гемостазды кылдат жүргүзүүгө мүмкүндүк бербейт.

Баш сөөктүн ичиндеги ар түрдүү гематомаларына кабылган бейтаптарга негизги нейрохирургиялык жетүү жолдорунун жыштыгы тууралуу маалымат слайдда берилген.

37 (26,6%) пациенттин эпидуралдык гематомасы алынды, фрезеотомия жолун колдонуу менен 7

учур, ал эми, 30 учурда БСРТ жасоо аткарылды. Жабыркагандардын 72 (51,8%) субдуралдык гематомасы 67 учурда БСРТ жасоо аркылуу алынды, ал эми, 3 учурда фрезеотомия, 2 учурда БСПТ жасоо ыкмасы аткарылды. 8 (5,8%) пациентке мээ ичиндеги гематоманы алуу операциясы БСПТ жасоо ыкмасы аркылуу аткарылды, бул баары болуп 8 учурду түздү. 18 (12,9%) бейтаптын баарынын баш сөөгүнүн импрессиондук сыныгы БСРТ жасоо аркылуу жүзөгө ашырылды ($p<0,05$).

127 бейтапка карата 139 операция жасалды. Биздин байкообузда БСРТ ыкмасы басымдуулук кылды (117 операция – 71,7%), бул БМЖ менен жабыркаган бейтаптардын стационарга оор жана өтө оор абалдагы мезгилинде келип түшкөндүгү менен түшүндүрүлөт.

117 учурда (71,7%) БСРТ жасалды. Бул ыкма баш мээсинин жалпы жана өзөктүк одоно неврологиялык симптомдору даана билинген, баш сөөктүн чачыранды-жанчылган сыныгы бар, баш мээнин дислокациясы жана өөрчүүп бараткан шишип-көбүүгө дуушар болуусу, б.а. мээнин декомпрессиясын камсыздоо зарыл болгон оор абалдагы бейтаптарга жасалды.

Баш сөөктүн ичиндеги жарааттык гематомасын кеңейтилген фрезолук тешикче аркылуу алып салуу 139 операциянын 12 учурунда(20,0%) колдонулду, анын ичинен 8 учур өз алдынча ыкма катары, калгандарында болсо дарылоонун биринчи этабы катары колдонулуп, кийин аларга БСРТ жана БСПТ жасалды.

Операциялык дефектинин чоңдугуна жараша өлүм санынын учурларын бөлүштүрүү ($p<0,05$) боюнча талдоо төмөнкү натыйжаларды берди. Диаметри 5 см ге чейин кеңейтилген фрезолук тешикчелер 9 бейтапка салынган. Алардын ичинен 7 бейтап каза болгон. Диаметри 6-9 см болгон БСРТ 49 бейтапта аткарылган, алардын арасында 1 гана бейтап оорлошуунун негизинде каза тапты. Диаметри 10 см ден чоң трепанация 71 бейтапка жасалган, бул топто каза болгон учурлар кездешкен жок. Демек, трепанациялык дефектинин чоңдугу операциянын жакшыруу акыбетине алып келүүгө жагымдуу шарт түзөөрү тастыкталды.

Жараат алгандан тартып операцияга чейинки мезгилдин узактыгы акыркы жыйынтыкка өзгөчө таасир эткен. Жараат алгандан 6 саатка чейин операция жасалган бейтаптарда өлүм саны салыштырмалуу төмөн болгон ($p<0,023$). Бирок операциянын узактыгы оорукана ичиндеги өлүм санына таасир эткен эмес.

Жаш курагына жана операциялык кийлигишүүнүн түрүнө жараша өлүм санынын учурларын бөлүштүрүү каралган. Ошентип, 40 жашка чейинкилер арасында баш сөөктүн ичиндеги жарааттык гематомасында өлүм саны 58 кишинин чинен 1 учурду түзгөн, ал эми, 41-60 жаштагылар арасында болсо, 44 бейтаптын ичинен 3 бейтап каза болгон, 61 жаштан жогркулар арасында 25 бейтаптын ичинен 4 бейтап каза болгон. Жаш курагыннан айныксыз көз карандылыгы, бир тараптуу жана эки тараптуу нейрохирургиялык кийлигишүүнүн операциядан кийинки мүнөзү белгиленген ($p<0,017$).

Эс тутумун жоготуу даражасы өскөн сайын (талмоорсуу – сопор – кома) өлүм санынын келип чыгуу пайызы да өскөн, эс тутумунун бузулуу даражасы өскөн сайын абалынын жакшыруусу төмөндөгөн. Эс тутумунун бузулуу даражасы баш сөөктүн ичиндеги жарааттык гематомасында баш сөөк-мээнин жараатынын жагымдуу жана жагымсыз жагдайларын аныктаган.

Комада жаткан 17 (13,4%) бейтаптын ичинен 8 бейтап каза болсо, сопор абалындагы 46 (36,2%) бейтаптын – 2, жана талмоорсуган 64 бейтаптын – 0 ($p<0,0002$) каза болгон.

Биз дарылаган бейтаптардын жашоо сапатын Глазго акыбеттер шкаласы менен баалоодо мыкты калыбына келүү - аз жабыркаган учурда (5 упай) кадимки жашоого кайтып келүү 68 (53,5%) бейтапта; орточо майыптуулук (4 упай) – 29 (22,8%); оор майыптуулук (3 упай) –13 (10,2%) жана туруктуу вегетативдик абал (2 упай) - 9 (7,1%) бейтапта кездешкен ($p<0,05$).

Ошентип, изилдөөнүн жыйынтыктары баш сөөктүн ичиндеги жарааттык гематомаларын, операция учурунда урунуу очогунан мээ тканынын жанчылган элементтерин өз убагында радикалдык алып салуу, жарааттан кийинки реакциянын организм үчүн өлүү белгилеринин кыскаруусуна алып келе тургандыгы тууралуу болжолдуу маалымат айтууга мүмкүндүк берет.

Тыянактар:

1. Баш мээнин жарааттык кысылуусуна кабылган бейтаптарды дарылоонун акыбеттерин талдоодо баш сөөктүн трепанациясынан (фрезеотомия, БСРТ жана БСПТ) көз каранды болгон ынанымдуу айырмачылыктар алынган жок. Ошону менен эле бирге, трепанациялык терезенин чоңдугу жагымдуу акыбеттердин пайызынын көбөйүүсүн шарттайт.
2. Баш мээнин жарааттык кысылуусуна чалдыккан бейтаптарда жагымсыз жагдайлардын келип чыгуусундагы тобокелдиктин негизги факторлору болуп: 60 жаштан улуу курак, эс тутумунун терең комага чейин бузулуу даражасы (ГКШ боюнча 4-6 упай), дислокациялык синдромдун өөрчүүсү эсептелет.
3. Мээнин операция учурунда көпкөн шишиги жок болгон учурда баш мээнин жарааттык кысылуусуна чалдыккан бейтаптарга карата БСРТ жасоо төмөнкү факторлор бир мезгилде болгон кезде

жагымсыз жагдайлардын санынын олуттуу кыскаруусун камсыздайт: эс тутумунун терең комага чейин бузулуусу, мээ өзөгүнүн деңгээлиндеги дислокациялык синдром. БСПТ жасоо операция мезгилинде баш мээнин шишүү жана көбүү белгилери жок болгон учурда эс тутумунун орточо комадан терең эмес бузулуусунда көрсөтүлгөн.

4. Баш сөөктүн жарааттык кысылуусу менен жабыркаган бейтаптарга карата баш-сөөк трепанациясын пландоодо мээнин КТ/МРТ маалыматтары жана клиникалык көрүнүшү менен бирге операцияга чейинки учурда кан курамындагы интерлейкиндин өлчөмү жана операциядан кийин тобокелдиктин суммалык упайын эске алуу зарыл.

НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Мамазияева Н.А., Алик кызы Э.

Актуальность. Несмотря на давность момента, когда в 1860-1866 годах Albrecht von Graefe описал офтальмоскопическую картину застойных дисков зрительных нервов, данная глазная патология продолжает оставаться предметом научного интереса разных медицинских специалистов, как офтальмологи, неврологи, морфологи, нейрофизиологи и нейрорадиологи.

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

Целью работы явилось выявление закономерностей развития и динамики застоя диска зрительных нервов у больных с опухолями головного мозга в до- и послеоперационном периоде и совершенствование методов оценки функции зрительного нерва с использованием современных методов диагностики.

Данное исследование проводилось на клинической базе кафедры нейрохирургии Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И. К. Ахунбаева и в клинике нейрохирургии Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики. За период с 2016 по 2020 годы было обследовано и пролечено 170 пациентов (340 глаз) с опухолями головного мозга. Мужчин среди обследованных было 92 человек (54,1%), женщин - 78 (45,9%). Возраст пострадавших колебался в пределах от 15 до 87 лет.

У больных с опухолями головного мозга нами изучены: характерную офтальмоскопическую картину, частоту, характер и степень выраженности нарушений зрительных функций, динамику после операции исходя от имеющейся нозологии, локализации опухолей головного мозга и степени их злокачественности.

Офтальмологические методы охватывали следующие исследования: Офтальмоскопия, визометрия, периметрия, оптическая когерентная томография - 68 (40,0%), УЗИ зрительных нервов – 76 (44,7%), МРТ зрительных нервов - 30 (17,6%).

Офтальмоскопия и визометрия были проведены в первые 1-3 дня поступления в клинику. На 80 (23,5%) глазах с visus=0,8-0,9 на глазном дне отмечались признаки ангиопатии с сужением артериол. У ряда больных, среди которых 93 (54,7%) были лица с отеком головного мозга, чаще определялась ангиопатия с венозной вазодилатацией (на 42 - 14,0%) с признаками начального застойного ДЗН (на 38 – 12,7%). Эти данные косвенно отражали преобладание признаков отёка головного мозга.

У больных с опухолями головного мозга visus=l,0 был у 142 (41,8%) глаз, а visus=0,1-0,2 выявлен на 18 (5,3%). Полная слепота (амавроз на оба глаза) обнаружена на 20 (5,9%) глазах.

Периметрия, выполненная в первые сутки поступления в клинику, позволила диагностировать четыре типа изменений: концентрическое сужение периферических границ, сужение по битемпоральному типу, наличие центральных и парацентральных скотом. При этом сужение границ определялось на глазах с ангиопатией сетчатки, а парацентральные скотомы - при наличии застойного ДЗН, центральные скотомы - при поражении сетчатки.

УЗИ зрительных нервов. Исследование проводили на ультразвуковом аппарате Ultrascan Alcon, 2007 года выпуска на двух глазах, через верхнее веко закрытого глаза.

УЗ сканирование проводилось в двух проекциях: аксиальной - осмотр от верхней стенки глазницы и сагиттальной - осмотр - от наружной стенки глазницы. В режиме серой шкалы осуществлялась визуализация основных структур глаза и орбиты, включая ДЗН и орбитальную часть зрительного нерва.

Анализ стереометрических параметров ДЗН посредством спектральной оптической когерентной томографии проведен 68 (40,0%) пациентам с опухолями головного мозга. Мы изучили трехмерную

топографию дисков зрительных нервов (ДЗН) с помощью спектрального оптического когерентного томографа Heidelberg Retina Tomograph II (ФРГ) и на лазерном спектральном оптическом когерентном томографе зрительного нерва на аппарате Cirrus OCT фирмы Zeiss Meditech (ФРГ).

Прибор дает возможность количественного описания трехмерной топографии ДЗН и его изменений во времени. Точность измерения высоты рельефа ДЗН в каждой точке составляла 20 микрон. Это конфокальная спектральная сканирующая система для съемки и анализа трехмерных изображений заднего сегмента глаза. Офтальмоскопическая картина ДЗН, исследованных на спектральном ретинотомографе, представлена на слайде.

При этом у 54 (39,7%) из них выявлены выраженные застойные изменения дисков зрительных нервов. У больных с опухолями головного мозга были исследованы 136 глаз.

Корреляция между данными оптической когерентной томографии глаз и остротой зрения больных до операции представлена на слайде.

На этом слайде представлена корреляция между данными оптической когерентной томографии глаз и полями зрения до операции.

На МРТ зрительных нервов в различных проекциях мы получали изображение зрительного нерва и измеряли диаметр зрительного нерва вместе с его оболочками (т.е. диаметр подоболочечного пространства зрительного нерва) и диаметр самого нервного ствола. Обследовано 30 больных с опухолями головного мозга на различных стадиях застоя ДЗН (60 глаз и зрительных нервов).

Нейрохирургические методы исследования. КТ исследование головного мозга была проведена у 67 (39,4%) больных. МРТ исследование головного мозга было проведено у 158 (92,9%) больных.

По степени смещения срединных структур головного мозга у 66 (38,8%) больных выявлено смещение в пределах 5-15 мм ($p<0,05$).

Наиболее часто опухоли головного мозга супратенториальной локализации располагались ($p<0,05$): в лобной доле (42 – 24,7%).

Распределение больных по величине размеров опухолей головного мозга показало, что опухоли головного мозга в объеме более 100 $см^3$ отмечались у 92 (54,2%) пациентов ($p<0,05$).

По данным МРТ исследования внутримозговые опухоли были обнаружены у 87 (51,2%) пациентов, а внемозговые опухоли – в 83 (48,8%) случаях. В 64 (37,6%) случаях нами диагностированы опухоли головного мозга срединной, а в 106 (62,4%) случаях - несрединной локализации. Таким образом, метод МРТ имела большую диагностическую ценность в диагностике опухолей головного мозга.

Результаты МРТ головного мозга проанализированы во взаимосвязи с картиной глазного дна у больных с опухолями головного мозга. Наиболее выраженные изменения в виде локального отека структур головного мозга с расширением желудочков определялись у больных с застойным ДЗН, из них в 52 (30,6%) случаях отмечался выраженный отек головного мозга. У больных с оптической нейропатией в половине случаев диагностировали обширный отёк головного мозга и расширение желудочков, в остальных случаях изменения на МРТ указывали на наличие опухолей головного мозга.

Динамические изменения застойных ДЗН в послеоперационном периоде нами изучены на 10-14 сутки после операции. У 12 (44,4%) обнаружена положительная динамика в виде частичного или полного регресса застойных явлений ДЗН. Офтальмоскопическая картина без изменений выявлена у 15 больных, с офтальмоскопической картиной застойных ДЗН на одном глазу и сочетанной вторичной атрофией ДЗН на другом у 2 больных.

При опухолях головного мозга у больных с застойными ДЗН острота зрения было снижено у 45 (26,5%) больных. Зрительные расстройства были представлены незначительным снижением остроты зрения до полной слепоты.

Изменения полей зрения у больных с опухолями головного мозга и застойными ДЗН были обнаружены у 90 (52,9%) больных в виде дефектов полей зрения с расширением слепого пятна, концентрическим сужением, сужением в носовых половинах и сохранением остаточных полей зрения в височных половинах.

Анализ особенностей офтальмологических симптомов при опухолях головного мозга показал существенное влияние на их развитие следующих параметров: длительность застоя ДЗН, наличие дефектов полей зрения, размеры опухоли, высокий сигнал на МРТ T2-W, возраст больного, злокачественный характер опухоли, срединная их локализация, внутримозговой характер роста и нормальная толщина ФСНС по данным ОКТ.

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

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

НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ШВАННОМ

Кл. ординатор Ооганбеков Б.Т.
Аспирант Туйбаев А.З.
Студент 6-курса ЛД-1 Турсунбаев Н.О.

Актуальность. Совершенствование способов хирургического лечения больных с вестибулярными шванномами до настоящего времени остается одной из актуальных проблем нейрохирургии.

Метод хирургического лечения данной опухоли прошёл сложный путь развития от удаления опухоли пальцем, что сопровождалось высокой послеоперационной смертностью, до микрохирургической техники с возможностью сохранения целостности слухового и лицевого нервов.

Такое всестороннее изучение проблемы отнюдь не свидетельствует о том, что все сложные вопросы хирургии вестибулярных шванном разрешены или близки к разрешению. Все ещё высока степень инвалидизации и смертности после операций по удалению таких опухолей головного мозга.

Значительное количество исследователей подтвердили высокую частоту послеоперационных осложнений в виде головной боли и ликвореи после удаления ВШ, но лишь небольшое количество авторов изучили возможные механизмы их развития и предложили меры по их предотвращению.

Катамнез послеоперационных больных был изучен лишь в малом количестве исследований. Несмотря на хорошее знание ключевых симптомов при ВШ и их значения для оценки результатов хирургического лечения, развитие симптомов и признаков, их соотношение с размером и распространенностью опухоли всё ещё недостаточно изучены.

Таким образом, от комплексного подхода к данной проблеме и строгого разграничения показаний к тем или другим оперативным доступам с учетом их преимуществ и недостатков, а также от профилактики и устранения послеоперационных осложнений путём внедрения новых разработок, очевидно, зависит эффективность оперативного вмешательства.

Целью настоящей работы явилось улучшение результатов нейрохирургического лечения и достижение стойкого выздоровления больных с вестибулярными шванномами (невриномами VIII нерва) путем совершенствования диагностики и оперативных методов лечения.

Материал и методы исследования. Наше исследование включает в себя результаты анализа данных комплексного обследования и нейрохирургического лечения 120 больных с вестибулярными шванномами (ВШ). С 2016 по 2020 гг. нами было удалено 125 опухолей у 120 пациентов, используя субокципитальный ретросигмовидный трансмеатальный доступ. У 5 (4,2%) больных отмечался нейрофиброматоз типа - 2 и во время операции были удалены 10 билатеральных опухолей. 115 (95,8%) больных не имели нейрофиброматоза и были оперированы только унилатерально Контрольную группу составили 47 (39,1%) больных, оперированных субокципитальным доступом, но без вскрытия внутреннего слухового канала и удаления интрамеатальной порции опухоли. Следует отметить, что предоперационные клинико-неврологические данные и состояние больных в основной и контрольной группах были идентичными.

Среди обследованных больных мужчин было 55 (45,8%), женщин – 65 (54,2%). Возраст больных варьировал в пределах от 11,1 до 87,6 лет, средний возраст составил 46,3 лет**.** По данным нашего исследования, вестибулярная шваннома поражает, в основном, людей старше 40 летнего возраста, хотя были оперированы больные и моложе 20 лет. Разница в распространении опухоли по половому составу не выявила особого преобладания больных женского пола (55 против 65).

КТ данные, выполненные в костном режиме, помогали нам определить состояние костных структур

внутреннего слухового канала, степень его расширения и наличие очагов костной деструкции и эрозии его стенок, вызванные опухолевым ростом; степень пневматизации воздухоносных ячеек верхушки пирамиды височной кости, высота стояния яремной луковицы. Эти КТ данные необходимы для нейрохирурга, нацелившегося на вскрытие ВСП и полное удаление ВШ не нарушая целостности костных структур внутреннего уха**.**

В 12 случаях яремная луковица располагалась выше, чем обычно. Ширина ВСП по данным КТ в костном режиме была 9,3 ± 2,6 мм. Возрастающее расширение ВСП отмечалось при ВШ с Т1 до Т2 распространения опухоли, при этом не отмечено дальнейшего расширения ВСП до степени Т4 опухолей.

Для уточнения диагноза во всех случаях проводили МРТ головного мозга

Исследование слуха проводилось до операции и 1-2 недели после операции; Тесты состояли из чистых тоновых аудиограмм во всех случаях и определение шепотной речи у 91 (75,8%) пациента**.**

Уровень нарушения слуха определялся по классификации M. Samii с соавт. (1997), которая основана на показателях слуха по данным аудиометрии и уровня дискриминации речи**.**

Анализ протяженности опухолей показал, что 3,2% опухолей относились к классу Т1; 16,8% - к классу Т2; 36,0% - к классу Т3 и 44,0% - к классу Т4. 51% опухолей был локализован справа и 49% - слева.

Длина и ширина опухолей были значительно различны среди классов протяженности опухолей от Т1 до Т4, со средним значением длины и ширины 11 х 8 мм при опухолях интраканальной протяженности (класс Т1); 21 х 15 мм при опухолях интра-экстраканальной протяженности (класс Т2); 31 х 23 мм при опухолях, заполняющих цистерну (класс Т3); и 45 х 38 мм при опухолях, сдавливающих ствол мозга (класс Т4).

Нарушение слуха, более характерный симптом ВШ. Вторым по частоте симптомом является шум в ухе, который часто представлен при ВШ и может варьировать по характеру. Но шум в ухе является редким поводом для исследований и часто затеняется потерей слуха. Головокружение при ВШ может быть описано как иллюзия движения, и оно обычно развивается относительно рано в клиническом течении ВШ, и, продолжаясь днями или неделями, затем спонтанно исчезает. Расстройства тройничного нерва при ВШ проявляется как гипестезия или парестезия, чаще в области средней трети лица

Субокципитальный ретросигмовидный трансмеатальный доступ был нами использован при всех вариантах ВШ. В 109 (90,8%) случаях удаление опухоли было тотальным. Субтотальное удаление было выполнено в 16 (13,3%) случаях т.к. на первый план выступало сохранение жизни больных в 10 (8,3%) случаях и сохранение резидуального слуха в 6 (5,0%) случаях.

Ближайшие результаты операции изучены у всех больных. Оценку состояния больных проводили к моменту их выписки из стационара (2-8 недель после операции), в некоторых случаях через 3 месяца после удаления опухоли. Отдельно анализировали результаты у пациентов основной и контрольной группы. Частота субъективных послеоперационных жалоб пациентов отражена на слайде и сравнивается с дооперационной субъективной клинической симптоматикой.

В основной группе, в течение первых 2-8 послеоперационных недель, больные предъявляли жалобы на головные боли в 5 случаях (4,2%), затруднение глотания в 3 случаях (2,9%), субъективную тригеминальную гипестезию в 4 случаях (3,3%), тригеминальную парестезию в 2 случаях (1,7%), шум в ухе в 18 случаях (15,0%), шаткость в 27 случаях (26,7%) и нарушение слуха в 35 случаях (29,2%). Неустойчивость при ходьбе была более частым вестибулярным нарушением, что выявлено у 32 (26,7%) пациентов; головокружение было на втором месте, что отмечалось у 19 (15,8%) и тошнота была третьим по частоте симптомом.

Эти же показатели в контрольной группе больных выглядели следующим образом: головные боли отмечали 26 (55,3%) пациентов; на затруднение глотания предъявляли жалобы 3 (6,4%) пациента; на субъективную тригеминальную гипестезию - 13 (27,7%) пациентов; на субъективную тригеминальную парестезию - 5 (10,6%) пациентов; на шум в ухе - 43 (91,5%) пациента; на шаткость при ходьбе - 37 (78,7%) пациентов; на нарушение слуха - 45 (95,7%) пациентов.

Таким образом, в ближайшем послеоперационном периоде критерии удаления вестибулярных шванном в основной группе больных были значительно лучше, чем у больных контрольной группы.

Исходы операций Нарушение функций каудальных нервов отмечалось в 3 (2,5%) случаях. Рецидивы встречались у 6 из 110 больных (5,5%), кто не имел нейрофиброматоза типа 2**.** Ликворные свищи встречались в 4 (3,3 %) случаях; среди них было 2 (1,7%) парадоксальных наружных свищей через 1-16 дней после операции и было 2 (1,6%) внутренних свища через 1-56 дней. Гидроцефалия нуждалась в лечении у 3 больных (2,5%) (1 больного до и 2 после операции). У 1 больного временный наружный дренаж был эффективным. У 2 других больных это было использовано вначале, а затем наложен шунт. У 1 больного шунт был установлен сразу. Менингиты встречались в 4 случаях (3,3%), из них 1,8% асептический и

1,5% бактериальный менингит. У 3 больных (2,5%) отмечалось послеоперационное кровотечение; хирургическая ревизия была необходимой у 2 (1,7%) из этих 3 больных. Смертность отмечалась в 3 случаях (2,5%), из них с гемипарезом - 2, один с НФ-2.

Таким образом, применение комплекса методов топической диагностики и микронейрохирургической техники в сочетании с ретросигмовидным трансмеатальным доступом эффективно способствует восстановлению трудоспособности больных, сокращению срока их пребывания в стационаре, а также улучшению результатов оперативного лечения при ВШ.

Выводы:

Компьютерная томография в костном режиме, как и магнитно-резонансная томография, является высоко информативным диагностическим методом, дающим непосредственное изображение изменений в области мосто-мозжечкового угла и внутреннего слухового прохода, вызванных опухолевым ростом и являются неотъемлемой частью диагностического комплекса, необходимого для планирования оперативного вмешательства.

Оптимальным оперативным методом при вестибулярных шванномах является субокципитальное ретросигмовидное трансмеатальное удаление с использованием микронейрохирургической техники, которое позволяет тотально удалить опухоль с сохранением целостности краниальных нервов и ствола мозга независимо от размеров и глубины распространения опухоли.

БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А.И. Мусаев, У.А. Кулбаев

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Кулбаев Улукбек Абдиманапович аспирант 2 года кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА ИМ.И.К.Ахунбаева, ulukkulbaev@mail.ru

Резюме. цель представить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с синдромом диабетической стопы. Под наблюдением находились 38 больных с ишемической и нейроишемической формой. Все были с 2 типом сахарного диабета и в возрасте старше 60 лет. Синдром диабетической стопы осложненный гнойно-некротическим процессом. Выделены 2 группы: первая контрольная (20 чел) получали традиционное лечение и вторая – (18 чел) которым выполняли баллонную ангиопластику. Обе группы были равнозначны. При баллонной ангиопластике удавалось реканализировать 1-2, а у 3 больных три артерии. При анализе ближайших и отдаленных результатов обеих групп было установлено более благоприятное течение у больных второй группы, которое характеризовалось более быстрым очищением раны, появлением грануляций и эпителизаций и сокращением срока стационарного лечения. Результаты наблюдений в течении 2 лет показали что рецидив язв у больных контрольной группы был у 6, а в основном у 2. Полученные результаты позволяют отметить более благоприятное течение СДС при использовании баллонной ангиопластики.

Ключевые слова: сахарный диабет, синдром диабетической стопы, баллонная ангиопластика, исходы.

ДИАБЕТТИК БУТТУН КЕТМЕНИ СИНДРОМУ БАР ООРУЛУУЛАРДЫ ДАРЫЛООДОГУ БАЛЛОНДУК АНГИОПЛАСТИКА

А.И. Мусаев, У.А. Кулбаев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Жалпы хирургия кафедрасы комбустиология курсу менен
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Максаты – диабеттик буттун кетмени синдрому бар оорулууларды дарылоонун жакынкы жана алыскы жыйынтыктарын берүү. Ишемиялык жана нейроишемиялык форма менен 38 оорулуу байкоо алдында турган. Баары кант диабетинин 2-тиби менен ооруган жана 60 жаштан улуу куракгагы адамдар болгон. Диабеттик буттун кетмени синдрому баарында ириң-некротикалык процесс менен оордошкон. 2 топ бөлүнгөн: биринчиси контролдук топ (20 адам) салттуу дарылоону алышкан жана экинчи топко (18 адам) баллондук ангиопластика аткарылган. Эки топ тең бирдей

болгон. Баллондук ангиопластикада 1-2, ал эми 3 оорулууда үч артерияны реканализациялоого мүмкүн болгон. Эки топтун тең жакынкы жана алыскы жыйынтыктарын талдоодо экинчи топтогу оорулууларда жагымдуу жүрүш белгиленген, ал жарааттын кыйла тез тазаланышы, грануляциялардын жана эпитализациялардын пайда болушу жана стационардык дарылануу мөөнөтүнүн кыскарышы менен мүнөздөлгөн. 2 жыл аралыгындагы байкоолордун жыйынтыктары контролдук топтогу оорулууларда жара 6 адамда, ал эми негизги топто 2 адамда кайталанганын көрсөттү. Алынган жыйынтыктар баллондук ангиопластиканы пайдалануда диабеттик буттун кетмени синдромунун жагымдуу жүрүшүн белгилөө мүмкүнчүлүгүн берет.

Негизги сөздөр: кант диабети, диабеттик буттун кетмени синдрому, баллондук ангиопластика, натыйжа.

BALLOON ANGIOPLASTY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT DISEASE

A.I. Musaev, U.A. Kulbaev

Kyrgyz State medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of General practice surgery with a course of combustiology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The objective is to represent the immediate and late results of treatment in patients with diabetic foot disease. 38 patients with ischemic and neuroischemic form were monitored. All patients had Type 2 diabetes mellitus, and were over 60 years of age. All patients had diabetic foot disease complicated by purulonecrotic process. Patients were divided into 2 groups: the first - control group (20 people) received traditional treatment, and the second (18 people) underwent balloon angioplasty. Both groups were equivalent. It was possible to recanalize 1-2, and in 3 patients - three arteries due to balloon angioplasty. When analyzing immediate and late results of both groups, a more favorable course was established in patients of the second group, which was characterized by faster wound cleansing, onset of granulation and epithelization, and reduction of inpatient treatment period. 2-year observation results showed 6 cases of ulcer recurrence in the control group, and 2 cases - in the main group. The results obtained make it possible to observe more favorable course of DFD when using balloon angioplasty.

Keywords: diabetes mellitus, diabetic foot disease, balloon angioplasty, outcomes

Введение. Сахарный диабет – заболевание распространённое во всех странах мира и Кыргызская Республика не является исключением. Все исследователи отмечают неуклонный рост количества больных сахарным диабетом и наряду с ростом заболеваемости увеличивается число больных с системными сосудистыми осложнениями такими как нефропатия, ретинопатия, поражения сосудов сердца, головного мозга и сосудов нижних конечностей[1,2].

Одним из наиболее частых из осложнений сахарного диабета является синдром диабетической стопы (СДС), лечение которого особенно с некротическими осложнениями, сложное[3,4] и не всегда удовлетворительное.

При возникновении СДС, если не принято лечение, то заболевание прогрессирует, возникают длительно незаживающие язвы, воспалительный процесс (флегмона) и гангрена пальцев[5]. В лечении этого тяжелого осложнения предложено множество медикаментозных средств, физических факторов, их сочетания, но нередко заболевание прогрессирует и выполняется высокая ампутация конечностей[6], при чем нередко после ампутации одной конечности возникает процесс на второй, который тоже приводит к ампутации. С появлением эндоваскулярных технологий возникла возможность улучшить кровоснабжение мягких тканей конечностей и предотвратить высокую ампутацию. В этом плане разработана методика баллонной ангиопластика, которая позволяет восстановить кровоток в 1, 2 и даже в 3х артериях[7,8,9]. Хирурги, применявшие эту методику указывают на улучшение состояния больных и кровоснабжения, но насколько эта операция улучшает течение заболевания в ближайшие и в отдаленные сроки остается до конца не изученной проблемой, что и явилось основанием для выполнения данного исследования

Цель - представить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с синдромом диабетической стопы с применением ангиопластики.

Материал и методы обследования

Под наблюдением находилось 18 больных с СДС, которым выполнена баллонная ангиопластика (основная группа) и 20 – которые получали традиционное лечение СДС (контрольная группа). Из 38 больных женщин было 12, мужчин 26. Возраст колебался от 60 до 84 лет, в целом возраст составлял 68,2±6,1 лет. У всех был сахарный диабет 2 типа. Срок сахарного диабета колебался от 5 до 25 лет, но у большинства (23 чел) срок заболевания превышал 15 лет. Из 38 больных ишемическая форма СДС была у 12, а у 26-нейроишемическая. У 13 больных была трофическая язва, а у 25-гангрена 1-2 пальцев. По основанным клиническим показателям обе группы были равнозначны и лечение медикаментозное обе группы получали в равном объёме и только в основной группе лечение было дополнено баллонной ангиопластикой.

При поступлении, помимо общеклинических обследований выполняли ультразвуковую допплерографию и допплерометрию и ультразвуковое дуплексное сканирование, которое дает возможность определить протяженность и характер поражения сосудов. Медикаментозная терапия осуществлялась в хирургическом отделении ГКБ №1, а ангиопластика в НИИ хирургии сердца и трансплантации органов.

Полученные результаты обработаны с определением средней арифметической (M) средней квадратичной (σ) величин и ошибки ряда (m), степень достоверности вычисляли по таблице Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

В результате комплексного обследования у больных основной группы выявлены следующие изменения сосудов нижних конечностей(табл. 1):

Таблица 1.

Результаты УЗДГ основной и контрольной группы

Поражение сосудов	Основная группа	Контрольная группа
1. Окклюзия передней тибиальной артерии с обеих сторон в сочетании с окклюзией задней тибиальной артерии и межостной артерией	7	8
2. Окклюзия передней и задней тибиальной артерии и задней тибиальной артерии с обеих сторон	4	5
3. Стеноз передней тибиальной артерии в сочетании с межостной артерией	3	3
4. Ступенчатая окклюзия передней тибиальной артерии с обеих сторон	1	1
5. Окклюзия общей бедренной артерии в сочетании с поверхностной бедренной артерией и окклюзия межостной артерии	1	1
6. Окклюзия поверхностной бедренной артерии в сочетании с передней и задней тибиальной артерией	1	1
7. Окклюзия задней тибиальной артерии	1	1
Всего	18	20

Поражение сосудов были равнозначны в обеих группах.

До ангиопластики и после нее выполняли ангиографию нижней конечности. Первым этапом была пункция и установление катетера, затем проводили проводника за зону поражение сосудов для обеспечения баллонной ангиопластики, осуществляли раскрытие баллона на разных уровнях артерий и операцию заканчивали контрольной ангиографией для оценки проходимости сосудов. Осложнений при выполнении ангиопластики мы не наблюдали.

Количества реканализаций отдельных сосудов дано в таблице 2.

Таблица 2.

Реканализация артерий нижних конечностей

Типы вмешательств	Число больных
1. Реканализация бедренной артерии	1
2. Реканализация передней тибиальной артерии	3
3. Реканализация задней тибиальной артерии	
4. Реканализация поверхностной бедренной артерии	1
5. Реканализация передней тибиальной артерии и задней тибиальной артерии с межостной артерией (реканализация была невожможной)	7

6. Реканализация передней тибиальной артерии и задней тибиальной артерии с межостной артерией	1
7. Реканализация передней тибиальной артерии с задней тибиальной артерией.	3
8. Реканализация передней тибиальной артерии с межостной артерией	1
9. Реканализация передней тибиальной артерии и стентирование поверхностной бедренной артерии	1
Всего	18

После выполненной ангиопластики определено насыщения кислорода мягких тканей и при этом получили положительный результат. До ангиопластики насыщения кислорода составил 72,4±2,18% а после ангиопластики 86,4±2,37%.

Необходимо отметить, что лечение в обеих группах включало сахароснижающие препараты, противовоспалительную и инфузионную терапию, антикоагулянты, физиолечение-инфрокрасное лазерное излучение и местное лечение ран под повязкой. А также мы проследили за течением раневого процесса и сопоставили с результатами контрольной группы (табл. 3).

Таблица 3.

Показатели течения раневого процесса у больных контрольной и основной группы.

Показатели	Основная группа $M_1 \pm m_1$	Контрольная группа $M_2 \pm m_2$	Р-степень достоверности M_1-M_2
Изчезновение отека	3,1±0,19	4,5±0,13	<0,05
Очищение раны	4,1±0,17	5,8±0,18	<0,01
Появление грануляций	6,8±0,11	8,2±0,21	<0,01
Появление эпителизации	8,2±0,13	9,4±0,17	<0,05
Сроки стационарного лечения	14,7±0,27	18,8±0,27	<0,001

Показатели раневого процесса вычисляли с момента начала лечения, после ангиопластики, и контрольной группы с момента лечения.

Анализ течения раневого процесса позволил отметить благоприятные результаты в более ранний срок у больных основной группы которым вполнили ангиопластику. На протяжении 2х лет, наряду с оценкой состояние больных мы выполняли профилактические курсы лечения для предотвращения возникновение рецидива трофических язв. Это лечение мы проводили больным оснвной и контрольной группы, оно включало региональную лимфостимуляцию (на курс лечение 5-6 сенансов), инфрокрасное лазерное излучение (на курс лечение 5-6 сенансов) и при наличии язв лечение под повязкой с использованием 50% раствором димексида.

Нами изучены результаты на протяжении двух лет. Так, в основной группе через 6 месяцев у 1 больного возник рецидив язвы, через год еще у 1 отмечен рецидив язвы, а у одного выполнена ампутация на уровне верхней трети голени в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса, а у 2 выявлено нарушение проходимости подколенной артерии- им выполнена повторная баллонная ангиопластика, состояние улучшилось.

Через 2 года было обследовано 15 больных, из них рецидива не обнаружено. За весь период наблюдения умерло 2 больных от заболеваний не связанных с СДС, один от острого инфаркта миокарда и один от коронавирусной инфекции.

Анализ результатов больных основной группы показал, что рецидив выявлен у 2 и у одного выполнена ампутация на уровне верхней трети голени. При контрольной обследовании у 2х обнаружено нарушение проходимости сосудов, им выполнена повторная баллонная ангиопластика.

Обследование больных контрольной группы показало: через 6 месяцев рецидив язвы возник у 2, а у одного выполнена высокая ампутация бедра в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса, а у остальных состояние остовалось стабильным. Через год рецидив язв у 2, а у одного некроз пальцев. Через 2 года- еще у 2 рецидив язв. За период (2 года) умерло 2 больных (оба от коронавирусной пневмонии). Таким образом у больных контрольной группы из 20 рецидив в различные сроки выявлен у 6, у одного- высокая ампутация бедра и двое умерли от заболеваний не связанных с СДС.

Выводы:

1. Баллонная ангиопластика улучшает течение заболеваний, это более значимо выражено в ближайших результатах, а в сроке до 2 лет показатели течения заболевания лучше, чем в контрольной группе.
2. Всем больным с СДС необходимо выполнить дупплексное сканирование для выявления нарушений гемодинамики и своевременно выполнять баллонную ангиопластику как метод улучшающий течение болезни.

Литература

1. *Булавкин, В.П. Реваскуляризация в комплексном лечении гнойно-некротических форм диабетической стопы /В.П. Булавкин, А.П. Кутько, А.А. Третьяков// Достижение фундам., клин. медицины и фармации: Материалы 65й научной сессии сотр. Университета. Витебск. ВГМУ.- 2010.- С. 15-17.*
2. *Дедов, И.И. Диабетическая стопа /И.И. Дедов, О.В. Удовиченко, Г.Р. Галстян. - М.: Практ. Медицина, 2005. - 197 с.*
3. *Жолдошбеков, Е.Ж. Синдром диабетической стопы (клиника, диагностика, лечение) /Е.Ж. Жолдошбеков. - Бишкек: ОсОО «Кут Бер», 2012.- 168 с.*
4. *Галстян, Г.Р. Заболевания артерий нижних конечностей у пациентов с СД: Состояние, проблемы и перспективы лечения /Г.Р. Галстян, А.Ю. Токмакова, О.Н. Бондаренко// Сахарный диабет.- 2011.- №1.- С. 10-15.*
5. *Гавриленко, А.В. Хирургическое лечение критической ишемии нижних конечностей у больных СД /А.В. Гавриленко, А.Э. Котов, Д.А. Лонков// Анналы хирургии.- 2012.- №2.- С. 10-15.*
6. *Авдовенко, А.Л. Дифференцированный подход к лечению диабетической стопы /А.Л. Авдовенко, В.П. Сажин, В.Н. Емкужев// Стандарты диагностики и лечение в гнойной хирургии - М.- 2011,- С. 72-73.*
7. *Калинин, А.П. Диабетическая стопа /А.П. Калинин, Д.С. Рафибеков, М.И. Ахунбаев. – Бишкек, 2000.- 286 с.*
8. *Поцелуев, Д.Д. Эндоваскулярные методы в лечении критической ишемии нижних конечностей и синдрома диабетической стопы /Д.Д. Поцелуев,С.Е. Турсынбаев, А.Е. Асылбеков// Вестник Каз НМУ.- 2018.- №4 (2). - С. 299-300.*
9. *Lepantalo, M. Peripheral arterial disease in diabetic patients with rehal insufficiency: a review /M. Lepantalo, L. Fiengo, F. Biancan// Diab. Metal. Res. Rev.- 2012.- №28.- P. 40-45.*

ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ВЫСОКОГОРЬЕ И НИЗКОГОРЬЕ

М.Н. Макеева, Т.Б. Оморов

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии и факультетской хирургии им. Академика К.Р. Рыскуловы
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Макеева Мээрим Нурдиновна аспирант 2 года кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА им. И.К. Ахунбаева.
mekusya.93.09@mail.ru

Резюме. Цель работы – представить результаты течения раневого процесса у больных ранее проживающих в условиях высокогорья и оперированных в г. Бишкек (низкогорье) и у пациентов постоянно проживающих в низкогорье. Даны результаты исследования у 27 больных жителей высокогорья и 26 в низкогорье, оперированных по поводу желчнокаменной болезни, осложненной хроническим холециститом. Оценку результатов проводили на основании клинических и эхоморфометрических показателей операционной раны. Исследования выполнялись на 1,3 и 5 сутки после операции. Осложнения раневого процесса у больных высокогорья отмечены у 6 из 27 наблюдаемых, а у двух из 26 у лиц низкогорья.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, оперативное лечение, течение раневого процесса, эхоморфометрия.

БИЙИК ТООЛУУ ЖАНА БӨКСӨ ТООЛУУ ЖЕРДЕ ЖАШАГАН, ӨТТҮН ТАШ ООРУСУ МЕНЕН ООРУГАН АДАМДАРДАГЫ ЖАРААТ ПРОЦЕССИНИН ЖҮРҮШҮ

М.Н. Макеева, Т.Б. Оморов
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Жалпы хирургия кафедрасы комбустиология курсу менен жана
академик К.Р. Рыскулова атындагы факультетик хирургия.
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Иштин максаты – мурда бийик тоолуу шарттарда жашаган жана Бишкек шаарында (бөксө тоо) операция кылынган оорулууларда жана туруктуу бөксө тоолуу аймакта жашаган бейтаптарда жараат процессинин жүрүшүнүн жыйынтыктарын берүү. Өнөкөт өт баштыгынын сезгениши (холецистит) менен оордошкон, өт таш оорусуна байланыштуу операция кылынган, бийик тоолуу жерде жашаган 27 оорулуудагы жана бөксө тоолуу аймакта жашаган 26 оорулууда изилдөөлөрдүн жыйынтыктары берилди. Жыйынтыктарды баалоо операциялык жарааттын клиникалык жана эхоморфометрикалык көрсөткүчтөрүнүн негизинде жүргүзүлдү. Изилдөө операциядан кийин 1, 3 жана 5-суткада аткарылган. Жараат процессинин оордошуусу байкоого алынган бийик тоолуу шартта жашаган 27 оорулуунун ичинен 6 адамда, бөксө тоолуу аймакта жашаган 26 адамдын ичинен экөөндө белгиленген.
Негизги сөздөр: өт таш оорусу, операциялык дарылоо, жараат процессинин жүрүшү, эхоморфометрия.

COURSE OF WOUND PROCESS IN PATIENTS WITH GALLSTONE DISEASE LIVING IN HIGH MOUNTAIN AND LOW MOUNTAIN RANGES

M.N. Makeeva, T.B. Omorov
Kyrgyz State medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of General practice surgery with a course of combustiology
and Faculty surgery named after academician K.R. Ryskulova
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. the purpose of the research paper of present the results of the course of the wound process in patients previously living in high mountains and operated in Bishkek (low mountains) and in patients permanently living in low mountains. There are results of studies of 27 operated patients from the highlands and 26 residents of the low mountains suffering from cholelithiasis complicated by chronic cholecystitis. The findings were assessed on the basis of clinical and echo-morphometrical indicators of the surgical wound. The studies were performed on the 1st, 3rd and 5th day after the operation. Complications of the wound process were noted in 6 out of 27 observed patients from the highlands, and in 2 out of 26 residents of the low mountains.
Key words: gall-stone disease, operative therapy, the course of the wound process, echo-morphometry.

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) одно из наиболее часто встречаемых заболевании, которое имеет место и в Кыргызской Республике и в лечении у большинства используется оперативное вмешательство [1,2,3,4]. В последние годы большинство исследователей проявляют интерес к выявлению течения многих заболевании у лиц проживающих в условиях высокогорья, учитывая особенности климата и влияния высокогорья на жизненно важные органы и системы [4,5,6,7]. Что же касается ЖКБ, то многие вопросы этого заболевания окончательно не решены, особенно течения раневого процесса и возможности определения воспаления в ранней фазе его развития. Необходимо отметить, что многие больные из высокогорной местности пребывают на оперативное лечение в г. Бишкек, а как у них протекает послеоперационный период остается не изученным. Что и явилось для нас основанием для выполнения данного исследования.

Цель работы – представить результаты оценки течения раневого процесса у больных ранее проживающих в условиях высокогорья и оперированных в г. Бишкек (низкогорье) и у пациентов постоянно проживающих в низкогорье.

Материал и методы исследования.

Под наблюдением находилось 53 больных, страдающих ЖКБ осложненной хроническим холециститом из них женщин было 35 мужчин 18, в возрасте до 20 не было ни одного больного, наибольшее число было пациентов старше 50 лет (35 чел). Давность заболевания колебалась от 1 года до 10 лет, но чаще поступали с давностью от 3х до 5 лет. Для выявления особенности течения раневого процес-

са нами выделены две группы: первая (основная - 27 чел.) это были больные, которые проживали в высокогорье, а на оперативное лечение приехали в г.Бишкек; а вторая группа (контрольная – 26 чел.) это лица постоянно проживающие в г.Бишкек. Обе группы по клиническим показателям были равнозначны (пол, возраст, давность заболевания, показатели ультразвукового исследования желчного пузыря и печени).

В обследовании больных по мимо общеклинических методов (общий анализ крови, свертываемость, показатели функции печени и почек) использовали УЗИ для выявления характера заболевания и выполнения эхоморфометрии ран. УЗИ выполняли аппаратом « Алока ECHOCamera SSC-570» и измеряли зону инфильтрации операционной раны, через 1-5-6 суток. Полученные результаты обрабатывали путем вычисления средней арифметической (M), средней квадратичной (σ) величин и ошибки ряда(m). Степень достоверности определяли по величине t критерия по таблице Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

В результате обследования больных у лиц проживающих в условиях высокогорья из 27 у 12 обнаружены сопутствующие заболевания (бронхолегочные у 6, сердечно-сосудистые у 3 и по одному заболеванию хронический пиелонефрит, гастрит, варикозное расширение вен). Из 26 больных проживающих в низкогорье сопутствующие заболевания были у 10 пациентов (гипертоническая болезнь у 4, бронхолегочные заболевания у 2, хронический пиелонефрит у 2 и хронический панкреатит у 2).

Все больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием с использованием минилапаротомного доступа (5-6 см). Всем произведена холецистэктомия и после операции выполнена эхоморфометрия ран (табл. 1).

Таблица 1.

Показатели эхоморфометрии ран больных основной и контрольной групп.

Сроки обследования (сутки)	Основная группа n-27 $M_1 \pm m_1$	Контрольная группа n-26 $M_2 \pm m_2$	P-степень достоверности. M_1-M_2
Первые	1,9 ±0,09	2,0±0,07	>0,05
Третьи	4,1±0,11	3,0±0,08	<0,01
5-6 сутки	3,9±0,08	1,9±0,11	<0,001

Анализ полученных результатов эхоморфометрии ран показал, что после холецистэктомии в обеих группах через сутки после операции зона инфильтрации на одинаковым уровне, на 3 сутки в обеих группах идет увеличение зоны, которое более выражено у больных проживающих в высокогорье и различия в показателях эхоморфометрии в обеих группах в этот срок достоверны. Увеличение зоны инфильтрации на 3 сутки у больных высокогорья обусловлено хронической гипоксией, которая служит фактором стимулирующим выработку цитокинов, факторов роста макрофагов, фибробластов. После операции уже начиная с 3х суток идет снижение зоны инфильтрации, но оно более выражено у больных проживающих в условиях низкогорья. В то время как у больных высокогорья уменьшение зоны инфильтрации менее выражено, чем у лиц проживающих в низкогорье. Замедленное снижение зоны инфильтрации у больных высокогорья обусловлено влиянием гипоксии.

Кроме того, рассматривая результаты эхоморфометрии ран мы обратили внимание, что если после 3х суток зона инфильтрации не снижается по сравнению с третьими сутками, а идет повышение или остается на уровне 3х суток, то это указывает на возникновение осложнения в ране (воспаление). Учитывая эти данные показатели эхоморфометрии можно рассматривать как прогностический тест. При выявлении повышенной зоны инфильтрации на 5 сутки мы обязательно усиливали противовоспалительную терапию и выполняли ревизию раны. В контрольной группе раневые осложнения имели место у 4 из 26, а в основной у 2х из 27 , т.е в 2 раза реже. Проживание в условиях высокогорья, где имеет место хроническая гипоксия оказывает влияние на течение раневого процесса, заживление раны идет медленнее в сравнении с больными проживающими в низкогорье.

Выводы:

1. Для оценки течения раневого процесса оптимальным методом является эхоморфометрия раны.
2. Показатели эхоморфометрии являются информативным тестом выявления воспаления в ране в начальной фазе его развития: при увеличении зоны инфильтрации на 5 сутки или если она остается на уровне 3х суток, то необходимо усилить противовоспалительную терапию и выполнить ревизию раны.

Литература

1. Оморов, Р.А. Хирургия желчекаменной болезни: эволюция доступов, щадящие технологии. /Р.А. Оморов,

Б.А. Авасов, Р.К. Бейшенбаев// Бишкек.: ОсОО Maxima,. -2009.-128с.
2. *Алиев, Ю.Г. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни из лапаратомного и миниинвазивных доступов /Ю.Г. Алиев, М.А. Чиников, И.С. Пантелеева// Хирургия. -2014. - №7.- С.21-25*
3. *Колкин, Я.Г. Малоинвазивные способы хирургического лечения резидуального и рецидивного холедохолитиаза /Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, А. Шаталов// Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2011. – Том 2, №2. – 218 с.*
4. *Рамазанова, А.Р. Результаты холецистэктомии из минидоступа у больных в возрасте старше 65 лет с сопутствующими сердечнососудистыми заболеваниями /А.Р. Рамазанова// Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского.- 2011. – Том 6,№2. – С.378-379.*
5. *Саатов, Г.М. Клинические проявления острой бронхолегочной патологии у детей раннего возраста, проживающих в условиях высокогорья /Г.М. Саатов, А.Б. Фуртикова, В.В. Михайлова// Наука и новые технологии, инновации Кыргызстана . – 2017. - №9. – С.54-56.*
6. *Динлосан, О.Р. Комплексное примените мази левомеколь и препарата 10% повидон – йод в лечение острого гнойного воспаления мягких тканей в период деадаптации к высокогорью в эксперименте /О.Р. Динлосан: автореф.дисс. канд.мед.наук. Бишкек, 2019. – 23с.*
7. *Акирекова, Д.А. Причины возникновения синдрома профессионального выгорания медицинских работников в условиях высокогорья (Нарынская область) /Д.А. Акирекова, А.М. Бейшембаева, Б.Р. Баратов, Е.Ю. Расчесова// Здравоохранения Кыргызстана. – 2019. - №4. – С.83-86*
8. *Guo, S. Factores Affecting wound Healing /S.Guo, L.A.DiPietzo// J. Dent Res. – 2010. – Vol. 89,№3. – P. 219-229.*

КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕСТНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

К.Т. Туратбекова

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Туратбекова Каныкей Туратбековна- аспирант 3 года кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, turatbekova.kanykei@mail.ru

Резюме. Цель - оценить результаты коррекции синдрома системной воспалительной реакции у больных холециститом, осложненном местным перитонитом. Представлены результаты 46 больных, оперированных в экстренном порядке в период с 2018 по 2020 год включительно, у которых определены показатели синдрома системной воспалительной реакции клинические (температура, частота дыхания, пульса) и лабораторные (лейкоциты, лейкоцитарный индекс интоксикации). С целью коррекции ССВР применены периоперационное введение антибиотика, региональная лимфостимуляция в круглую связку печени, орошение брюшной полости и раны озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и введение озонированного раствора с концентрацией озона 3-4 мкг/мл внутривенно. Для коррекции иммунологической реактивности применен тималин по 10 мг внутримышечно на курс лечения 3-4 иньекций. Инфузионная терапия включала гепатотропные препараты. Анализ динамики синдрома системной воспалительной реакции показал, что при использовании нами мер коррекции с увеличением срока после операции идет снижение тестов синдрома. Прогрессирования воспалительного процесса не наблюдалось. Полученные результаты подтвердили целесообразность использования методов коррекции.

Ключевые слова: желчный пузырь, холецистит, местный перитонит, синдром системной воспалительной реакции, коррекция.

ЖЕРГИЛИКТҮҮ ПЕРИТОНИТ МЕНЕН ООРЛОШКОН ХОЛЕЦИСТИТ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН ООРУЛУУЛАРДА СИСТЕМАЛУУ СЕЗГЕНҮҮ РЕАКЦИЯСЫНЫН СИНДРОМУН КОРРЕКЦИЯЛОО

К.Т. Туратбекова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Жалпы практикадагы хирургия кафедрасы, комбустиология курсу
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Максаты – жергиликтүү перитонит менен оорлошкон холецистит менен жабыркаган оорулууларда системалуу сезгенүү реакциясынын синдромун (ССРС) коррекциялоонун натыйжаларын баалоо. Макалада 2018-жылдан 2020-жылга чейинки мезгилде шашылыш хирургиялык операциядан өткөн 46 бейтаптын жыйынтыктары келтирилген, аларда системалуу сезгенүү реакциясынын син-

дрому аныкталган: клиникалык (температура, дем алуу жыштыгы) жана лабораториялык (лейкоциттер, ууланууунун лейкоцитардык көрсөткүчү). ССРСти коррекциялоо үчүн антибиотикти периоперациялык киргизүү, боордун тегерек байламталарына аймактык лимфалык стимуляциялоо, ич көңдөүн жана жараларды озон концентрациясы 8-10 мкг/мл болгон натрий хлоридинин озондоштурулган эритмеси менен сугаруу жана озон концентрациясы 3-4 мкг/мл болгон озондоштурулган эритмени тамырга киргизүү колдонулган. Иммунологиялык реактивдүүлүктү коррекциялоо үчүн тималин булчуңга 10 мг, 3-4 инъекция дарылоо курсу үчүн колдонулган. Инфузиялык терапияга гепатотроптук препараттар кирген. Системалык сезгенүү реакциясынын синдромунун динамикасын талдоо көрсөткөндөй, хирургиялык операциядан кийинки мезгилдин көбөйүшү менен коррекциялык чараларды колдонгондо, синдромдук тесттердин төмөндөшү байкалат. Сезгенүү процессинин күчөшү байкалган жок. Алынган натыйжалар коррекциялоо ыкмаларын колдонуунун максатка ылайыктуулугун тастыктады.

Негизги сөздөр: Өт баштыкча, холецистит, жергиликтүү перитонит, системалык сезгенүү реакциясынын синдрому, коррекциялоо.

CORRECTION OF THE SYSTEMIC INFLOMMATORY REACTION SYNDROME IN PATIENTS WITH CHOLECYSTITIS COMPLICATED LOCAL PERITONITIS

K.T. Turatbekova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of General Practice Surgery with Combustyology Course
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The aim is to evaluate the results of correction of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS) in patients with cholecystitis complicated by localized peritonitis. The paper presents the results of 46 patients who underwent emergency surgery in the period from 2018 to 2020 inclusive, with the indicators of the systemic inflammatory response syndrome were determined: clinical (temperature, respiratory rate, pulse rate) and laboratory (leukocytes, leukocytal intoxication index). In order to correct SIRS, perioperative antibiotic administration, regional lymph stimulation into the round ligament of liver, irrigation of the abdominal cavity and the wound with ozonized sodium chloride solution with an ozoneconcentration of 8-10 μg/ml and intravenous administration of an ozonized solution with an ozone concentration of 3-4 μg/ml were used. For the correction of immunologic reactivity, thymalin was used, 10 mg intramuscularly, for a treatment course of 3-4 injections. Infusion therapy included hepatotropic drugs. Analysis of the dynamics of the systemic inflammatory response syndrome showed that when we use correction measures with an increase in the period after surgery, there is a decrease in the syndrome tests. No progression of the inflammatory process was observed. The obtained results confirmed the feasibility of using correction methods.

Keywords: gall bladder, cholecystitis, local peritonitis, systemic inflammatory response syndrome, correction.

Введение. Одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии является лечение больных с деструктивными формами холецистита, осложненного местным или общим перитонитом, лечение которых сложное [1,2,3]. Эта проблема заслуживает внимания тем, что заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) неуклонно растет и наряду с ростом увеличивается число больных с осложненными формами, особенно у лиц старшего возраста, у которых имеют место тяжелые сопутствующие заболевания [4,5,6]. В последние годы многие исследователи придают большое значение определению показателей синдрома системной воспалительной реакции (ССВР), который включает гипо- или гипертермию, тахикардию, частоту дыхания, лейкоцитоз более 12,0 х 10^9/ л., так как при несвоевременной коррекции метаболических нарушений ССВР приводит к развитию сепсиса и полиорганной недостаточности, которые и являются основной причиной смерти [7,8,9,10].

В доступной литературе есть лишь единичные сообщения о показателях синдрома при ЖКБ, но не дана его динамика при осложнении ЖКБ местным перитонитом, что и явилось основанием для выполнения данного исследования.

Цель исследования – изучить клинико-лабораторные проявления синдрома системной воспалительной реакции при остром холецистите, осложненном местным перитонитом.

Материал и методы обследования

Под наблюдением находилось 46 больных острым холециститом, осложненном местным перитонитом, из них женщин было- 31, мужчин -15, возраст колебался от 29 до 76 лет. Сроки заболевания до поступления в клинику колебались от 24 часов до 7 суток, но наибольшее число больных отметили сроки заболевания от 3 до 5 суток (24 чел.). Основными жалобами были боли в правом подреберье (34 чел.), а 12 пациентов отметили боль по всему животу. Многократная рвота была у большинства (у 41 из 46 обследованных). При осмотре больных напряжение мышц брюшной стенки имело место у 21, положительный симптом Щеткина-Блюмберга у 41 и у 14-пальпировали резко болезненный желчный пузырь.

В обследовании больных помимо данных анамнеза, результатов объективного исследования и общеклинических (анализ крови и мочи, свертываемость, показатели функции печени и почек) выполняли УЗИ, вычисляли лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по Кальф-Калифу Я.Я. [11] и определяли показатели ССВР (клинические: гипо- или гипертермия, частота дыхания и пульса и лабораторные: лейкоцитоз и ЛИИ). Клинические показатели оценивали путем вычисления относительных величин (в %), а лабораторные с вычислением средней арифметической (М), средней квадратичной (σ) величин и ошибки ряда [m], а степень достоверности по t- критерию таблицы Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

На основании выполненных исследований установлен диагноз острый холецистит и 40 больных оперированы лапаротомным мини-доступом (5-6 см), а 6- традиционным (12-13см). Операцию выполняли под эндотрахеальным наркозом. В момент операции и при последующем гистологическом исследовании флегмонозная форма выявлена у 37, гангренозная у 9 пациентов, при этом местный серозный перитонит обнаружен у 22, гнойный у 24.

Перед операцией за 15-30 минут и к концу операции внутривенно вводили 1,0 цефазолин.

Операция включала удаление желчного пузыря от шейки и реже от дна, тщательное удаление выпота брюшной полости, а затем орошение озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. В момент операции выполняли введение антибиотико-лимфотропной смеси в круглую связку печени. Смесь состояла из антибиотика (цефазолин 1,0, гепарина 70 ЕД/кг веса тела, лидаза 8-12 ЕД/л и 15-20 мл 0,5%- раствора новокаина). Перед ушиванием раны ее повторно орошали озонированным раствором.

После операции все больные получали цефазолин 1,0 внутримышечно х 2 раза в день, инфузионную терапию с обязательным включением гепатотропных препаратов (гептрал, ларнамин), Тималин 10 мг х 1 раз в день на курс лечения 3 инъекций. Этот препарат мы использовали в связи с тем, что при остром холецистите при любой его форме имеет место снижение иммунологической защиты.

При поступлении и в ближайшие сроки после операции мы исследовали частоту признаков ССВР до операции, на 1,3 и 6 сутки после операции, а также определяли количество лейкоцитов и лейкоцитарный индекс интоксикации. Результаты исследований даны в таблице.

Таблица.

Показатели синдрома системной воспалительной реакции до и после операции

Сроки обследования (в сутках).								
Показатели клинические:	При поступлении:		1-е сутки		3 сутки		5-6 сутки	
	абс.ч	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
1 признак	-	-	-	-	8	17,4	5	10,9
2 признака	18	39,1	22	47,8	22	47,8	11	23,9
3 признака	28	60,9	24	52,2	6	13,0	-	
Лабораторные: лейкоциты	$M_1 \pm m_1$ 18,5±1,12		$M_2 \pm m_2$ 17,1±1,22		$M_3 \pm m_3$ 12,1 ±0,97		$M_4 \pm m_4$ 8,8±0,47	
P M_1-M_2	>0,05				<0,01		<0,05	
ЛИИ	5,2±0,21		4,8±0,12		3,1±0,09		1,4±0,08	
P M_1-M_2	>0,05				<0,01		<0,001	

Анализ результатов исследования показал, что при поступлении ни у одного больного не выявлялся только один признак, а у наибольшего числа обследованных определялись 3- признака ССВР, что указывало на тяжесть состояния больных. Также отмечено значительное повышение количества лейкоцитов, которое составляло 18,5±1,12, а ЛИИ 5,2±0,21. Лабораторные показатели также подтвердили наличие высокого уровня воспаления и интоксикации.

Через сутки после операции, несмотря на удаление очага воспаления, показатели ССВР практически не отличались от исходных данных. На 3 сутки у 8-больных отмечен 1 признак, существенно снизилось количество больных с тремя клиническими признаками, но с двумя признаками оставалось число больных еще высоким (22 чел.). Более существенные положительные сдвиги отмечены на 5-6 сутки после операции. В этот срок еще у 11 больных оставались 2 - признака, а с 3-признаками уже не было ни одного больного.

Анализ лабораторных исследований показал, что у большинства больных при остром холецистите осложненном местным перитонитом отмечается высокое содержание лейкоцитов с выраженным лейкоцитарным сдвигом в формуле (палочкоядерные более 10%), и высокий ЛИИ, который составил 5,2±0,21. Через сутки после операции отмечены незначительные сдвиги в количестве лейкоцитов и ЛИИ. По мере увеличения сроков после операции количество лейкоцитов уменьшилось и снижался ЛИИ, однако у 4 больных на 3-4 сутки показатели ССВР оставались на уровне 3 суток, что потребовало более детального обследования и при этом выявлена начальная фаза воспаления раны, выполнена ревизия раны и усилена антибактериальная терапия и при обследовании на 10 сутки количество лейкоцитов и ЛИИ не отличались от нормы.

К 5-6 суткам количество лейкоцитов незначительно превышало норму и ЛИИ составлял 1,4±0,08. Анализ полученных данных показателей ССВР в динамике показал, что благодаря использованным нами методов коррекции ССВР удалось добиться постепенного их снижения. Прогрессирования процесса нами не отмечено.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости исследования показателей ССВР в динамике, чтобы определить эффективность проводимой терапии. Однако, чтобы можно окончательно судить об эффективности метода необходимо сравнить их с группой больных, которые получали традиционное лечение, что будет нами выполнено в дальнейшем.

Выводы:

1. При осложненных формах желчнокаменной болезни острым холециститом и местным перитонитом выявляются признаки ССВР, которые отражают тяжесть воспалительного процесса и интоксикации.
2. Избранный метод коррекции ССВР, включающий пери операционное введение антибиотиков, орошение брюшной полости озонированным раствором и интраоперационную однократную региональную лимфостимуляцию позволяет добиться коррекции и предотвратить прогрессирование воспалительного процесса (сепсис).
3. Показатели ССВР необходимо исследовать в динамике и если после операции через 3-5 суток нет их снижения, то необходимо детальное обследования для выявления причины их сохранения.

Литература:

1. *Алиев, Ю.Г. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни из лапаротомного и мини-инвазивных доступов /Ю.Г. Алиев, М.А. Чиников, И.С. Пантелеева// Хирургия .- 2014.-№7.-С.21-25.*
2. *Борисов, А.Е. Пути оптимизации стандартов лечения острого холецистита[Текст] /А.Е. Борисов, В.А. Кащенко, К.Т. Кубачев// Вестник хирургии .- 2012.№2.-С. 79-84.*
3. *Курбонов, К.М. Особенности лечения острого калькулезного холецистита, осложненном перипузырным инфильтратом /К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, У.К. Муродов// Вестник хирургии Казахстана .- 2018.- №1, спец. Выпуск.- С. 113-114.*
4. *Жидков, С.А. Влияние сопутствующей патологии на исходы острого холецистита у больных старше 60 лет /С.А. Жидков, И.А. Елин// Новости хирургии .- 2009.- Том 35.- С. 16-22.*
5. *Оморов, Р.А. Мини-инвазивные методы в лечении ЖКБ у больных старшего возраста /Р.А. Оморов, А.У. Айтикеев, М.Ж. Алиев// Вестник Смоленской Гос. Мед. академии .- 2019.- Том 18, №4.- С. 147-150.*
6. *Алиев, С.А. Особенности клиники и тактики хирургического лечения острого холецистита у больных старческого возраста/С.А. Алиев// Хирургия .- 1998.- №4.- С. 25-29.*
7. *Афанасьев, А.Н. Патогенетические обоснования комплекса лечебных мероприятий по коррекции эндотоксикоза и нарушения функций иммунной системы при остром холецистите /А.Н. Афанасьев, А.В. Кирилин, К.Х. Якупбаева// Хирургия.- 2008.-№2.- С. 11-18.*
8. *Карсанов, А.М. Клинико- эпидемиологическое значение системного воспаление и сепсиса [Текст] /А.М. Карсанов, С.С. Маскин. В.Д. Слепушкин// Вестник хирургии.- 2015. №3. – С. 99-102.*

9. *Гусев, Е.Ю. Критические состояния: Качественные уровни системной воспалительной реакции /Е.Ю. Гусев, Л.Н. Юрченко// Интенсивная терапия.- 2006.- №1.- С. 9-13.*
10. *Мусаев, А.И. Лимфостимулирующая терапия в коррекции синдрома системной воспалительной реакции /А.И. Мусаев, У.Э. Усубакунов// Казанский медицинский журнал .-2016.- Том 97, №2.-С. 239-244.*
11. *Кальф-Калиф, Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении /Я.Я. Кальф-Калиф// Врачебное дело.- 1941.- №1.- С. 31-36.*

СРАВНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ С ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ПЕРВЫЕ ШАГИ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Сапаров С.Ш., Абдиев А.А., Каниетов А.К., Шаршебаев Р.Д., Саламакунов Т.Б., Айтбаев С.А., Шайлообекова А.К.
Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева,
кафедра факультетской хирургии им. К.Р. Рыскуловой,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Шайлообекова А.К. – клинический ординатор 3 г.о., каф. факультетской хирургии, Shailoobekovas@gmail.com

Резюме: дать сравнение эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) с компьютерной томографией (КТ), в диагностике причин механической желтухи. Наблюдали 102 больных, все они оперированы. Из 102 у 51 выполнена холедохолитотомия с наружным дренированием, у 36 с внутренним дренированием, а у 15 эндоскопическая папиллосфинктеротомия.
Ключевые слова: механическая желтуха, диагностика, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

РЕТРОГРАДДЫК ЭНДОСКОПИЯЛЫК ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯ МЕНЕН КОМПЬЮТЕРДИК ТОМОГРАФИЯ ИЗИЛДӨӨЛӨРҮН САЛЫШТЫРУУ ЖАНА ЭНДОСКОПИЯЛЫК ПАПИЛОСФИНКТЕРОТОМИЯГА АЛГАЧКЫ КАДАМДАР

Сапаров С.Ш., Абдиев А.А., Каниетов А.К., Шаршебаев Р.Д., Саламакунов Т.Б., Айтбаев С.А., Шайлообекова А. К.
И.К. Ахунбаев ат. Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Факультеттик хирургия кафедрасы, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш.

Корутунду: Механикалык саргайуунун себептерин дарт аныктоодо, компютердик томография (КТ) менен ретроградцык эндоскопиялык панкреатохолангиографияга (РЭПХГ) салыштырма берүү. Байкообузда 102 бейтап болгон алардын баардыгына операция жасалган. 102 нин ичинен 51 бейтапка холедохолитотомия сырткы дренаж менен, 36 бейтапка ички дренаж орнотулган ал эми 15 бейтапка эндоскопиялык папилосфинктеротомия жасалган.
Негизги сөздөр: механикалык саргайуу, дарт аныктоо, ретроградцык эндоскопиялык панкреатохолангиография, эндоскопиялык папилосфинктеротомия.

COMPRASION OF COMPUTED TOMOGRAPHY AND ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN DIAGNOSTICS AND THE FIRST STEPS OF ENDOSCOPIC PAPILLOSPHINCTEROTOMY

Saparov S.Sh., Abdiev A.A., Kanietov A.K., Sharshebaev R.D., Salamakunov T.B.,Aitbaev S.A., Shailoobekova A.K.
Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbev,
Department of faculty surgery, Bishkek K.R.

Summary: Give an endoscopic retrograde comparison pancreatocholangiography (ERPC) with computed tomography (CT), in diagnosis of the causes of obstructive jaundice. Watched by 102 patients all of them operated. Of 102, 51 performed choledocholitotomy with external drainage, in 36 with internal drainage, and in 15 endoscopic papillosphincterotomy.
Key words: obstructive jaundice, diagnosis, endoscopic retrograde pancreatocholangiography, endoscopic papillosphincterotomy.

Введение Все исследователи отмечают высокий рост заболеваемости желчнокаменной болезни (ЖКБ) и наряду с ростом заболеваемости увеличивается число больных, с такими осложнениями как холедохолитиаз, механическая желтуха и холангит, лечение которых сложное [1, 2, 3, 4] и только оперативное.

В лечении используются такие вмешательства, как холедохолитотомия с различными вариантами наружного и внутреннего дренирования, но эти операции травматичные и трудно переносятся больными, особенно пожилого и старческого возраста [5,6,7]. В последние годы многие хирурги обратили внимание на возможность удаления конкрементов из холедоха, используя эндоскопическое вмешательство (экстракция конкремента или папиллосфинктеротомия), как метод менее травматичный [8,9,10,11].

Однако для выполнения этих операций необходима детальная диагностика состояния желчных путей и с этой целью применяют ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ) и компьютерную томографию (КТ), но какова их диагностическая ценность и возможность выполнения, остается до конца не решенной проблемой, что явилось основанием для выполнения нашего исследования.

Цель: Дать сравнение эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) с компьютерной томографией (КТ), в диагностике причин механической желтухи.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 102 больных с механической желтухой на почве холедохолитиаза, из них у 51 выполнена холецистэктомия с холедохолитотомией и наружным дренированием, у 36 холецистэктомия сочеталась с внутренним дренированием, а 15 больных представляли особый интерес из за неясности причины механической желтухи. Из 15 женщин было 11, мужчин 4, в возрасте старше 60 лет. Давность желтухи колебалась от 7 до 14 дней. Содержание билирубина крови колебалось от 80 до 340 мкмоль/л.

Наличие у пациента дополнительных патологий или заболеваний может повлиять на ход папиллосфинктеротомии, а также значительно увеличить ее продолжительность. Поэтому каждый больной должен пройти длительную подготовку, с этой целью в обследовании больных помимо общеклинических исследований, определяли функциональное состояние печени и почек (билирубин, тимоловая проба, АсТ, АлТ, общий белок, мочевина, креатинин) ЭКГ и свертываемость крови. И использовали УЗИ, результаты которого не давали возможности установить причину механической желтухи, поэтому им выполнены ЭРПХГ и КТ. Полученные результаты обработаны путем вычисления относительных величин (%)

Результаты и их обсуждение

При обследовании из 15 больных у 12 выявлены сопутствующие заболевания (гипертоническая болезнь, КБС, общий атеросклероз и хронические бронхолегочные заболевания) Особый интерес представляли результаты ЭРПХГ и КТ Сравнения этих двух методов показало более высокую информативность ЭРПХГ, результаты которой были подтверждены в момент операции (у 14 из 15) а при КТ у 12 из 15.

После подготовки пациента врач приступает к введению проводника через дуоденоскоп к дуоденальному сосочку двенадцатиперстной кишки. Через отверстие в сосочке необходимо ввести порцию контрастной жидкости при помощи катетера. На мониторе рентгеновского оборудования врач может рассмотреть в высококачественном разрешении состояние желчного протока и наличие в нем камней. Процесс проведения процедуры похож на проведение фиброскопии (осмотр пищеварительной системы при помощи зонда). После введения рентгеноконтрастного раствора видоизмененные ткани и образования начального отдела тонкой кишки пациента осматриваются при помощи специального аппарата. Такой метод позволяет осмотреть протоки, оценить количество камней и их размеры. В ходе процедуры в фатеров сосочек в двенадцатиперстной кишке устанавливается медицинский диатермический нож в виде тонкой режущей струны – папиллотом. Также при проведении папиллотомии используют рентгеновское оборудование и аппарат высокочастотного тока, благодаря которому происходит рассечение тканей без больших кровопотерь. При ЭПСТ сфинктер желчного протока или поджелудочной железы разрезается проволочным электродом, прикрепленным к катетеру.

Под внутривенным обезболиванием выполнена эзофагогастродуоденоскопия и под ее контролем без рассечения сосочка удалось извлечь конкремент у 12 пациентов. А у 2 больных из за большой величины конкремента произведена папиллосфинктеротомия и конкременты удалены, еще у 2 из за наличия дивертикула двенадцатиперстной кишки удалить конкременты не представлялось возможным. После эндоскопического вмешательства состояние больных быстро улучшалось, снижался уровень билирубина, исчезала желтуха и 13 пациентов через неделю оперированы и им выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Однако у 1 больной, у которой с техническими трудностями выпол-

нена папиллосфинктеротомия и конкремент удален,но через 2 суток возник острый панкреатит с явлениями полиорганной недостаточности, что явилось причиной смерти. У больных которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия послеоперационный период протекал без осложнений.

Выводы:

1. В диагностике причин механической желтухи высокоинформативным методом является ЭРПХГ, который позволяет выполнить менее травматичное вмешательство.
2. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия дает возможность восстановить проходимость холедоха, снизить содержание билирубина и вторым этапом удалить желчный пузырь.
3. При КТ мы можем только диагностировать патологию гепатобиллиарной системы, а при эндоскопической ретроградной панкреато-холангиографии мы можем сразу же перейти к лечению обнаруженной патологии.

Литература:

1. *Гальперин, Э.И., Руководство по хирургии жёлчных путей/Э.И Гальперин, П.С. Ветшев – М.: Видар-М, 2009. – 568 с.*
2. *Ившин, В.Г., Лукичев О.Л. Малоинвазивные методы декомпрессии жёлчных путей у больных механической желтухой./В.Г. Ившин, О.Л. Лукичев// – Тула: Гриф и К, 2003. – 234 с.*
3. *Майстренко, Н.А. Диагностика и лечение синдрома механической желтухи доброкачественного генеза/Н.А. Майстренко, В.В.Стукалов , А.С.Прядко// Анн. хир. гепатол. –2011. – Т. 16, №3. – С. 26–34.*
4. *Майстренко Н.А., Холедохолитиаз./Н.А.Майстренко, В.В.Стукалов– СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2000. – 288 с.*
5. *Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны/А.Е. Котовский, К.Г Глебов, Г.А. Уржумцева, Н.А. Петрова // Анн. хир. гепатол. – 2010. – Т. 15, №1. – С. 9-18.*
6. *Лотов А.Н. Минимально инвазивные технологии в диагностике и лечении обтурационной желтухи /Лотов А.Н.,Машинский А.А., Ветшев П.С. // Тихоокеан. мед. ж. – 2004. – №1. – С. 11-18.*
7. *Тарасенко С.В. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств у больных доброкачественными заболеваниями жёлчных протоков/Тарасенко С.В., Брянцев Е.М., Мараховский С.Л., Копейкин А.А.// Анн. хир.гепатол. – 2010. – Т. 15, №1. – С. 21-26.*
8. *Шевченко Ю.Л. Приоритетные направления в лечении больных с механической желтухой/Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Стойко Ю.М. // Анн.хир.гепатол. – 2011. – Т. 16,№3. – С. 9-15.*
9. *Freeman M.L. Complications of endoscopic sphincterotomy // Endoscop. – 1998. – Vol. 30, N 9. –P. 216-220.*
10. *Loperfido S. Mojor early complications from diagnostic and therapeutic ERCP: aprospective multicenter study/Loperfido S., Angelini G., Benedetti G. // Gastrointest. Endos. –1998. – Vol. 48, N 1. – P. 241-245.*
11. *Masci E., Risk factors for pancreatitis following endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a meta-analysis /Maski E., Mariani A., Curioni S., Testoni P.// Endoscopy. –2003. – Vol. 35. – P. 830-834.*

ГРИБКОВОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКОГО. АСПЕРГИЛЛЕЗ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Т.К. Жакыпов

Аспирант кафедры онкологии и лучевой терапии КРСУ,
врач-эндоскопист НЦОиГ МЗ КР: Жакыпов Талантбек
E-mail: *talant-kgma@mail.ru*
Научный руководитель: д.м.н., профессор кафедры онкологии и лучевой терапии КРСУ Анкудинова С.А.

Актуальность: Аспергиллез – сапронозный оппортунический микоз с аспирационным механизмом передачи возбудителя, характеризуется преимущественным поражением легких, токсико-аллергическими реакциями и тяжелым течением болезни. Чаще возникает у лиц с нарушениями в иммунной системе. Возбудители – различные виды рода Aspergillus, который имеет более 300 видов, около 20 из них патогенны для человека. Аспергиллы могут поражать любые органы и ткани. Различают следующие клинические формы аспергиллеза: бронхолегочный, ЛОР-органов, генерализованный (септический), глаза, кожи, костей и прочие формы (поражение слизистых оболочек рта, гениталий).

Цель: Показать разнообразность проявления грибкового поражения легкого, в частности в виде «Аспергиллез легкого».

Материалы и методы: Больная Н.А., 1979 г.р., обратилась в клинику, в отделение эндоскопии НЦОиГ для обследования. Дебют заболевания в течении 2х месяцев 2021 отмечает повышения температуры тела до 37-38 С, слабость, недомогание, одышку при физических нагрузках, дискомфорт в области грудной клетки, отмечает кашель, усиливающийся к утру с выделением обильной мокроты

пенисто-творожного характера серо-желтого цвета. В связи, с чем обратилась к семейному врачу по месту жительства, даны рекомендации, направлена в г. Бишкек для дообследования. Проведена КТ

ОГК-картина воспалительных фиброзных изменений левого легкого. Хронический бронхит. Рекомендована консультация пульмонолога.

На амбулаторном этапе видеобронхоскопии под местным обезболиванием получены следующие данные: начиная от средней трети левого верхнедолевого бронха до устья сегментарных бронхов верхней зоны по медиальной поверхности визуализируется инородное тело желтого цвета, размером 1.0х3.0 см в d, обтурирующее на 2/3 просвет сегментарных бронхов S1,2,3 дно покрыто островками белого налета, далее для аппарата не проходим, устья S4,5 проходима. При инструментальной пальпации ткань мягко-эластичная. Половина инородного тела удалена. Отправлена на гистологию. Заключение: вероятнее всего грибковое поражение верхнедолевого бронха слева.

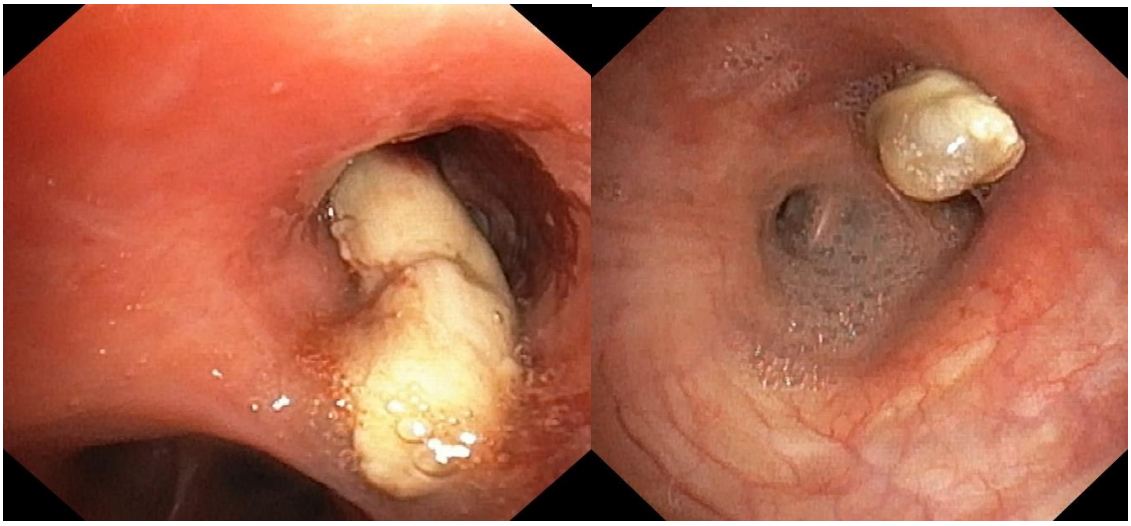


Рис. 1. Слева: устье верхнедолевого бронха, до удаления препарата на биопсию и посев. **Справа:** после удаления. Видно сегментарные бронхи верхней зоны.

Результаты исследования: после проведения посева установлен аспергиллез легкого, больная была направлена в специальное учреждение – РИКБ МЗКР для дальнейшего лечения.

Выводы: При дифференциальной диагностике длительных заболеваний с поражением легких необходимо наряду с другими причинами исключить микозы. Тщательно собрать эпидемиологический анамнез заболевания, выяснить источники аспергиллеза. Бронхоскопия, мокроту, мазок из слухового прохода, ликвор и другие материалы в зависимости от клинических форм направить на микологическое исследование и на посев.

Литература:

1 Токмолаев А.К, Кожевникова Г.М. Клиническая паразитология. - М.: 2010. – 432с.

2 Митрофанов В.С., Свирщевскаая Е.В. Аспергиллез легких. - М.: 2005. – 144с. 3 Сергиев В.П., Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Руководство для врачей «Тропические болезни». М, 2015. – 640 с.

THE CLINIC OF ACUTE HEMATOGENOUS OSTEOMYELITIS OF THE LONG BONES IN ADULTS

Beishenaliev A.S., Turkmenov A.M., Turkmenov A.A., Ashinaliev A.A., Sharshenbekova A.Sh.
Dep. Propaedeutic surgery of Kyrgyz State Medical Academy
named after I.K. Akhunbaev

Resume: The article describes the experience of the clinical monitoring of adult patients with acute hematogenous osteomyelitis, marked clinical features and characteristics of the local nature of changes occurring in acute hematogenous osteomyelitis of the long bones in adults.

Key words: acute hematogenous osteomyelitis, clinical course, adults.

Relevance. In adults, acute hematogenous osteomyelitis (CSO) is rare and insufficiently studied. At the beginning of the last century, cases of adult disease thought CSO were casuistic. Literature data on the frequen-

cy of occurrence of CSOs, the features of the disease, in adult patients with localization process are scarce and contradictory[1,4,6]. In a large hospital operation it is, as a rule, there are not more than one or a few cases per year. At the same time the share of the heavy disease after 18-20 years, not more than 20% of cases [1,2,3,5,6,7].

Subjects. We have studied the results of examination and surgical treatment of 70 adult patients with CSOs long bones were hospitalized in the department of purulent surgery of the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. The observation period was from 1988 to 2009. All patients were divided into study and control groups. The study group included 34 (48.6%) patients who had surgery using an original technique of osteoperforation with enhanced sanitation and drainage of purulent focus, followed by lavage of the medullary canal were produced. The control group consisted of 36 (51.4%) patients who were operated on by other surgical techniques.

Results and discussion. The distribution of patients by age group shows that the CSO in long bones in adults occur at any age, with a significant increase in young people. The largest number of patients were in the age group 20-29 years, 45 (64.3%) patients.

In studying the history of the disease in all patients received particular attention was paid to the patient's history of life, in particular children's anamnesis. It revealed that 5 (7.4%) patients aged from 1 year to 15 years earlier had diagnosed CSOs about which had surgery. Also attention is drawn to the fact that from 70 (100.0%) patients in the children's history 20 (28.6%) patients revealed the presence of suffering one or more septic disease. Thus, based on these data, we can assume that 25 (35.7%) patients, the development of long bones of CSOs is a consequence of being treated insufficiently or not diagnosed CSOs suffering in childhood.

Noteworthy is the fact that of all the 70 patients and control group admitted to the department of purulent surgery, the correct diagnosis of the guide - "Acute hematogenous osteomyelitis of the long bones", was installed in only 48 (68.6%) patients.

The remaining 22 (31.4%) patients received other (incorrect) diagnoses. In addition, 29 (41.4%) patients and control group were transferred from other departments and hospitals.

In our opinion, the prevalence in the study and control groups of patients in a state of moderate severity due to the long period of pre-hospital related to incorrect diagnosis and, consequently, the wrong tactics of treatment, which led eventually to the belated hospitalization. So, after 10 days from the onset of the disease are hospitalized 39 (55.7%) patients.

All of the above suggests considerable difficulties installing the correct diagnosis when CSOs long bones in adults. In this regard, I would like to reiterate that the CSO long bones in adults - a relatively rare pathology, even in surgical hospitals. And accordingly - not always have to "caution" about the CSO long bones physicians in their daily practice.

Another important in our opinion is the fact that out of 70 (100.0%) of patients in 46 (65.7%) cases, the disease occurred in the autumn-winter period, ie seasonality observed in the emergence of CSOs long bones and in 9 (12.9%) patients had a variety of acute purulent-septic diseases in62 (88.6%) patients - chronic inflammatory diseases, including trauma from 15 (21.4%) patients, against which developed CSOs.

In 16 (22.8%) patients, severity of the condition was exacerbated by the presence of concomitant pathology therapy - ischemic heart disease, hypertension, diabetes, peptic ulcer, bronchial asthma, etc. Serious condition at admission was noted in 9 (12.8%) patients. In most cases, the general condition of patients with CSOs long bones were of moderate severity - 41 (58.6%).

To determine the severity of the condition patients, we evaluated the severity of the syndrome of systemic inflammatory reaction of the body, as well as the shape of the clinical course CSO.

The study of the clinical manifestations of the disease in patients revealed the presence of CSOs long bones characteristic triad of clinical symptoms: acute and growing emerging localized pain, restricting segments of the musculoskeletal system functions, remitting fever. This triad occurred in all 70 (100.0%) of patients already on the pre-hospital stage. New limb pain in other areas of the body within a few days become constant and intense amplified overnight and analgesics were not removed. There was a growing concern of patients disturbed sleep.

Of the 70 (100.0%) of the patients and control group, 51 (72.9%) case, referred pain localized in adjacent joints and remote area assessed as a manifestation of another disease.

In most cases we diagnosed early form of the disease. At the same time dominated the symptoms caused by inflammation of the bone and soft tissues; general condition can be moderately severe or even satisfactory.

To characterize the changes occurring in the bone, we used the classification of CSOs long bones in adults, reflecting the pathogenesis of the disease with the most characteristic changes in the bone, the proposed AA Kutin and NI Mosiyenko [70]. In this case the following results were obtained: 11 (15.7%) Patients diag-

nosed with edematous hemorrhagic myelitis, in which the bone marrow inflammation is accompanied by edema, cellular infiltration; increased intraosseous pressure from bone after craniotomy, is released under pressure hemorrhagic exudate. In 23 (32.9%) our patients diagnosed with acute myelitis abscess, cellulitis intraosseous is observed, which is distributed by the medullary canal. Bone marrow is transformed into a thick purulent hemorrhagic "weight".

In most cases - 36 (51.4%) our patients diagnosed with acute suppurative osteomyelitis, necrotic with exudate and pus penetrate the Haversian canals, inflammation and circulatory disorders lead to necrosis and sequestration of bone tissue. It causes formation of ulcers in the medullary canal - liquid pus.

Thus, the shape of the clinical course of CSOs long bones in adults dominated the local form of the disease that was, and the nature of local changes in the bones most frequently encountered acute suppurative osteomyelitis, necrotizing.

It should also be noted that in choosing the nature of surgery in the study group was to determine the nature of local changes in bone and surrounding tissues of the affected bone.

All the patients, according to the plan of the survey were to carry out X-ray of the affected limb segment at admission and in dynamics after the operation and at different times the nearest and remote postoperative period.

The earliest signs of CSOs long bones are thickening and deformation of soft tissues surrounding the bone, which we found on the 2-3 day of illness.

However, the most significant radiological symptom we felt the presence of periodontitis - the emergence of the linear shade next to the cortical bone of the affected bone. According to our data abscess was detected only in 2-3 weeks after the onset of the disease.

According to our data, 70 (100.0%) patients with predominant pathology of large tubular bones: the femur - 27 (38.6%) patients, Shin bone - 21 (30.0%) sick, Humerus - 11 (15.8%) patients. Much less of the forearm bones - 8 (11.4%) patients, the collarbone - 1 (1.4%) patient. Multiple bone loss was observed in 2 (2.8%) patients.

Microbiological studies of the microflora osteomyelitic foci performed in 26 (37.0%) patients. These studies were carried out by the usual method and consisted of qualitative evaluation of the microflora isolated from the pus of bone cavities and abscesses paraossalnyh. Thus the exciter is verified in 14 (87.5%) patients of the main and 9 (90.0%) patients from the control group.

The causative agent of the inflammatory process in the bone according to microbiological analysis in most cases is Staphylococcus aureus, are sown in monoculture in the main and control group, respectively, 56.3% and 50.0% of cases, as well as in association with other agents, respectively, in 6.2% and 10.0%, Proteus vulgaris allocated respectively 12.6% and 10.0%, of Ps. Aeruginosa in 6.2% and 10.0%, hemolytic Staphylococcus aureus in 6.2% and 10.0% of patients in the study and control groups, respectively.

Thus, in adult patients in the form of clinical course of CSOs long bones dominated the local form of the disease, the nature of local changes in the bones most frequently encountered acute suppurative osteomyelitis, necrotizing. Factors that influence the results of treatment of CSO long bones in adults are: difficulty of early diagnosis of disease, a long period of pre-hospital related to the incorrect diagnosis and, as a result, the wrong tactics of treatment, which led eventually to the belated hospitalization.

Bibliography:

1. *Aytaliev D.E. Surgical treatment of chronic osteomyelitis [Text] / D.E. Aytaliev, B.A. Sabyrbekov, A.U. Kydybaeva // Central Asian medical zhurnal.- 2003.- T. IX (adj. 1) .- p. 19-21.*
2. *Akzhigitov G.N. Hematogenous osteomyelitis [Text] / GN Akzhigitov, Y.B. Yudin. - M .: Medicine, 1998. - 288 p.*
3. *A.N. Anipchenko Surgical treatment osteomyelitic defects of long bones of limbs [Text] / A.N. Anipchenko // Surgery. - 2007. - № 3. - P. 35-38.*
4. *Boyarintsev V. S. .The pathogenesis of osteomyelitis [Text] / V.S. Boyarintsev, S.I. Konovalenko A.A. Tsybin // Herald of new medical technologies. - 2003. -Number 1-2. - P. 61-63.*
5. *Kutin A. A. Hematogenous osteomyelitis in adults [Text] / A.A. Kutin, N.I. Moiseenko. - M .: Medicine and Life, 2000. - 224 p.*
6. *Особенности клинического течения острого гематогенного остеомиелита длинных костей у взрослых. Туркменов А.А. Современные тенденции развития науки и технологий. - Белгород, 2016. - №11. - С. 120 - 124.*
7. *Острый гематогенный остеомиелит длинных трубчатых костей у взрослых. Опыт хирургического лечения. Туркменов А.А. Вестник Кыргызско-Российского Славянского Университета. - 2009. - № 2. - С. 157 - 160.*

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

Р.А. Оморов, С.А. Айтбаев, Б.Т. Токтогазиев, Н.А. Камилов, К.Р. Султанбаев
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева,
Учреждение: «Учебно-лечебно-научный» медицинский центр КГМА.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Было проанализированы результаты 7 больных с морбидным ожирением и СД 2-типа, которым было выполнена эндовидеохирургическая бариатрическая операция.
Ключевые слова : эндовидеохирургическая бариатрия, морбидное ожирение, СД 2-типа.

ЗАТ АЛМАШУУ СИНДРОМУ ЖАНА II ТИПТЕГИ КАНТ ДИАБЕТИН ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО

Р.А. Оморов, С.А. Айтбаев, Б.Т. Токтогазиев, Н.А. Камилов, К.Р. Султанбаев
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,
Мекеме: «КММАнын окуу-дарылоо-изилдөө» борбору
Бишкек ш.,Кыргыз Республикасы

Корутунду: Эндовидеохирургиялык бариатрия жасалган, морбиддик семирүү жана 2-типтеги кант диабети бар,7 оорулунун жыйынтыгы анализдештирилди.
Негизги сөздөр: Эндовидеохирургиялык бариатрия,морбиддик семирүү, 2-типтеги кант диабети.

ENDOVIDEOSURGICAL TREATMENT OF METABOLISM SYNDROME AND TYPE II DIABETS

R.A. Omorov, S.A. Aytbaev, B.T. Toktogaziev, N.A. Kamilov, K.R. Sultanbaev.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Institution: Educational-Medical-Scientific Center of KSMA
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The results of 7 patients with morbid obesity and type 2 diabetes who underwent endovideosurgical bariatric were analyzed.
Key words: endovideosurgical bariatric, metabolism syndrome, type 2 diabetes

Введение

Ожирение и сахарный диабет представляют собой две эпидемии 21го века, тесно связанные между собой. В КР 400 тыс. людей болеют сахарным диабетом (СД), из них 80% СД 2 типа. У 34,5% населения КР наблюдается избыточная масса тела, (ИМТ > 25кг/м2), а 8,5% страдают морбидным ожирением, (ИМТ>35кг/м2). Растущая заболеваемость этих двух болезней сделали бариатрическую хирургию широко распространённым методом лечения.

Анализируя современные подходы к лечению этих патологий, следует отметить, что лечение диетой, изменение образа жизни и медикаментозные препараты эффективны лишь у 5–10% больных ожирением и не способны остановить распространение болезни. СД 2 типа до настоящего времени остается медленно прогрессирующим заболеванием, при котором целевой контроль достигается лишь у 30% больных, а ремиссия, если и развивается, то лишь на доклинических стадиях и у незначительной части больных. В связи с этим бариатрическая хирургия является клинически значимой альтернативой в лечении данных заболеваний. Важно отметить, что влияние бариатрической операции на человеческий организм объясняется не только рестриктивным и мальабсорбтивным эффектами. В ходе бариатрических операций производится масштабное реконструирование желудочно-кишечного тракта и, как следствие, – глобальное изменение физиологических процессов организма [1].

Цель и задачи: оценить эффективность эндовидеохирургической операции у больных с морбидным ожирением в сочетание с СД 2 типа.

Материал и методы:

В Медицинском центре КГМА было проведено 7 эндовидеохирургических операции, пациентам с морбидным ожирением и СД 2 типа. Средний возраст составил 48,1 лет (от 39 до 62), средняя масса тела составило 134,2 кг (от 123 кг до 147 кг), средний рост 168,9 см (от 162 см до 172 см),средний ИМТ 45,5 (от 42,5 до 48), все больные были женского пола.

Пациент	Возраст (лет)	Вес (кг)	Рост (см)	ИМТ (кг/м2)
1	49	135	172	45,7
2	45	123	162	47,8
3	39	140	170	48
4	51	130	175	42,5
5	62	134	172	45,4
6	42	129	168	46
7	49	133	176	43,2

Рис. 1. Пациентка с морбидным ожирением и СД 2 типа

Операция по методу желудочное шунтирование Ру (Roux-en-Y Gastric Bypass). Оно является "золотым стандартом" бариатрической хирургии [3].

Ход операции:

Доступ: Параумбиликально пневмоперитонеум с помощью иглы Вереша 8-10 мм-рт-ст, там же установлен 10мм троакар, в правом и левом подреберьях 10 и 5 мм троакары и 10 мм троакар в эпигастрии.

С помощью биполярного аппарата Bowa мобилизируем верхний отдел желудка по малой и большой кривизне. Лигированы короткие желудочные сосуды с помощью биполяра . Через эпигастральный доступ в брюшную полость введен сшивающий аппарат Endo-GIA между верхней трети желудка и кардией пропит аппаратом и между ними пересечен, последующем выполнен мини лапоротомия . Через этот доступ выведен тонкая кишка, за 40 см от связки Трейтца тонкая кишка пересечена. Наложен анастомоз по Ру и Брауновский анастамоз. Анастамозы проверены на герметичность с помощью водной пробы. Проведен назоинтестинальный зонд и фиксирован к носу [1].

Рис. 2.Схема операции

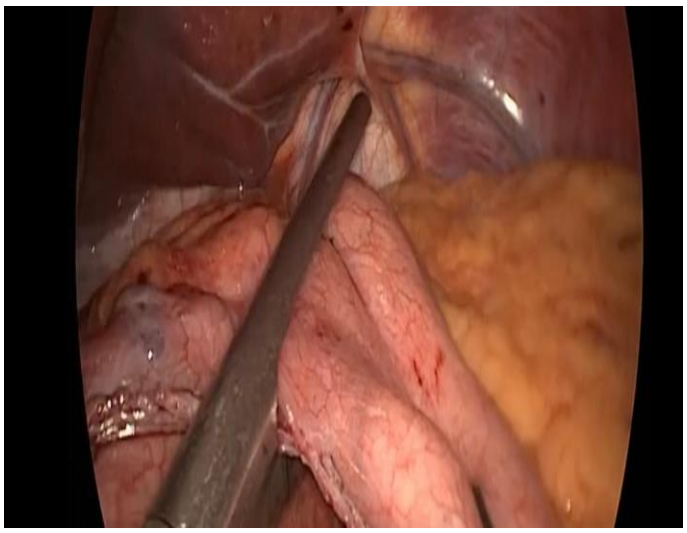


Рис. 3. Пересечение желудка сшивающим аппаратом Endo-GIA 60мм

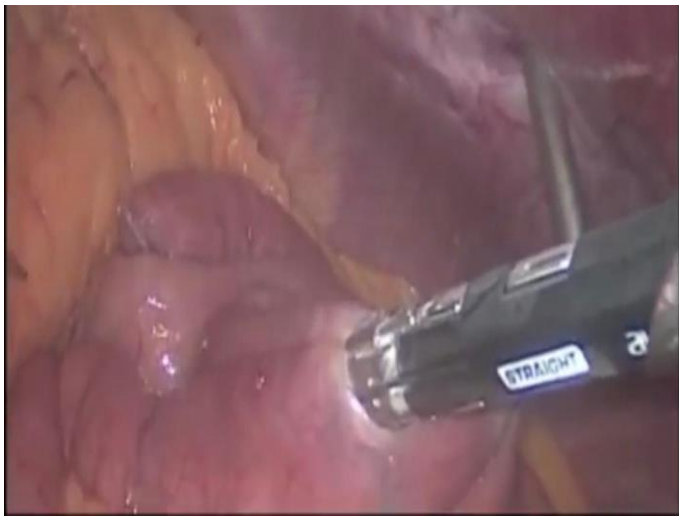


Рис. 4. Межкишечный анастамоз по Брауну

Рис. 5. Желудочно-кишечный анастамоз по Ру

Пациенты, которые перенесли бариатрическую операцию, нуждаются в пожизненном поддержании здорового образа жизни и медицинском контроле. Медицинский контроль у этих пациентов должен осуществляться комплексно врачами разных специальностей (эндокринолог, хирург, диетолог, психолог) и обязательно должен включать психологическое консультирование как на этапе подготовки к операции, так и в послеоперационный период [2].

Результаты и их обсуждение:

После опреации осложнений не наблюдалось. Пациенты выписались из мед центра в 3-4ый день, на работу вышли с 10го дня после операции. В раннем послеоперационном периоде отмечалось снижение избыточного массы тела в среднем на 57%, а максимальная потеря избыточной массы тела составило 83%. При этом ремиссия диабета наблюдалась у 85,7% больных [4].

Выводы

Эти результаты послужили основанием считать эндовидеохирургическую бариатрию одним из самых эффективных методов лечения морбидного ожирение и СД 2 типа, где их место определено следующим образом: Бариатрическая хирургия может быть рекомендована взрослым с ИМТ≥35 кг/м2 и СД 2 типа , особенно если диабет или ассоциированные с ним коморбидные состояния плохо контролируются изменением образа жизни и фармакологической терапией.

Литература

1. Салухов В.В. Возможности метаболической хирургии в лечении сахарного диабета 2 типа у больных с алиментарным ожирением 1 степени/[Ильинский Н.С., Васильев Е.В., Сардинов Р. Т.] // Сахарный диабет. - 2018. - Т. 21. - №1. - С. 15-25

2. Фишман М. Б. Профилактика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни после бариатрических вмешательств/[., Ма Чие, Мужиков С. П.] // вестник хирургии. -2018. - № 3. - С. 33-37.

3 .Яшков Ю.И. Семилетний опыт применения операции билиопанкреатического отведения в модификации Ру, в лечении морбидного ожирения и сахарного диабета 2 типа /[Никольский А.В, Бекузаров Д.К/]// Ожирение и метаболизм. - 2016. -Т. 9. - №2. - С. 43-48.

4. Madsbad S. Mechanisms of changes in glucose metabolism and bodyweight after bariatric surgery/[, Dirksen C., Holst J.J.]// Lancet Diabetes Endocrinol. 2017, no.2 (2), p.152-164.

5. Mahdy T. Efficacy of single anastomosis sleeve ileal (SASI) bypass for type-2 diabetic morbid obese patients: gastric bipartition, a novel metabolic surgery procedure: A Retrospective Cohort Study /[Wahedi A.W., Schou C.]//International journal of surgery. 2016, no. 34, p. 28-34.

6 .Reis de Azevedo F. A Prospective Randomized Controlled Trial of the Metabolic Effects of Sleeve Gastrectomy with Transit Bipartition/[Santoro S., Correa-Giannella M. L.]// Obesity Surgery. 2018, no. 28, p. 16-25.

О ГАРВАРДСКОМ СТАНДАРТЕ МОНИТОРИНГА БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАТОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Турдиева М.У., Чынгышова Ж.А., Деркембаева Ж.С., Апиева Э.И., Тукешов К.Б., Турдушева Д.К.
Научный руководитель: Турдиев У.М.

Резюме: Вопрос анестезиологической безопасности в Кыргызской Республике очень актуален. У нас нет единого утвержденного стандарта, что связано в основном с недостаточной технической оснащенностью отделений анестезиологии, палат интенсивной терапии, т.к. даже низкие показатели анестезиологических осложнений могут привести к тяжелым последствиям. Мировая анестезиологическая политика доказала, что уменьшения осложнений можно добиться введением протоколов анестезиологических пособий и стандартов мониторинга. Отсутствие республиканских стандартов безопасности анестезиологических пособий делает жизнь пациентов и анестезиологов более трудной. Таким образом, разработка и внедрение Стандарта базового мониторинга анестезиологического пособия и проведения интенсивной терапии является актуальными задачами нашего времени.
Ключевые слова: стандарты мониторинга, анестезиологическая безопасность, Гарвардский стандарт интраоперационного мониторинга, Стандарт базового мониторинга

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ ЖАНА РЕАНИМАТОЛОГИЯ БӨЛҮМҮНДӨГҮ БЕЙТАПТАРДЫН КООПСУЗДУГУНА МОНИТОРИНГ ЖҮРГҮЗҮҮ БОЮНЧА ГАРВАРД СТАНДАРТЫ

Корутунду: Кыргыз Республикасында анестезия коопсуздугу абдан маанилүү. Өлкөдө бир дагы бекитилген стандарт жок, бул негизинен анестезиология жана реаниматология бөлүмдөрүнүн материалдык-техникалык жабдышынын жетишсиздигинин натыйжасында олуттуу кесепеттерге алып келиши мүмкүн. Ошентип, анестазиялык жардамдын негизги мониторингинин стандартын иштеп чыгуу жана ишке ашыруу менен глобалдык наркоз саясаты бейтаптар менен анестезиологдордун жашоосун оорлотуп, наркоз үчүн протоколдорду киргизүү менен кыйынчылыктарды азайтууга болорун далилдеди.
Ачкыч сөздөрү: мониторинг стандарттары, анестезиялогиялык коопсуздук, операция малындагы анестезиялогиялык коопсуздукдуктун Гарварддык стандарты, Негизги мониторингинин стандарты

ABOUT THE HARVARD STANDARD FOR PATIENT SAFETY MONITORING IN ANESTHESIOLOGY, RESEANIMATOLOGY AND INTENSIVE CARE IN KYRGYZSTAN

Turdieva M.U. Chyngyshova Zh.A., Derkembaeva Zh.S., Apieva E.I., Kenzheshova P.K., Tukeshov K.B., Turdusheva D.K.
Superviser: Turdiev U.M.

Abstract: The issue of anesthetic safety in the Kyrgyz Republic is very relevant. We do not have a single approved standard, which is mainly due to the insufficient technical equipment of the departments of anesthesiology, intensive care units, since even low rates of anesthetic complications can lead to serious consequences. The global anesthetic policy has proven that complications can be reduced by introducing anesthetic protocols and monitoring standards. The lack of republican standards for the safety of anesthetic supplies makes life more difficult for patients and anesthesiologists. Thus, the development and implementation of the Standard for basic monitoring of anesthesia and intensive care is an urgent task of our time.
Key words: monitoring standards, anesthetic safety, Harvard standard for intraoperative monitoring, Basic monitoring standard.

Standard *(англ.) – стандарт или образец, эталон, знамя, норма, модель, принимаемые за исходные для сопоставления с ними других подобных объектов.*

Мониторинг – система постоянного наблюдения за явлениями и процессами, проходящими *в окружающей среде, в обществе,* у человека *(зд. пациента), результаты которого служат для обоснования управленческих решений по обеспечению безопасности людей и объектов экономики, происходящих во время медицинских манипуляций: анестезиологических пособий, интенсивной терапии.*

В медицине, частности анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии существует много стандартов: лечения (*приказы, протоколы, руководства и др*), оснащения, мониторинга и т.д. В этой статье речь ***о необходимости принятия стандартов интенсивной терапии и интраоперационного мониторинга у нас в Кыргызстане на основе Гарвардского и предложенной Американской Ассоциации Анестезиологов ASA*** (The American Society of Anesthesiologists) **Стандартов базового мониторинга.**

Повышение безопасности пациента во время хирургических вмешательств – одна из ведущих проблем анестезиологии. Огромное внимание и значительные ресурсы во всем мире направлены на предотвращение авто- и авиакатастроф, гибели от туберкулеза, болезни легионеров и СПИДа. Миллионы долларов затрачиваются на решение этих проблем, в то время как анестезиологическая смертность превышает смертность от всех этих причин вместе взятых.

Анализ проблемы безопасности больных показывает, что половина анестезиологических смертей могла бы быть предотвращена с помощью широкого использования мониторных приборов слежения за функциями жизнеобеспечения организма.

«Standards for patient monitoring during anesthesia» появился 1985 году в the Department of Anaesthesia of Harvard Medical School, Boston (John H. Eichhorn, MD; Jeffrey B. Cooper, PhD; David J. Cullen, MD; Ward R. Maier, MD; James H. Philip, MD; Robert G. Seeman, MD, 1986).

В середине 1980-х годов перед отделениями анестезии в 9 больницах, входящих в состав Гарвардской медицинской школы, стояла задача: *увеличивать расходы на врачебную халатность*. Страхование от злоупотреблений служебным положением было предоставлено, в основном ***компанией по страхованию контролируемых рисков (CRICO)*** и другими страховыми компаниями по страхованию безопасности пациентов, предоставляющими услуги страхований в медицине.

CRICO возглавил усилия по сокращению этих затрат и в конечном итоге нашел способ снизить риски, связанные с анестезией. Следует отметить события, которые *привели к драматическим изменениям в медицинской практике*, которые стали результатом деятельности группы заинтересованных анестезиологов в больницах, входящих в Гарвард.

Анализ **1175** судебных исков от 17 страховых компаний США за период 1974-1988 гг. выявил, что в **1097** случаях использование мониторных приборов *действительно способствовало бы безопасности анестезии*. Стоимость предотвратимых с помощью дополнительного мониторинга осложнений – 250 000 долларов была в 11 раз выше, чем не предотвратимых – 22500 долларов.

Анализ **34 исков** по анестезиологическим ошибкам в Гарвардской медицинской школе за 1976-1983 гг. **показал потерю 110 000 долларов**. В то время как *стоимость необходимого для обеспечения безопасности оборудования очень низка относительно этих потерь*. **Цена необходимого оборудования *противопоставлена* цене за анестезиологическую смерть, *которая много больше любых видов экономических выгод практики.***

Department of Anaesthesia
Harvard Medical School
Standards of Practice—I
Minimal Monitoring
Adopted March 25, 1985
Revised July 3, 1985

These standards apply for any administration of anesthesia involving department of anaesthesia personnel and are specifically referable to preplanned anesthetics administered in designated anesthetizing locations (specific exclusion: administration of epidural analgesia for labor or pain management). In emergency circumstances in any location, immediate life support measures of whatever appropriate nature come first with attention turning to the measures described in these standards as soon as possible and practical. These are minimal standards that may be exceeded at any time based on the judgment of the involved anesthesia personnel. These standards encourage high-quality patient care, but observing them cannot guarantee any specific patient outcome. These standards are subject to revision from time to time, as warranted by the evolution of technology and practice.

Anesthesiologist's or Nurse Anesthetist's Presence in Operating Room
For all anesthetics initiated by or involving a member of the department of anaesthesia, an attending or resident anesthesiologist or nurse anesthetist shall be present in the room throughout the conduct of all general anesthetics, regional anesthetics, and monitored intravenous anesthetics. An exception is made when there is a direct known hazard, eg, radiation, to the anesthesiologist or nurse anesthetist, in which case some provision for monitoring the patient must be made.

Blood Pressure and Heart Rate
Every patient receiving general anesthesia, regional anesthesia, or managed intravenous anesthesia shall have arterial blood pressure and heart rate measured at least every five minutes, where not clinically impractical.*

Electrocardiogram
Every patient shall have the electrocardiogram continuously displayed from the induction or institution of anesthesia until preparing to leave the anesthetizing location, where not clinically impractical.*

Continuous Monitoring
During every administration of general anesthesia, the anesthetist shall employ methods of continuously monitoring the patient's ventilation and circulation. The methods shall include, for ventilation and circulation each, at least one of the following or the equivalent†:
For Ventilation.—Palpation or observation of the reservoir breathing bag, auscultation of breath sounds, monitoring of respiratory gases such as end-tidal carbon dioxide, or monitoring of expiratory gas flow. Monitoring end-tidal carbon dioxide is an emerging standard and is strongly preferred.
For Circulation.—Palpation of a pulse, auscultation of heart sounds, monitoring of a tracing of intra-arterial pressure, pulse plethysmography/oximetry, or ultrasound peripheral pulse monitoring.
It is recognized that brief interruptions of the continuous monitoring may be unavoidable.

Breathing System Disconnection Monitoring
When ventilation is controlled by an automatic mechanical ventilator, there shall be in continuous use a device that is capable of detecting disconnection of any component of the breathing system. The device must give an audible signal when its alarm threshold is exceeded. (It is recognized that there are certain rare or unusual circumstances in which such a device may fail to detect a disconnection.)

Oxygen Analyzer
During every administration of general anesthesia using an anesthesia machine, the concentration of oxygen in the patient breathing system will be measured by a functioning oxygen analyzer with a low concentration limit alarm in use. This device must conform to the American National Standards Institute No. Z.79.10 standard.*

Ability to Measure Temperature
During every administration of general anesthesia, there shall be readily available a means to measure the patient's temperature.
Rationale.—A means of temperature measurement must be available as a potential aid in the diagnosis and treatment of suspected or actual intraoperative hypothermia and malignant hyperthermia. The measurement/monitoring of temperature during *every* general anesthetic is not specifically mandated because of the potential risks of such monitoring and because of the likelihood of other physical signs giving earlier indication of the development of malignant hyperthermia.

В литературе представлено множество материалов, рассматривающих эти и другие события в исторической перспективе и давшие толчок другим специальностям, которые последовали этому примеру с разработкой текущих стратегий, минимизирующих риск, связанных с медицинскими манипуляциями.

По предложеннию страховых компаний США в 1985 г. введен ***Гарвардский стандарт мониторинга для анестезии***, предусматривающий параметры для контроля у больных во время анестезии при операции и режимы такого контроля. На основе Гарвардского стандарта 21 октября 1986г Американским Обществом Анестезиологов(ASA – The American Society of Anesthesiologists) были приняты **Стандарты базового мониторинга.** Внедрение его в практику снизило риск анестезии и сделало ее более безопасной для пациента. Во многих странах на базе минимальных стандартов мониторинга, принятых в Гарвардской медицин-ской школе, были установлены свои национальные стандарты.

В системе МО Российской Федерации на основе Гарвардского стандарта в 1997 г. были утверждены стандарты минимального мониторинга во время анестезии и при проведении реанимации и интенсивной терапии (N161/ДМ-2 от 24 февраля 1997 г. «О мерах по обеспечению безопасности больных во время анестезии, реанимации и интенсивной терапии»). ***Стоит отметить, что для ЛПУ Министерства здравоохранения (в отличие от учреждений Министерства обороны), к сожалению, нет единых требований к стандартам мониторинга.***

Какие могут быть стандарты мониторинга? Минимальный (или обязательный) стандарт – это минимальный объем мониторинга, ***без которого*** **не рекомендуется** (в некоторых случаях **законодательно**) проводить любые анестезиологические или реанимационные (интенсивная терапия) мероприятия.

Из-за возможности частых изменений показателей жизнедеятельности пациента и его физиологии во время анестезии, анестезиолог должен наблюдать за пациентом, чтобы оц енить проблемы и иметь достаточно времени для вмешательства. Необходимо применять мониторы, наблю-дать и интерпретировать данные, а также при необходимости начинать соответствующую коррекцию. Цель

мониторинга – обеспечить оптимальный уход за пациентом и выявить тенденции и отклонения до того, как они станут необратимыми. *Тем не менее, следование этим рекомендациям не гарантирует пациентам каких-либо конкретных результатов*.

Следует отметить, что анестезиологическое пособие не лечит пациентов, а существенно помогает при оперативном вмешательстве, коррегируя функции жизнеобеспечения, используя при этом и опасные препараты, и опасные дозы, и сложную аппаратуру. При этом в нашем обществе имеется тенденция к тому, что требуя от медицины улучшения её, внедрения новых и сложных методов обследования и лечения, пациенты и их родственники, подчас подогреваемые СМИ, становятся все более агрессивными по отношению к медицинским работникам, не принимая и не прощая им ни осложнений, ни тем более летальных исходов. Часто объектом этой агрессии становятся анестезиологи и смежники реаниматологи(что является основной причиной ухода специалистов из этой области, их выгорания, суицидальные и депрессивные исходы, часто угасания-умирания в молодом возрасте), которым приписывается «смерть от наркоза», хотя и до настоящего времени нет общепринятого понятия «анестезиологическая смерть». Несмотря на то, что современная анестезиология является специальностью с низкой периоперационной летальностью, причины тяжелых, подчас летальных осложнений остаются прежними: аспирация желудочного содержимого, обструкция дыхательных путей, передозировка или ошибка введения препаратов медсестрами или необоснованная большая скорость их введения, недостаточное оснащение аппаратурой мониторинга и ИВЛ, неадекватное наблюдение за больным.

Американское общество анестезиологов (ASA) разработало Стандарты базового анестезиологического мониторинга, которые последний раз обновлялись в 2011 году. Согласно этому документу, уполномоченный провайдер анестезиологии должен оставаться с пациентом на протяжении всей общей, региональной или контролируемой анестезии, чтобы управлять анестезией и контролировать пациента. В некоторых случаях кратковременные сбои в мониторинге могут иметь место, а иногда и неизбежны. Для некоторых пациентов определенные методы мониторинга могут быть неприменимы. Стандарты ASA для основного анестезиоло-гического мониторинга подчеркивают важность оценки кровообращения, оксигенации, вентиляции и температуры тела пациента.

Рекомендуемый стандарт мониторинга – объем мониторинга, рекомендуемый различными обществами для проведения АП или ИТ в зависимости от тяжести состояния больного или вида оперативного вме-шательства. Ниже приведен минимальный стандарт мониторинга Россий-ской Федерации, принятый на 1-й согласительной конференции по стандартам мониторинга в анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, состоявшейся в 2009 г. (*спустя 8 лет от МО РФ*), разработанного на основе Гарвардского стандарта интраоперационного мониторинга:

1. Постоянное присутствие анестезиолога;
2. Постоянный неинвазивный мониторинг ЭКГ и ЧСС;
3. Неинвазивный контроль АД не реже 1 раза в 5 мин;
4. Дыхание:
   - пальпация или визуальный контроль за дыхательным мешком;
   - аускультация дыхательных шумов;
   - мониторинг выдыхаемого газа (Р СО2);
   - мониторинг выдыхаемого потока газов;
5. Кровообращение:
   - пальпация пульса;
   - аускультация сердечных тонов;
   - прямое мониторирования кривой АД;
   - пульсоплетизмография;
   - пульсоксиметрия;
6. Мониторинг герметизма дыхательного контура;
7. Анализатор/сигнализатор концентрации О2 в контуре;
8. Измерение температуры тела;
9. Регистрация всех параметров в соотвествущих документах.

Вопрос анестезиологической безопасности в Кыргызской Республике очень актуален. У нас **нет единого утвержденного стандарта**, что связано в основном с недостаточной технической оснащенностью отделений анестезиологии, палат интенсивной терапии. В то же время, нельзя сказать, что во время операций никакого мониторирования не ведется. Везде в наших протоколах анестезиологических пособий регистрируются данные артериального давлениялься, ЧСС, ЧД/ИВЛ,

подача кислорода в л/мин, не везде регистрируется насыщение крови кислородом (SpO2) и совсем не отражается (или единично в частных клиниках) газовый состав потока выдоха и крови (капнометрия. FiO2, PaCO2, PaO2). Там, где есть кардиомониторы есть возможность записывать ЭКГ, при необходимости измерять температуру тела. О наличии капнографов и Bis – мониторов говорить пока не приходится, но… настало время для разработки минимума Стандарта базового анестезиологического мониторинга в Кыргызской Республике, так как количество показателей, характеризующих состояние пациента, будет увеличиваться и нам, анестезиологам-реаниматологам, да и врачам всех специальностей необходимо опираться на свои стандарты безопасности медицинских манипуляций, в том числе анестезиологических пособий и интенсивной терапии, основываясь на мировом опыте, на Гарвардском Стандарте.

Список использованных источников

1. *Recommendations for standards of monitoring during anaesthesia and recovery 2015 : Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland[Link]*
   M.R. Checketts, Consultant, Chair of Working Party,[1,2] R. Alladi, Associate Specialist, Representative,[3,4] K.Ferguson, Consultant,[5] L. Gemmell, Consultant,[6] J.M. Handy, Consultant,[7] A.A. Klein, Consultant,[8] N.J. Love, Consultant, Representative, Group of Anaesthetists in Training,[2,9] U. Misra, Consultant,[10] C. Morris, Consultant,[11] M.H. Nathanson, Consultant,[12] G.E. Rodney, Consultant,[13] R. Verma, Consultant,[14] and J.J. Pandit, Consultant[15] PMCID: PMC5063182 PMID: 26582586 Anaesthesia. 2016 Jan; 71(1): 85-93. Published online 2015 Nov 19. doi: 10.1111/anae.13316
2. *Standards for patient monitoring during anesthesia at Harvard Medical School*
   J H Eichhorn, J B Cooper, D J Cullen, W R Maier, J H Philip, R G Seeman
   1986, Aug 22-29;256(8):1017-20. PMID: 3735628 The Origins, Evolution, and Spread of Anesthesia Monitoring Standards: From Boston to Across the World Aniket N Pandya[1], Sana Z Majid, Manisha S Desai 8. doi: 10.1213/ANE.0000000000005021. Online ahead of print.
3. *European Board of Anaesthesiology (EBA) recommendations for minimal monitoring during Anaesthesia and Recovery. UEMS, 2017 UEMS Anaesthesiology Section and European Board of Anaesthesiology*
   www.eba-uems.eu info@eba-uems.eu
4. *Monitoring during anaesthesia and recovery. Kariem El-Boghdadly; MBBS FRCA; 6 June, 2017*
5. *Practice of standard monitoring during anaesthesia in hospitals of North Kivu: a survey of health facilities of the health antenna of Butembo*
   Furaha Nzanzu Blaise Pascal,[1,2] Paulin Kambale Musavuli,[3] Joel Kambale Ketha,[2,4] Franck Katembo Sikakulya,[2,5] Andreas Barratt-Due,[6] Thomas Castner,[1] and Gregor Pollach
   BMC Health Serv Res. 2020;20:262.Published online 2020Mar30.doi:10.1186/s12913-020-05076-x
6. *Standards for Basic Anesthetic Monitoring Developed By:* ***Committee on Standards and Practice Parameters (CSPP)*** *Last Affirmed:* ***December 13, 2020 (last amended October 20, 2010) (original approval: October 21, 1986)***
   ...any more ... ed setra

УДК:616.13-089

ОСОБЕННОСТИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА МАГИСТРАЛЬНЫЕ СОСУДЫ

Деркембаева Ж.С., Муратбекова К.М., Мадамбекова А.К., Таласбек к. Б., Матмуратов А.А, Буржуева К.Т.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра Анестезиологии и интенсивной терапии до- и последипломного образования,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Муратбекова К.М. - студентКГМА,3-курс,email:kanykeimuratova99@gmail.com
Мадамбекова А.К. - студент КГМА, 4-курс,email: madambekova_98@mail.ru
Таласбек к.Б. - студент КГМА,5-курс, email: luhanbe@gmail.com
Матмуратов А.А. - студент-КГМА,4-курс, email: needless2120@gmail.com
Буржуева К.Т. - студент КГМА ,2-курс,email : burzhueva01@gmail.com

Анотация: В статье, на основании данных пациентов с отделения сосудистой хирургии Национального Госпиталя Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики, проводился анализ наиболее рекомендованного метода анестезиологического обеспечения операций на магистральные сосуды, такие как аорто-бедренное шунтирование, аорто-бедренное протезирование, подвздошно-бедренное шунтирование. Описаны выявленные преимущества применения регионарной анестезии в сравнении с общей анестезией.
Ключевые слова: регионарная анестезия, магистральные сосуды, реконструктивные операции, осложнения.

УУЛУ КАН ТАМЫРЛАРГА РЕКОНСТРУКЦИЯЛЫК ОПЕРАЦИЯЛАРДАГЫ РЕГИОНАЛДЫК АНЕСТЕЗИЯСЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Деркембаева .Ж.С., Муратбекова К.М., Маданбекова А.К., Таласбек к Б., Матмуратов А.А, Буржуева К.Т.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
Анестезиология жана интенсивдүү дарылоо дипломго чейинки жана
андан кийинки билим берүү кафедрасы, Бишкек ш., КыргызРеспубликасы

Корутунду: Бул макалада, Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын васкулярдык хирургия бөлүмүнүн пациенттеринин маалыматтарына таянып, уулу тамырларга реконструктивдик операцияларды жүргүзүү үчүн эң көп сунуш кылынган анестезия ыкмасына талдоо жүргүзүлдү. Жалпы наркозго салыштырмалуу регионалдык анестезияны колдонуунун ачылган артыкчылыктары баяндалган.
Негизги сөздөр: аймактык наркоз, чоң тамырлар, калыбына келтирүүчү хирургия, татаалдашуулар.

SPECIFIC FEATURES OF REGIONAL ANESTHESIA IN PATIENTS UNDER RECONSTRUCTIVE SURGERIES ON TRUNK VESSELS

Derkembaeva J.S., Muratbekova K.M., Madambekova A.K., Talasbek B., Matmuratov A.A.,Burzhueva K.T.
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy Department of anesthesiology
and intensive therapy ofpre - and postgraduate education Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: In the present article on the basis of thepatients' data from the vascularsurgery department of the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic the analysis of themost recommended-methods of anesthesia insuchsurgeriesas aortic and femoral by passsurgery, aorticaneurysm, and iliacand femoralstenting was performed. Wede scribe the identified advantages of regional anesthesiain comparison with generalanesthesia.
Keywords: regional anesthesia, great vessels, reconstructive surgeries, complications

Актуальность: В последнее годы отмечен интерес к применению регионарной анестезии при реконструктивно-восстановительных вмешательствах на магистральные сосуды. По данным мировой статистики такие хирургические вмешательства составляют от 300 до 1000 на 1 млн. населения в год.

Проблемой в современной анестезиологии является выбор метода обезболивания, так как при этих операциях часто отмечаются гемодинамические колебания, что является опасным для пациентов с сопутствующими заболеваниями. Гемодинамическая нестабильность во время операции у данных пациентов может служить началом таких осложнений, как трудно корригируемый гипертонический криз, артериальная гипотензия, аритмии и др.

Цель исследования: Выявить преимущества регионарной анестезии при реконструктивных операциях на магистральные сосуды.

Материалы и методы исследования: На основе ретроспективного анализа, проведенного в отделении сосудистой хирургии на базе Национального Госпиталя Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики, за период с 2017-2020 год. Всего поступило 68 пациентов, перенесших реконструктивные операции на магистральные сосуды под эпидуральной анестезией.

Результаты: Реконструктивные оперативные вмешательства относятся к операциям высокой степени травматичности, для которых характерно развитие в раннем послеоперационном периоде выраженного хирургическогостресс-ответа, представляющего собой совокупность эндокринных, метаболических и воспалительных процессов, развивающихся в ответ на хирургическую травму и боль ведущих к нарушениям нормальной деятельности всех жизненно важных функциональных систем.При сравнительном анализе общей и регионарной анестезии применяемых в сосудистой хирургии при операциях на магистральных сосудах(аорто-бедренное шунтирование, аорто-бедренное протезирование, подвздошно-бедренное шунтирование) было выявлено ряд преимуществ регионарной анестезии. Особо важным, положительным качеством эпидуральной анестезии является то, что данная анестезия используется пациентам при операциях у которых имеются сопутсвующие болезни сердечно-сосудистойсистемы, дыхательной системы и противопоказанна общая анестезия .Так как выраженный послеоперационный болевой синдром приводит к гиперактивации симпатической нервной системы и сопровождается тахикардией, гипертензией, повышением периферического сосудистого сопротивления, а миорелаксанты, ИВЛ, ингаляционные анестетики и наркотические аналгетики изменяют функции легких. Регионарная анестезия обеспечивает полную блокаду болевой импульсации зоны анестезии. Возможность сохранения сознания и самостоятельное дыхание позволяет избежать осложнения, и информировать о возникновении ангиозных болей. Блокируя симпатический ствол, в незначительной степени влияет на гемодинамику, стабилизирует сосудистый тонус и частоту сердечных сокращений, улучшает коронарный кровоток,что понижает риск тромбообразования. У пациентов после эпидуральной анестезии период послеоперационного восстановления (активация пациента, нормализация аппетита, восстановление перистальтики кишечника,перевод на амбулаторный режим)существенного короче, чем у пациентов с общей анестезией. Все это приводит к ослаблению нейрогуморальной реакции на стресс, снижению гипертензивной реакции, уменьшению количества легочных осложнений, улучшает перфузию периферических тканей и следовательно повышается резервно-адаптационная возможность организма.

Вывод: Таким образом, опираясь на вышеперечисленные преимущества в выборе анестезии при реконструктивных операциях на магистральные сосуды, оптимальным методом является регионарная анестезия.

Литература:

1. *Коразов Б.Б Регионарная анестезия при хирургических, урологических и травматологических операциях.*
2. *Овечкин А.М, Гнездилов А.Д, Нарозев Д.В// лечение и профилактика послеоперационной боли. Мировой опыт и перспективы.*
3. *Регионарная анестезия и лечение острой боли* https://cyberleninka.ru/journal/n/regionarnaya-anesteziya-i-lechenie-ostroy-boli
4. *Оптимизация анестезиологического пособия при реконструктивных операциях на магистральных сосудах* https://docplayer.ru/154776299-Zaklyuchenie-derkembaevoy-zhyldyz-sadybakasovny-temu-optimizaciya-anesteziologicheskogo-posobiya-pri-rekonstruktivnyh-operaciyah-na-magistralnyh-sosudah.html

УДК: 616-036.66

ВИДЕОЛАРИНГОСКОПИЯ В СРАВНЕНИИ С ПРЯМОЙ ЛАРИНГОСКОПИЕЙ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Жапарбекова С.М., Деркембаева Ж.С., Джумабекова Н.Д., Абашева Б.Е., Каюмова А.М., Адылбеков А.М.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра Анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии до- и последипломного обучения,
г. Бишкек, Кыргызская Республика
E-mail: *miulanovna@gmail.com*

Резюме. В данной статье рассматривается проблема трудной интубации трахеи и возможности её решения с помощью метода видеоларингоскопии, а также сравнение последней с классической прямой ларингоскопии.
Ключевые слова: трудная интубация трахеи, видеоларингоскопия, затруднение дыхательных путей, прямая ларингоскопия.

ТҮЗДӨН-ТҮЗ ЛАРИНГОСКОПИЯГА САЛЫШТЫРЫЛГАН ВИДЕОЛАРИНГОСКОПИЯ. АДАБИЯТТАРДЫ КАРОО

Деркембаева Ж.С., Жапарбекова С.М., Джумабекова Н.Д., Абашева Б.Е., Каюмова А.М., Адылбеков А.М.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Анестезиология, реанимация жана интенсивдүү дарылоо дипломго чейинки
жана андан кийинки билим кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада трахеялык интубациянын көйгөйү жана аны видеоларингоскопия ыкмасы менен чечүү мүмкүнчүлүгү, ошондой эле акыркыны классикалык түздөн-түз ларингоскопия менен салыштыруу жөнүндө сөз болот.
Ачкыч сөздөр: оор трахеялык интубация, видеоларингоскопия, дем алуу жолдорунун кыйынчылыгы, түздөн-түз ларингоскопия.

VIDEOLARYNGOSCOPY COMPARED DIRECT LARYNGOSCOPY. LITERATURE REVIEW

G.S. Derkembaeva, S.M. Zhaparbekova, N.D. Dzhumabekova, B.E. Abasheva, A.M. Kaiumova, A.M. Adylbekov
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Anesthesiology and Intensive Care before and after clinical training
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. This article discusses the problem of difficult tracheal intubation and the possibilities of its solution using videolaryngoscopy and compares the latter with classical direct laryngoscopy.
Key words: difficult tracheal intubation, videolaryngoscopy, airway obstruction, direct laryngoscopy.

Актуальность.

Наиболее частой причиной неуспешной интубации является невозможность визуализировать голосовые связки. Так, прямая видимость гортани достигается путем позиционирования головы и шеи и использования ларингоскопа для втягивания языка и мягких тканей дна ротовой полости. В связи с проблемой невозможности последних манипуляций были разработаны альтернативные ларингоскопы, в которых используются цифровые и / или фиброоптические технологии, для улучшения видимости при прогнозировании или обнаружении затруднения дыхательных путей. Среди этих устройств широкое применение получил жесткий видеоларингоскоп использует лезвие для втягивания мягких тканей и передает освещенное видеоизображение на экран.

Цели исследования.

- Оценка снижения риска осложнений и неудач при использовании видеоларингоскопии для интубации трахеи по сравнению с прямой ларингоскопией;
- Определить преимущества и недостатки видеоларингоскопии как одного из методов интубации трахеи, который все чаще используется в работе анестезиолога как альтернатива прямой ларингоскопии.

Материалы и методы исследования. Поиск данных был выполнен в Кокрановском центральном регистре контролируемых исследований (CENTRAL), MEDLINE и Embase. Искомые запросы были релевантными для темы обзора и не ограничивались результатами. Критерий отбора включали все рандомизированные контролируемые исследования и квази-рандомизированные испытания с участием взрослых пациентов, которым проводилась видеоларингоскопия в стационарных, реанимационных или внебольничных условиях. Мы включили параллельные и перекрестные исследования.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного поиска мы включили 64 исследования, в которых приняли участие 7044 пациентов, и сравнили видеоларингоскоп с ларингоскопом Macintosh. Статистически значимо меньшее количество неудачных интубаций было зарегистрировано при использовании видеоларингоскопа (отношение шансов (OR) Mantel-Haenszel (MH), случайные эффекты 0,35, 95% доверительный интервал (ДИ) от 0,19 до 0,65; 38 исследований; 4127 участников), и меньше количество неудачных интубаций произошло, когда видеоларингоскопия использовалась у пациентов с ожидаемым затруднением дыхательных путей (MH OR, случайные эффекты 0,28, 95% ДИ 0,15-0,55; шесть исследований; 830 участников). Мы оценили качество этих доказательств как среднее на основе системы GRADE. В ходе исследования не обнаружено статистически значимых различий между устройствами в доле успешных первых попыток (MH OR, случайные эффекты 1,27, 95% ДИ 0,77–2,09; 36 исследований; 4731 участник) и среди устройств, которым требовалось более одной попытки. Мы оценили качество этих доказательств как умеренное. Данные, объединенные для включения исследований перекрестного дизайна, выявили статистически значимо меньшее количество травм гортани или дыхательных путей (MH OR, случайные эффекты 0,68, 95% ДИ 0,48–0,96; 29 исследований; 3110 участников) и меньшее количество случаев послеоперационной охриплости (MH OR, фиксированный эффект 0,57, 95% доверительный интервал от 0,36 до 0,88; шесть исследований; 527 участников) при использовании VLS.^{2}=96%).

Выводы. Видеоларингоскопы могут уменьшить количество неудачных интубаций, особенно у пациентов с затрудненным проходимостью дыхательных путей. Имеют ряд преимуществ, таких как улучшенный обзор голосовой щели и уменьшение травм гортани / дыхательных путей. В настоящее время нет доказательств того, что использование видеолпрингоскопа снижает количество попыток интубации или частоту гипоксии или респираторных осложнений, и нет доказательств, указывающих на то, что использование видеолпрингоскопа влияет на время, необходимое для интубации. Мы считаем, что этот метод стоит рассматривать не как полную замену прямой ларингоскопии, а как вспомогательный в случаях тяжелой интубации трахеи.

Список литературы:

1. *Клигуненко Е.Н., Лященко О.В., Ехалов В.В., Носенко И.В., Лебедев С.А., Трудная интубация трахеи: современные методы решения // «Медицина неотложных состояний», 2017 © «Emergency Medicine», 2017, С.:61-64*
2. *Васильев В.В. Опыт проведения видеоларингоскопии при интубации трахеи по экстренным показаниям в практике врача-анестезиолога и реаниматолога // Скорая медицинская помощь. 2020. № 3. С. 33–38.*
3. *Кварацхелия Л.Г., Киреев И.А., Скоробогатый Р.В., Пендюр А.С., Колесников А.Н., Видеоларингоскопия - решение вопроса трудной интубации и обучения неопытных // Университетская Клиника 2017г. С.: 78-81*
4. *Najafi A, Imani F, Makarem J, Khajavi MR, Etezadi F, Habibi S, et al. Postoperative sore throat after laryngoscopy with macintosh or glide scope video laryngoscope blade in normal airway patients. Anesthesiology and Pain Medicine 2014;4(1):e15136. [PUBMED: 24660157]*
5. *Abdallah R, Galway U, You J, Kurz A, Sessler DI, Doyle DJ. A randomized comparison between the Pentax AWS video laryngoscope and the Macintosh laryngoscope in morbidly obese patients. Anesthesia and Analgesia 2011;113(5):1082 - 7. [PUBMED: 21918156]*
6. *Ahmad N, Zahoor A, Motowa SA, Riad W. Influence of GlideScope assisted intubation on intraocular pressure. Canadian Journal of Anesthesia 2013;1:S24. [PUBMED: 25829910]*
7. *Andersen LH, Rovsing L, Olsen K. GlideScope videolaryngoscope vs. Macintosh direct laryngoscope for intubation of morbidly obese patients: a randomized trial. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2011;55(9):1090 - 7. [PUBMED: 22092206]*
8. *Aoi Y, Inagawa G, Nakamura K, Sato H, Kariya T, Goto T. Airway scope versus Macintosh laryngoscope in patients with simulated limitation of neck movements. Journal of Trauma - Injury Infection and Critical Care 2010;69(4):838 - 42. [PUBMED: 20179653]*
9. *Arici S, Karaman S, Dogru S, Karaman T, Tapar H, Ozsoy AZ, et al. The McGrath Series 5 video laryngoscope versus the Macintosh laryngoscope: a randomized trial in obstetric patients. Turkish Journal of Medical Sciences 2014;44(3):387 - 92. [PUBMED: 25558638]*

10. *Arima T, Nagata O, Miura T, Ikeda K, Mizushima T, Takahashi A. Comparative analysis of airway scope and Macintosh laryngoscope for intubation primarily for cardiac arrest in prehospital setting. American Journal of Emergency Medicine 2014;32(1):40- 3. [PUBMED: 24176585]*
11. *Aziz MF, Dillman D, Fu R, Ansgar MB. Comparative effectiveness of the C- MAC video laryngoscope versus direct laryngoscopy in the setting of the predicted difficult airway. Anesthesiology 2012;116(3):629- 36. [PUBMED: 22261795]*
12. *Bensghir M, Alaoui H, Azendour H, Drissi M, Elwali A, Meziane M, et al. [Faster double- lumen tube intubation with the videolaryngoscope than with a standard laryngoscope]. Canadian Journal of Anaesthesia 2010;57(11):980- 4. [PUBMED: 20857256]*
13. *Bensghir M, Chouikh C, Bouhabba N, Fjjouji S, Kasouati J, Azendour H. Comparison between the Airtraq, X- Lite, and direct laryngoscopes for thyroid surgery: a randomized clinical trial. Canadian Journal of Anesthesia- Journal Canadien D Anesthesie 2013;60(4):377- 84. [PUBMED: 23264012]*
14. *Bilehjani E, Fakhari S. Hemodynamic response to laryngoscopy in ischemic heart disease: Macintosh blade versus GlideScope videolaryngoscope. Rawal Medical Journal 2009;34(2):151- 4.*
15. *Lewis SR, Butler AR, Parker J, Cook TM, Smith AF. Videolaryngoscopy versus direct laryngoscopy for adult patients requiring tracheal intubation. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Nov 15;11(11):CD011136. doi: 10.1002/14651858.CD011136.pub2. PMID: 27844477; PMCID: PMC6472630.*
16. *Carassiti M, Biselli V, Cecchini S, Zanzonico R, Schena E, Silvestri S. Force and pressure distribution using Macintosh and GlideScope laryngoscopes in normal airway: an in vivo study. Minerva Anestesiologica 2013;79(5):515- 24. [PUBMED: 23419341]*
17. *Cavus E, Thee C, Moeller T, Kieckhaefer J, Doerges V, Wagner K. A randomised, controlled crossover comparison of the C- MAC videolaryngoscope with direct laryngoscopy in 150 patients during routine induction of anaesthesia. BMC Anesthesiology 2011;11:6. [PUBMED: 21362173]*
18. *Choi GS, Lee E, Lim CS, Yoon SH. A comparative study on the usefulness of the Glidescope or Macintosh laryngoscope when intubating normal airways. Korean Journal of Anesthesiology 2011;60(5):339- 43. [PUBMED: 21716906]*
19. *Cordovani D, Russell T, Wee W, Suen A, Katznelson R, Cooper R. Measurement of forces applied using a Macintosh direct laryngoscope compared with the GlideScope video laryngoscope in patients with at least one difficult intubation risk. Journal of Clinical Anesthesia 2013;25(3):250- 1.*
20. *Dashti M, Amini S, Azarfarin R, Totonchi Z, Hatami M. Hemodynamic changes following endotracheal intubation with GlideScope(®) video- laryngoscope in patients with untreated hypertension. Research in Cardiovascular Medicine 2014;3(2):e17598. [PUBMED: 25478537]*
21. *Enomoto Y, Asai T, Arai T, Kamishima K, Okuda Y. Pentax- AWS, a new videolaryngoscope, is more effective than the Macintosh laryngoscope for tracheal intubation in patients with restricted neck movements: a randomized comparative study. British Journal of Anaesthesia 2008;100(4):544- 8. [PUBMED: 18238836]*

ПРИМЕНЕНИЕ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ (PRP) В ЛЕЧЕНИИ ПЛАНТАРНОГО ФАСЦИИТА

Иманкулов Михаил Александрович КГМА им. И.К. Ахунбаева
6 курс 5 группа «Лечебное дело»
Научный руководитель: д.м.н., профессор, зав. кафедрой «Травматологии, ортопедии и ЭХ» КГМА Кожакматова Г.С.
mikhail.imankulov.97@gmail.com

Актуальность. Плантарный фасциит (ПФ) - является наиболее частой причиной боли в пятки , занимает примерно от 11% до 15% ортопедических проблем стопы у взрослых и требуют профессионального вмешательства [1,2]. Боль обычно или усиливается резкого увеличение физической нагрузки, стоячей работы ,быстрого набора массы тела [3,4]. По оценкам, примерно 1 из 10 человек в какой-то момент испытывает боль в пятке. Хотя ПФ встречается в любом возрасте, самый высокий риск возникновения ПФ - это от 40 до 60 лет без значительных гендерных отклонений [5].

Этиопатогенез. Слово «фасциит» показывает, что воспаление является неотъемлемым компонентом этого состояния. Однако во многих исследованиях ПФ считается дегенеративным тканевым состоянием, а не первичным воспалением на участке подошвенной фасции на бугорке пяточной кости. [4,6] Из-за небольшого разрыва фасции, который не может зажить, в этих тканях происходит денатурация коллагена. поражения. Поскольку нормальная фасция и окружающая ткань заменяются ангиофибробластной гиперпластической тканью, участки поражения не демонстрируют инвазии воспалительных клеток, гистологических особенностей хронической ПФ. Правильнее было бы его называть «подошвенной фасциоз». [6,7]. Cornwall и соавт., на наш взгляд, дали более точное определение ПФ, сказав, что – это дегенеративный синдром, инициирующийся в результате постоянной травматизации

места прикрепления апоневроза к пяточной кости [28].

Диагностика .Диагностика ПФ проводится, как правило, на основании анамнеза и осмотра пациента. Большинство специалистов сходятся во мнении, что ранняя диагностика и лечение ПФ позволяет быстро справиться с заболеванием и обойтись только консервативной терапией [9].

Использование дополнительных методов исследования может быть необходимым для исключения альтернативного диагноза, однако в большинстве случаев подошвенного фасциита, они являются избыточными.

Анамнез. Для заболевания наиболее типична стартовая боль, утром, когда пациент после сна встает с кровати или после длительного отдыха. Боль может быть настолько сильной, что в течение первых минут пациент будет стараться ходить на переднем отделе стопы. Постепенно пациент «расхаживается» и боль утихает. Интенсивность боли достаточно часто зависит от массы пациента и от продолжительности времени, в течение которого ему приходится находиться «на ногах».

Осмотр. Практически у всех пациентов будет отмечаться усиление боли при пальпации в центральной и медиальной частях подошвенной поверхности пяточной области. То есть в месте прикрепления плантарной фасции к пяточной кости. Если при пальпации пятки в этих областях не удается спровоцировать боль, то стоит думать о поиске альтернативного диагноза.

Инструментальные методы обследования. При отсутствии в анамнезе указания на травму рентгенологическое исследование для постановки диагноза плантарного фасциита необязательно. Рентгенографию с целью определения наличия или отсутствия пяточной шпоры выполнять нецелесообразно, поскольку это не влияет на лечение [10,11]. Важно понимать, особенно хирургам и ортопедам поликлинического этапа, что шпора является финалом заболевания. И на ранних стадиях ее вовсе нет. Но в целом рентгенографию нельзя сбрасывать со счетов, ее нужно использовать скорее для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями и травмами пяточной области. Другие методы обследования, такие как МРТ , ультрасонография и радиоизотопное сканирование, показаны у пациентов с упорными болями или с нетипичной клинической картиной.

В лечении плантарного фасциита применяются как консервативные методы (покой, физиолечение ,ударно-волновая терапия ,иммобилизация, местное и пероральное применение НПВП), так и инъекционное введение в область воспаления препаратов микрокристаллических глюкокортикостероидов (ГКС) в смеси с анестетиком. Сообщается, что симптомы исчезают после консервативного лечения более чем у 80% пациентов. [12] У 10% пациентов симптомы не улучшаются консервативными методами и в дальнейшем перерастают в хронические заболевания [13]. В общем, когда эти консервативные методы лечения не помогают. Инъекции стероидов считаются одним из методов лечения первой линии, и было обнаружено, что они дают удовлетворительные краткосрочные результаты, блокируя воспалительную реакцию , снимает местный отек, боль и нормализует функцию стопы. Тем не менее, инъекции стероидов часто неэффективны после 1 инъекции и, таким образом, могут потребовать нескольких инъекций, что может быть связано с потенциальными осложнениями - с абсцессами, остеомиелитом, включая разрыв подошвенной фасции и атрофию жировых подушечек. [15,16,17,18 ,14] Поэтому важно изучение альтернативных методов лечения.

Применение в лечении ГКС должно выполняться строго по показаниям: выраженный болевой синдром и локальное воспаление мягких тканей, не купирующийся приемом НПВП. Необходимо помнить, что инъекция ГКС является врачебной процедурой, проводится не чаще 1 раза в 3 мес., пациент должен быть проинформирован о всех возможных последствиях. Так же ГКС имеют обширный ряд противопоказании [19].

В последние годы местная инъекция богатой тромбоцитами плазмы (PRP) является новой терапевтической альтернативой подошвенного фасциита. PRP-полученный центрифугированием цельной крови, имеет более высокую концентрацию тромбоцитов, чем цельная кровь. [20] PRP является биологическим стимулятором, действующим на всю цепочку регенерации благодаря наличию в тромбоцитах факторов роста [21,22]. Также тромбоцитарная аутоплазма модулирует и регулирует функцию первичных факторов роста: IGF (инсулиноподобный фактор роста), PDGF (тромбоцитарный фактор роста), EGF (эпидермальный фактор роста), FGF (фибробластный фактор роста), TGF-b («семейство» трансформирующего фактора роста), PDEGF (тромбоцитарный фактор роста эндотелиальных клеток), VEGF или PDAF (ростовой фактор эндотелия сосудов), PLGF-1/-2 (плацентарные ростовые факторы). PDFG активирует пролиферацию и миграцию мезенхимальных (остеогенных) клеток и стимулирует ангиогенез. IGF стимулирует дифференцирование молодых клеток, усиливает образование костной ткани и синтез коллагена. TGF-b дифференцирует мезенхимальные клетки и выделяет трансформирующие факторы роста костных морфогенетических белков [23-25]. Текущие данные показали многообещающие результаты PRP в лечении подошвенного фасциита. [12–14] Подошвенная

фасция недоступна для высоких концентраций тромбоцитов и факторов роста из-за гиповаскулярности и гипоцеллюлярности; однако инъекции PRP обеспечивают доставку непосредственно к месту поражения. [26] Следовательно, местная инъекция PRP способствует восстановлению подошвенной фасции [27].Положительно зарекомендовав себя в ряде различных медицинских специальностей, метод PRP-терапии показал себя достаточно эффективным в лечении патологии костно-мышечной системы. Применение PRP-терапии, в частности, способствует избавлению от боли и мышечных спазмов, восстановлению обменных процессов и нормализации кровообращения в ткани мышц вокруг пораженных тканей , а в случае внутрисуставного введения укреплению и восстановлению структуры суставов. Обеспечивая надежный терапевтический эффект и сокращая продолжительность лечения, он позволяет значительно снизить, а иногда и исключить использование в этом процессе лекарственных препаратов (медикаментозное лечение). В настоящее время список нозологий, при которых данная методика в практике травматолога-ортопеда находит применение стремительно растет.

Цель и задачи исследования: оценить эффективность и безопасность применения инъекций аутологичной богатой тромбоцитами плазмы (PRP- терапии) в лечении плантарного фасциита.

Материал и методы.Произвольно было выбрано 50 пациентов с диагнозом плантарный фасциит, в возрастной группе от 32 до 71 года в период с 2018 по 2020 гг.

Женщин – 18, мужчин – 32. У большинства пациентов была средняя физическая активность, ярко выраженный болевой синдром в пяточной области. Период заболевания в среднем составлял от 1 до 6 месяцев. До обращения 43 пациента получали различные виды консервативной терапии (НПВП,УВТ, физиолечение, ГКС), но практически не наблюдалось какой либо положительной динамики, либо с кратковременным улучшением. Было принято решение провести курс PRP-терапий , состоящий из 2-3х инъекций в наиболее болезненную точку в пяточной области, с периодичностью 1 раз в неделю. Для проведение данной процедуры были использованы 10 мл шприцы, с помощью которых проводилось переливание крови пациента в специальную пробирку YCELLBIO, которая по себе напоминает форму песочных часов. Предварительно в шприц набиралось 2мл натрий гепарина и затем 8 мл крови пациента. Для 1-й инъекции требовалась 1 пробирка. Для выделение PRP-слоя пробирку укладывали в центрифугу.

Кровь центрифугировали в течении 10-15-ти минут со скоростью 4500 оборотов в минуту. В результате чего кровь в пробирке разделялась на 3 фракции –плазма крови , эритроцитарная масса и лейкотромбацитарный слой. Шприцем 5 мл набирали основную лейкотромбацитарную массу находящуюся в средней части пробирки [10, 11] [21,22].

После чего проводились инъекции в наиболее болезненную точку в пяточной области, чаще всего по медиальной и центральной поверхности пятки. Для проведение PRP-терапии было использовано : 2 шприца , стерильные салфетки, спирт для обработки места инъекции.

В один шприц набирали 2,0 мл. 2% раствора лидокаина для местного обезболивания, во второй шприц набирали PRP. Первым делом проводилось послойное обезболивание ,затем дойдя до подошвенной фасции ,не вынимая иглы проводили замену шприца и вводили лейкотромбацитарную массу в область пораженных тканей.

Результаты и их обсуждение.Для оценки результатов лечения была использована цифровая рейтинговая шкала (ЦРШ) оценки боли, интенсивность боли выражает числами от 0 до 10. Пациенту предлагается выбрать число, наиболее точно характеризующее его болевые ощущения [8]. Шкала представляет собой горизонтальную линию длиной 10 см с расположенными на ней цифрами от 0 до 10, где 0 – «отсутствие боли», 5 – «умеренная боль» и 10 – «сильнейшая боль, какую можно только представить». Во время тестирования пациента просят выбрать число от 0 до 10, соответствующее его болевым ощущениям. Интерпретация результата занимает не больше минуты. Результаты оценивали на 1,2,3 и 6 месяц. По результатам ЦРШ среднее значение составила 7,53 балла. Большинство пациентов по поводу активности болевого синдрома по ЦРШ отмечали 6-8 (болевой синдром мешает для выполнение основных потребностей, неспособность активных движении, нарушение концентрации). После проведенного лечения, в течении первых 4 недель у 36 из 50 пациентов выраженность боли по шкале ЦРШ составила в среднем от 1 до 3 баллов, у 7 из 25 пациентов – от 3 до 4 баллов соответственно (боль не ощущается, боль можно игнорировать). При повторном осмотре через 8 недель значение по шкале ЦРШ в среднем составляло 1,07 (диапазон 0- 2 балла), даже у тех пациентов, у которых в первые 4-6 недель после проведенного лечения наблюдалось минимальное снижение болевого синдрома. Большинство пациентов испытывали болевые ощущения только при длительной ходьбе и выполнение различных осевых нагрузок (приседания ,бег, тренировках в зале и тд.). Имелась корреляция эффективности лечения с длительностью заболевания и характером деятельности (физический труд). На повторный осмотр через 6 месяцев пришли 40-пациентов, а через год 18-

пациентов, при этом данные по шкале ЦРШ у всех, кроме 1 пациента, сохранялись в диапазоне 0-2 балла. На сроке через 1 год после проведенного лечения отметил усиление болевого синдрома от 4 до 5 баллов по ЦРШ, данному пациенту был произведен дополнительный курс PRP-терапии. Через 2 месяца у данного пациента было заметное снижение болевого синдрома, 2 балла по ЦРШ. Часть пациентов отмечали некоторое усиление болевого синдрома в день проведенной процедуры, но применение обезболивающих препаратов это не требовало. Осложнений после проведения PRP-терапии замечено не было.

Исходя из этого мы можем сказать что, PRP терапия является более предпочтительным методом лечения в отличие от применения ГКС, поскольку не требует длительных интервалов в инъекциях длительностью 1 месяц,,за время которого пациенту приходится терпеть боль, в случаях, когда инъекции ГКС не привели к положительному результату, помимо всего этого данный метод терапии имеет меньшее количество осложнении и противопоказаний.

Выводы. Исходя из всего вышеперечисленного, мы можем сказать что у пациентов с диагнозом плантарный фасциит с ежедневной умеренной физической нагрузкой предпочтительно лечение таким методом как PRP-терапия. Данный метод уменьшает болевой синдром в среднем на 70-80% в течении первых двух недель. Максимальный эффект после проведенного курса лечения наблюдался через 4-6 недель, с сохранением через 1 год. Таким образом, PRP-терапия является эффективным и безопасным методом лечения для пациентов с проявлениям проявлением подошвенного фасциита .

Литература

[1] Schwartz EN, Su J. Plantar fasciitis: a concise review. Perm J 2014;18:e105–7.

[2] Cole C, Seto C, Gazewood J. Plantar fasciitis: evidence-based review of diagnosis and therapy. Am Fam Physician 2005;72:2237–42.

[3] Irving DB, Cook JL, Menz HB. Factors associated with chronic plantar heel pain: a systematic review. J Sci Med Sport 2006;9:11–22. discussion 23–4.

[4] Buchbinder R. Clinical practice. Plantar fasciitis. N Engl J Med 2004;350:2159–66.

[5] Taunton JE, Ryan MB, Clement DB, et al. A retrospective case-control analysis of 2002 running injuries. Br J Sports Med 2002;36:95–101.

[6] Lemont H, Ammirati KM, Usen N. Plantar fasciitis: a degenerative process (fasciosis) without inflammation. J Am Podiatr Med Assoc 2003;93:234–7

[7] Barrett SJ, O'Malley R. Plantar fasciitis and other causes of heel pain. Am Fam Physician 1999;59:2200–6.

[8] Cornwall M.W., McPoil T.G. Plantar fasciitis: etiology and treatment // J Orthop Sports Phys Ther. – 1999. – Vol. 29. – P.756- 760.

[9] Kumai T., Benjamin M. Heel spur formation and the subcalcanealenthesis of the plantar fascia // J Rheumatol. – 2002. – Vol. 29. – P.1957-1964.

[10] Rubin G., Witten M. Plantar calcaneal spurs // Am J Orthop. – 1963. – Vol. 5. – P.38.

[11] Schepsis A.A., Leach R.E., Gorzyca J. Plantar fasciitis. Etiology, treatment, surgical results, and review of the literature // Clin Orthop Relat Res. – 1991. – May (266). – P.185-196.

[12] Porter MD, Shadbolt B. Intralesional corticosteroid injection versus extracorporeal shock wave therapy for plantar fasciopathy. Clin J Sport Med 2005;15:119–24.

[13] Goff JD, Crawford R. Diagnosis and treatment of plantar fasciitis. Am Fam Physician 2011;84:676–82.

[14] Podolsky R, Kalichman L. Taping for plantar fasciitis. J Back Musculoskelet Rehab 2015;28:1–6.

[15] Ogden JA, Alvarez RG, Marlow M. Shockwave therapy for chronic proximal plantar fasciitis: a meta-analysis. Foot Ankle Int 2002;23:301-8.

[16]Neufeld SK, Cerrato R. Plantar fasciitis: evaluation and treatment. J Am Acad Orthop Surg 2008;16:338–46.

[17]Buccilli TA, Jr, Hall HR, Solmen JD. Sterile abscess formation following a corticosteroid injection for the treatment of plantar fasciitis. J Foot Ankle Surg 2005;44:466–8.

[18] Acevedo JI, Beskin JL. Complications of plantar fascia rupture associated with corticosteroid injection. Foot Ankle Int 1998;19:91-7.

[19] Ахмеров Р.Р. Применение технологии Pasmolifting в травматологии и восстановительной медицине / Р.Р. Ахмеров, Р.Ф. Зарудий, Ф.Р. Хайруллин // Сборник методических рекомендаций по применению тромбоцитарной аутологичной плазмы. Технология Плазмолифтинг Plasmolifting ТМ. – Москва, 2016. – С. 24-33.

[20] Johnson RE, Haas K, Lindow K, et al. Plantar fasciitis: what is the diagnosis and treatment? Orthop Nurs 2014;33:198–204. quiz 205-196.

[21] Савченко А.П. Механизмы функционирования тромбоцитарного гемостаза / А.П. Савченко, И.Н. Медведев // Фундаментальные исследования. – 2009. – №10. – С. 28-30.

[22] Hampton T. Platelets' Role in Adaptive Immunity May Contribute to Sepsis and Shock // JAMA. – 2018 Apr 3. – 319 (13). – P. 1311- 1312.

[23] Gabdrakhmanova S.F. Abortifacient properties and effect of an misoprostol analogue 11-deoxy-misoprostol on the contractile activity of the rat uterus / S.F. Gabdrakhmanova, T.A. Sapozhnikova, N.Zh. Baschenko, et al. / Eksp.

Klin. Farmakol. – 2010 Mar. – 73 (3). – P. 18-20.
[24] Zarudyĭ F.S. Structure and activity of carvedilol / F.S. Zarudyĭ, B.N. Garifullin, A.N. Zakirova / Eksp. Klin. Farmakol. – 2010 Jan. – 73 (1). – P. 40-3. Review.
[25] Martin T.R., Takeishi T., Katz H.R., et al. Mast cell activation enhances airway responsiveness to methacholine in the mouse // J. Clin. Invest. – 1993. – 91. – P. 1176.
[26] Molloy T, Wang Y, Murrell G. The roles of growth factors in tendon and ligament healing. Sports Med 2003;33:381–94.
[27] Fenwick SA, Hazleman BL, Riley GP. The vasculature and its role in the damaged and healing tendon. Arthritis Res 2002;4:252–60.
[28]Li J., Muehleman C. Anatomic relationship of heel spur to surrounding soft tissues: greater variability than previously reported // Clin Anat. – 2007. – Vol. 20. – P.950-955.

УДК 616.39-089

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕКИЕ ОСОБЕННОСТИ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

М.М. Максатбекова. У.А. Каптагаева, Л.А. Абдырахманова, А.С. Кадырова, А. Акматов
Науч. руководитель: Э.И. Апиева
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева. г. Бишкек, Кыргызстан
Кафедра Анестезиологии и Интенсивной терапиии до и после дипломного обучения.

Максатбекова М.М. - студент КГМА 6-курс, e-mail: medinap8lite@gmail.com
Кадырова А.С. - студент КГМА 2-курс
Абдырахманова Л.А. - студент КГМА 5-курс
Акматов А. - студент КГМА 4-курс
Каптагаева У.А. - студент КГМА 4-курс

Резюме: Проведен анализ результатов лапароскопических операций у 30 больных с сахарным диабетом 2-го типа за 2020год.
Лапароскопическая операция за счет снижения агрессивности и малого срока операции позволяет снизить риски как декомпенсированной гипергликемии, кетоацидотических состояний во время операции, так и различных послеоперационных осложнений характерных для людей с сахарным диабетом.
Ключевые слова: Лапароскопия, сахарный диабет, гипергликемия, анестезия.

КАНТ ДИАБЕТИН 2-ТҮРҮ МЕНЕН ООРУГАНДАРДЫН ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ОПЕРАЦИЯСЫНЫН АНЕСТЕЗИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

М.М. Максатбекова, У.А. Каптагаева, Л.А. Абдырахманова, А.С. Кадырова, А.Акматов
Башкаруучу: Э.И. Апиева
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
Дипломго чейинки жана дипломдон кийинки Анестезиология жана интенсивдүү дарылоо кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: 2020-жылы кант диабети 2-түрү менен жабыркаган 30 оорулууга лапароскопиялык жол менен дарылоонун негизинде жүргүзүлгөн анализдердин жыйынтыгы.
Лапароскопиялык операция, операциянын агрессивдүүлүгүн жана убактысын кыскартуу менен, декомпенсацияланган гипергликемиянын, операция учурунда кетоацидотикалык абалдын жана кант диабети менен ооруган адамдар үчүн мүнөздүү операциядан кийинки ар кандай асқынуулардын тобокелдигин төмөндөтөт.
Ачкыч сөздөр: Лапароскопия, кант диабети, гипергликемия, анестезия.

ANESTHETIC FEATURES IN LAPAROSCOPIC OPERATION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

M.M. Maksatbekova, U.A. Kaptagaeva, L.A. Abdyrkhmanova, A.S. Kadyrova, A. Akmatov.
Scientific adviser: E.I. Apieva

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Anesthesiology and Intensive Care for Pre- and Postgraduate Studies
Bishkek city, Kyrgyz Republic

Summary: We analyzed the results of laparoscopic operations in 30 patients with type 2 diabetes mellitus in 2020
Laparoscopic surgery, by reducing the aggressiveness and short duration of the operation,
reduces the risks of both decompensated hyperglycemia, ketoacidotic conditions during surgery, and various postoperative complications typical for people with diabetes mellitus.
Keywords: Laparoscopy, diabetes mellitus, hyperglycemia, anesthesiology.

Актуальность: Несмотря на очевидные успехи современной диабетологии, частота послеоперационных осложнений у больных с сахарным диабетом достигает 30-37%, а послеоперациоонная летальность – 9-26%. Неудовлетворительные результаты обусловлены во многом тем, что не удается добиться адекватной компенсации диабета в послеоперационный период и стабилизовать уровень гликемии в допустимых пределах. Это обстоятельство обусловлено тремя причинами: 1) хирургическая агрессия, 2) общая анестезия, 3) послеоперационный болевой синдром. Все три фактора являются дибетогенными, активизирующими глюконеогенез в печени, стимулирующими кетогенез, липолиз и белковый катаболизм. Стоит отметить, что уровень сахара в крови больше зависит от длительности операции, чем от характера анестезии.

В настоящее время широкое распространение получила лапароскопическая операция, которая помогла снизить риск оперативного пособия у данного контингента больных. Лапароскопическая операция позволяет проводить оперции с минимальным доступом и за счет этого время проведенное под наркозом значительно сокращается. Многие исследования доказали, что при лапароскопических операциях, снижается количество послеоперационных осложнений в 5 раз, а летальность - в 4,5 раза.

Целью нашего исследование является показать преимущества лапароскопической операции у больных с сахарным диабетом.

Материалы и методы: Мы провели ретроспективный анализ 30 больных за 2020 г. с сахарным диабетом 2-го типа в НХЦ в отделении эндоскопии, которым была проведена лапароскопическая хирургичекая операция. Из них 15 мужчин и 15 женщин, средний возраст составил 54,1 года. Перед операцией пациентам были введены морфин, атропин и димедрол Всем больным был проведен общий эндотрахеальный наркоз. Для ингаляционного наркоза был применен изофлуран, для неингаляционнго-кетамин и тиопентал. Для миорелаксации – листенон и ардуран. Так же во время операции внутривенно было введено 400мл раствора NaCL 0,9%. В послеоперационный период все больные получали цефтриаксон, метрид и раствор кристалоидов в среднем объеме 400 мл в отделении интенсивной терапии.

Рис. 1

Рис. 2

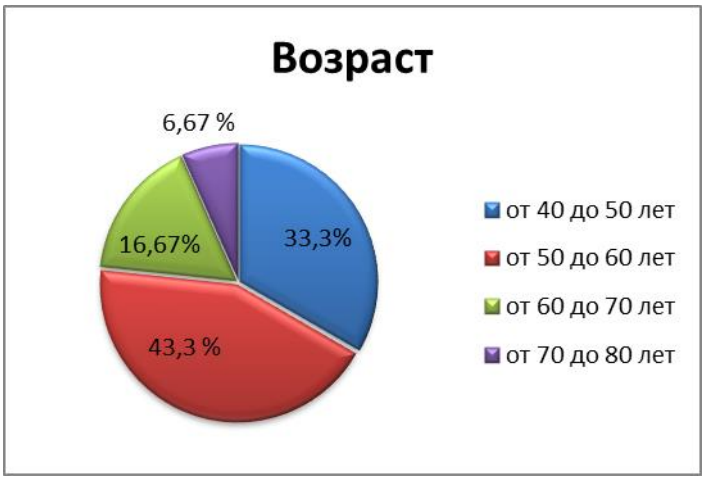


Рис. 3

Сравнение уровня глюкозы в крови до и после операции

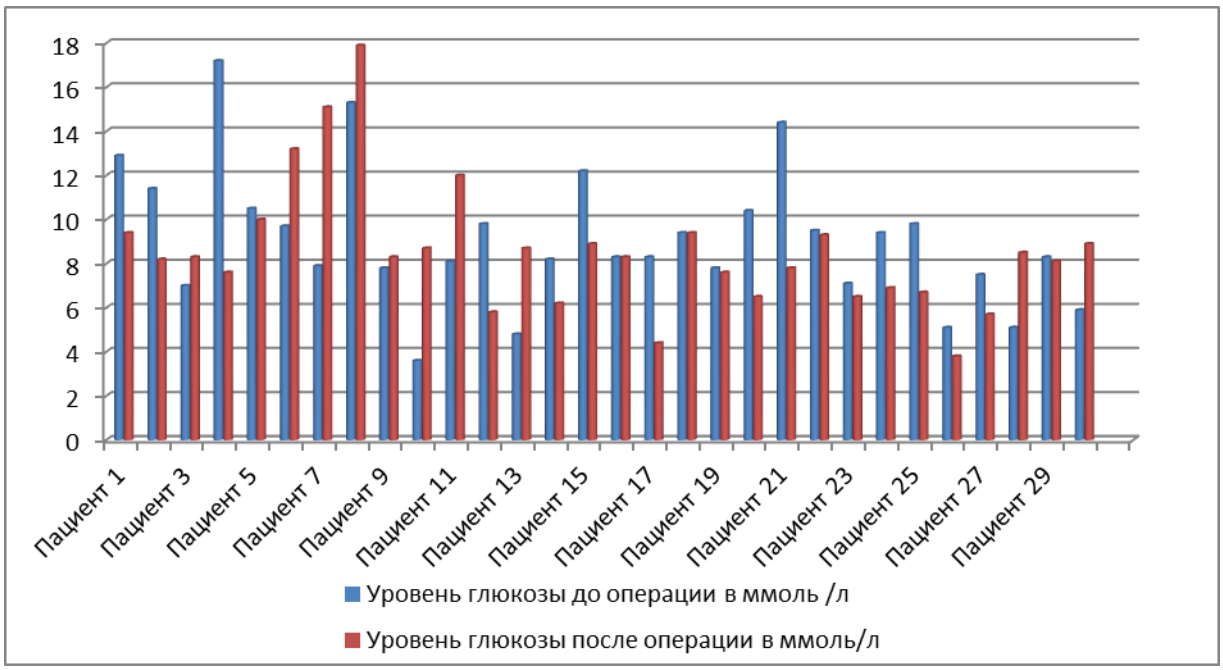


Рис. 4

Рис. 5

Результат: Средний анестезиологический риск по ASA у больных составил 2,5. Длительность оперативного вмешательства в среднем составила 26,3 мин. Увеличение уровня глюкозы в крови в послеоперационный период наблюдалось у 17% больных и хорошо контролировался. У 83% больных отмечалось снижение уровня глюкозы после операции. Ни у одного у больных не было зарегистрировано послеоперационных осложнений.

Выводы: При проведений лапароскопической операции у больных с сахарным диабетом отмечалось короткое время проведения оперативного вмешательства, небольшой оперативный доступ, что в свою очередь уменьшило хирургическую агрессию и анестезиологическую нагрузку. У всех больных глюкоза в крови держалась в допустимых значениях во время операции и хорошо контролировалась в послеоперационный период. Так же лапароскопичекая операция позволило избежать послеоперационных осложнений и все пациенты были успешно переведены с отделения интенсивной терапии в хирургический стационар.

Литература:

1. В.В. Зорик, г. К. Карипиди, а. В. Морозов. Особенности хирургической тактики лечения о строго калькулезного холецистита, протекающего на фоне сахарного диабета.– 2016г

2. С.П. Уваров. Особенности предоперационной подготовки, выбора анестезии и послеоперационного ведения больных сахарным диабетом. Бухар-Жырауская центральная районная больница – 2017г.

3. М.И. Неймарк, . Анестезия у больных, страдающих сахарным диабетом. Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия.-2015г
4. П.А. Бакумов, М.В. Левкина .Периоперационное ведение больных сахарным диабетом; 2019г.
5. Bedirli A., Sozuer E., Yuksel O., Yilmaz Z. Laparoscopic cholecystectomy for symptomatic gallstones in diabetic patients. J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. 2018г; 281-284с.

PATENTED METHOD OF ACTIVE, SURGICAL TREATMENT OF ODONTOGENE DEEP FLEGMON OF THE NECK COMPLICATED MEDIASTINITIS

B.S. Beishenaliev, A.A. Ashinaliev, A.A. Turkmenov, Mirbekova A.M.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan

Abstract. Odontogenic mediastinitis (acute diffuse inflammation of the mediastinal tissue), which provokes inflammatory processes in the soft tissues of the maxillofacial region, is associated with the difficulties of early diagnosis, its exceptional complexity, and high rates of mortality. Finding tactics of active surgical treatment is a consequence of the afore-mentioned.
Objective: Improving the effectiveness of treatment of odontogenic mediastinitis caused by deep phlegmon, as well as active tactics of surgical treatment.
Material and Methods: Of the 48 patients with minor mediastinitis, cervical mediastinotomy was performed on 42 patients urgently according to Razumovsky. 25 patients were operated on using the open method of mediastinotomy. We used the closed Kanshin method for 12 patients. A semi-closed drainage method through the cervical posterior mediastinum (Patent No. A61B 17/00) was invented and tested in 15 patients.
Results: In the Department of Thoracic Surgery, 48 patients with secondary mediastinitis (despite late hospitalization for more than 3 days, 72 hours) were operated on urgently. 34 patients were moderate.
Conclusions: The active tactics of surgical treatment of odontogenic mediastinitis with complex opening and drainage of the corresponding gynecological diseases and the horn cavity made it possible to reduce mortality to 29.16%.

УДК 616.379-008.64

РЕНТГЕНХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕЙРОИШЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Миклухин Д.С., Кудайбердиев Т.З.[2], науч.руководитель – д.м.н., проф. **Бейшеналиев А.С.**
Кафедра пропедевтической хирургии
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика
НИИСТО

Миклухин Д.С. – студент 3 курса, лечебный факультет КГМА, e-mail:danil210600@mail.ru
Кудайбердиев Т.З - д.м.н., и.о., проф.

Актуальность: Несмотря на успехи в лечении синдрома диабетической стопы СДС, в мире каждые 30 секунд проводится ампутация нижних конечностей у больных с сахарным диабетом, что в 20-30 раз превышает число проводимых ампутаций у пациентов без диабета. В Кыргызстане ежегодно проводятся более 250 высоких ампутаций нижних конечностей у пациентов с осложненными формами СДС. В публикации представлен опыт комплексного хирургического лечения пациентов с нейроишемической формой СДС с хронической ишемией нижних конечностей в субкритической и критической стадиях (КИНК).

Материалы и методы: Были изучены результаты лечения 30 пациентов с нейроишемической формой СДС отделения гнойной хирургии Национального госпиталя за 2016-2020 гг. Критериями включения стали пациенты, поступившие с хронической ишемией нижних конечностей с II b-IVстадиями. После предварительного ангиографического исследования, проводились баллонная ангиопластика и/или стентирование артерий н/к. При этом процедурам «выше коленного сустава» (бедренные, подколенная артерии) подверглись 11 (36,6%) пациентов из них стентирование проводилось четырем пациентам. Процедурам «ниже коленного сустава» (тибиальные артерии) 19 (63,3%) пациентов.

Динамику критериев успешности лечения у всех пациентов отслеживали в течение 6 месяцев (отсутствие боли или уменьшение стадии по Фонтейну; свобода от ампутации до полугода; активный регенеративный процесс или полное восстановление язв/ран до полугода).

Результаты проведенного лечения.

После проведенных процедур подавляющее количество пациентов достигло перехода в стадию 0-I по Фонтейну - 20 (90,9%) пациентов, при этом скорость кровотока в дистальных отделах соответствующей н/к (Vs по данным ультразвуковой допплерографии) составила 36,7±10,0 см/с ($p < 0.05$). У этих же пациентов удалось достигнуть отсутствия больших ампутаций до 6 месяцев. Ампутации связанные с безуспешностью процедуры или ранним послеоперационным тромбозом произошли у 2 (6,7%), послеоперационный тромбоз артерий в течение -6 месяцев не приведший к ампутации у 4 (13,3%) больных, что приводило к необходимости повторной реваскуляризации. Случаев внутригоспитальной летальности отмечено не было. Таким образом, успешность процедур баллонной ангиопластики и стентирования при субкритических и критических поражениях артериального русла нижних конечностей составила 80%.

Заключение: Рентгенхирургическое лечение пациентам с нейроишемической и ишемической формой СДС помогает сохранить конечность и повысить качество жизни пациента. Лечение и последующее ведение данного контингента пациентов должно опираться на командную работу специалистов в области эндокринологии, хирургии, кардиологии, эндоваскулярных методов лечения. Рентгенхирургические вмешательства на артериях н/к достаточно безопасный и эффективный вид лечения, позволяющий сохранить конечность в 93,3% случаев в течение полугода и/или снизить уровень ампутации.. Эндоваскулярные вмешательства улучшают клиническое состояние пациентов и способствуют повышению качества жизни, что говорит об эффективности данного метода.

Литература:

1. *Jude E.B., Diabetic foot/ E.B. Jude., A.J. Boulton., J.Beard., P.Games. // Vascular and endovascular surgery. - Amsterdam, 2006.-P.118- 137.*
2. *Siitonen OI., Niskanen LK., Laakso M., Siitonen J.T., Pyorala K. Lower-extremity amputations in diabetic and nondiabetic patients: a population-based study in eastern Finland //Diabetes Care-1993.-№**16**.-P.16–20.*
3. *The foot in diabetes. 4th editions / Ed. by A. Boulton., P. Cavanagh.G. Rayman.– Wiley, 2006*
4. *Г.Ж. Суранова., М.Н. Намазбеков. Эпидемиологические особенности хронических облитерирующих заболеваний сосудов нижних конечностей в Кыргызстане. // Вестник КРСУ. -2015.Т.15. № 11. С. 163-166.*
5. *Иманкулова А.С. Современные подходы к хирургическому лечению осложненных форм синдрома диабетической стопы // А.С. Иманкулова., У.Т.Наралиев, М.Н.Азимжанова// Медицина Кыргызстана. -2018. - №3. - С.36-39*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТКРЫТОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

Мусабекова Э.Э.

Научный руководитель: асс. каф., Токтогазиев Б.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Кафедра факультетской хирургии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Мусабекова Э.Э. *– студент 4 курса 4 группы педиатрии, e-mail: lucky.xo.88@gmail.com*

Актуальность: Одним из наиболее часто диагностируемых причин острого живота является острый аппендицит. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый аппендицит составляет 89,1%, занимая среди них первое место. Единственным способом лечения является хирургическое вмешательство. На данный момент в большинстве случаев основным выбором является оперативное удаление воспаленного аппендикса с помощью, открытой аппендэктомии(ОА) или же проведение лапароскопической аппендэктомии(ЛА).

Цель исследования: Обзор литературы, посвященной аппендэктомии и определение эффективности хорошо зарекомендовавших себя в клинической практике методов – открытой аппендэктомии и лапароскопической аппендэктомии.

Материалы и методы: Изучены результаты оперативного лечения больных острым аппендицитом, а также проведен поиск литературы с использованием баз данных по темам лапароскопическая и открытая аппендэктомия.

Результаты: Лапароскопическая аппендэктомия обладает следующими преимуществами: возмож-

ностью адекватной ревизии органов брюшной полости, лучшим косметическим эффектом, меньшей травматичностью, более быстрой реабилитацией и, следовательно, уменьшением сроков пребывания в стационаре, уменьшением количества послеоперационных осложнений. По данным, частота развития осложнений после ЛА составляет 0,2-8,3 %, а после ОА 5,4-12,6% [1], что значительно выше. По данным Д.Л. Колесникова, количество послеоперационных осложнений ОА составляет от 5,6 до 12,6%, что превышает показатели ЛА [2]. недостаткам ЛА относят удлинение времени операции, увеличение частоты некоторых послеоперационных осложнений (интраабдоминальные абсцессы), а также более высокую себестоимость.

Заключение: Обзор показал, что ЛА и ОА являются эффективными методиками для лечения острого аппендицита в клинической практике. Показатели ЛА значительно отличаются от показателей ОА – вероятность развития послеоперационных осложнений меньше, малая травматичность, менее выраженный болевой синдром после операции, снижается время пребывания в стационаре и сроки реабилитации. Однако существуют проблемы по части широкого применения ЛА в связи с тем, что данная процедура достаточно требовательна к навыкам хирурга, поэтому в некоторых условиях может быть затруднительно проводить ЛА. Но эффективность ЛА несомненна.

Литература:

1. *Грасиас В. Неотложная хирургия : руководство для хирургов общей практики // Изд-во Панфилова, 2010. – 886 с*
2. *Колесников Д. Л. Антибиотикопрофилактика при остром аппендиците: автореф. дис. ... канд. мед. наук // Н. Новгород, 2013. – 25 с.*

УДК: 616.2-053.2

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Кудаяров Д.К., Ахметханова А.А., Борякин Ю.В.
Национальный центр охраны материнства и детства,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,

Ахметханова Айжана Ахметкалиевна – ординатор 2-го года Национального центра охраны материнства и детства. г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 190

Аннотация: Проведено исследование 116 детей возраста до 7 лет, получавших стационарное лечение в Национальном Центре охраны материнства и детства по поводу инфекционных и неинфекционных заболеваний. Определено, что в исследуемых группах имеется статистически достоверное изменение гематологического показателя эндокринного баланса в зависимости от вакцинального статуса и характера текущего заболевания. Установлено, что гематологический показатель эндокринного баланса может служить эффективным индикатором выраженности иммунного ответа у детей.
Ключевые слова: дети, периферическая кровь, адаптация организма, инфекционные и неинфекционные заболевания.

ЖАШ БАЛДАРДЫН ЖУГУШТУУ ЖАНА ЖУГУШТУУ ЭМЕС ООРУЛАРЫНДА ОРГАНИЗМДИН ЫҢГАЙЛАШУУ МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮНҮН ГЕМАТОЛОГИЯЛЫК КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ

Кудаяров Д.К., Ахметханова А.А., Борякин Ю.В.
Эне жана Баланы Коргоо Улуттук Борбору,
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Корутунду: эне жана баланы коргоо Улуттук Борборунда жугуштуу жана жугуштуу эмес оорулар боюнча стационардык дарылоодон өткөн 7 жашка чейинки курактагы 116 балага изилдөө жүргүзүлгөн. Изилденип жаткан топтордо вакциналык статуска жана оорунун мүнөзүнө жараша эндокриндик баланстын гематологиялык көрсөткүчүнүн статистикалык анык өзгөрүшү аныкталган. Эндокриндик баланстын гематологиялык көрсөткүчү балдардагы иммундук жооп көрүнүшүнүн натыйжалуу индикатору болуп кызмат кылары такталды.
Негизги сөздөр: балдар, перифериялык кан, организмдин ыңгайлашуусу, жугуштуу жана жугуштуу эмес оорулар.

HEMATOLOGIC INDICATORS OF THE ORGANISM ADAPTABLE POSSIBILITIES AT INFECTIOUS AND NON-INFECTIOUS DISEASES IN CHILDREN

Kudajarov D.K., Ahmethanova A.A., Boryakin J.V.
The national Center of welfare of motherhood and childhood
I.K. Ahunbaev Kyrghyz state medical academy

Summary: research of 116 children of age up to 7 years receiving hospitalization in the National Center of welfare of motherhood and childhood concerning infectious and non-infectious diseases is carried out. It is defined, that in investigated groups there is statistically authentic change of the hematological indicator of endocrine balance depending on the vaccinal status and character of coursed disease. It is established, that hematological indicator of endocrine balance can serve as the effective indicator of expressiveness of the immune response in children.
Keywords: children, peripheral blood, organism adaptation, infectious and non-infectious diseases.

В современных условиях в связи с ростом иммунозависимых заболеваний с ранней хронизацией, торпидностью к традиционным методам лечения и необходимостью длительной специфической реабилитации повышается роль ранней диагностики первичных иммунных отклонений в раннем детском возрасте [2]. Приобретенный иммунитет основан на распознавании индивидуальных субстанций (антигенов), что придает адаптивным иммунным процессам высокую избирательность, однако создает риск развития аутоиммунного повреждения [3].

Система крови как одна из наиболее восприимчивых систем организма, осуществляющая свои функции через активацию гормональных рецепторов, является наилучшим индикатором реализации эндокринных механизмов, участвующих в осуществлении адаптационных процессов [1].

Несмотря на появление многочисленных способов оценки различных звеньев и компонентов нейроэндокринной системы, ответственной за иммунную реактивность, гемограмма остается первым и недорогим исследованием, позволяющим получить четкое представление о адаптационных возможностях детского организма.

Цель работы. Изучить гематологические показатели эндокринного баланса при инфекционных и неинфекционных заболеваниях у детей с определением возможных отклонений и их коррекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование осуществлено на базе клинических отделений Национального Центра охраны материнства и детства путем оценки гемограмм больных, получавших стационарное лечение по поводу инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Под наблюдением находились 116 детей грудного, раннего и дошкольного возраста (из них 47 детей грудного возраста, 43 – раннего и 21 – дошкольного).

При всех случаях консультирования кормящим матерям даны рекомендации по коррекции выявленных нарушений питания.

Гематологический показатель эндокринного баланса (ГПЭБ) высчитывался по методике, предложенной Д.К. Кудаяровым, И.Ф. Алексеенко (1993): в лейкоцитарной формуле подсчитывалось абсолютное количество эозинофилов, нейтрофилов, лимфоцитов и моноцитов. Абсолютное количество эозинофилов, определяющих стимулирующую функцию аденогипофиза, принималось за единицу, остальные параметры определялись путем деления абсолютного количества нейтрофилов (лимфоцитов, моноцитов) на абсолютное количество эозинофилов, далее полученные результаты складывались с искомого получением суммарного показателя. При нулевом значении эозинофилов использовалась условная абсолютная величина 50 и по ней рассчитывались остальные соотношения.

Статистическая обработка проводилась с использованием методов санитарной статистики с вычислением критерия достоверности средних величин t.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Под наблюдением находились дети с различными инфекционными и неинфекционными заболеваниями, которые были распределены на три группы: дети с острыми бронхолегочными заболеваниями (87 детей), дети с аллергическими заболеваниями (8), дети с другими заболеваниями (гастроэнтерологическая, кардиоревматологическая патология) (21 ребенок).

В первую очередь гематологический показатель был определен рассчитан у детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями (4 и более в течение года) и, следовательно, имеющих неблагоприятный иммунологический фон, и детей, не классифицируемых как часто болеющие.

Полученные результаты оказались заметно сниженными сравнительно с возрастными нормативами (таб. 1) и составили соответственно 13,7 ± 1,2 и 14,2 ± 1,3, однако достоверных различий между ними не найдено ($p>0,05$).

Таблица 1.

Гематологический показатель эндокринного баланса в различные возрастные периоды жизни (Кудаяров Д.К., Алексеенко И.Ф., 1993)

Возраст	Соотношение абсолютных величин Э:Н:Л:М	Индекс соотношения Э:Н:Л:М	Суммарный показатель (ГПЭБ)
1 сутки	345:13340:3985:977	1:37:12:3	53
7 сутки	232:3162:4930:880	1:13:21:4	39
1 месяц	290:4060:4450:700	1:14:15:3	33
1 год	250:4000:3850:500	1:16:25:2	44
2 года	240:4000:3700:480	1:17:24:2	44
3 года	360:4085:4460:475	1:11:12:1	23
4 года	360:4090:4185:360	1:11:11:1	24
5 лет	340:3870:3956:344	1:11:11:1	24
6 лет	350:4090:3828:340	1:11:11:1	24
7 лет	320:3980:2380:330	1:12:11:1	25
8-16 лет	200:3760:2380:330	1:19:12:2	34
17-50 лет	190:3980:2400:380	1:20:10:2	33

Аналогичные результаты получены при сопоставлении ГПЭБ у наблюдаемых детей в зависимости от пола: 14,4 ± 1,3 у мальчиков и 13,7 ± 1,2 у девочек (p>0,05).

При вычислении гематологического показателя в различных возрастных группах полученные результаты резко отклонялись от выше приведенных нормативов: 13,7 ± 1,27 у детей грудного возраста (при возрастном нормативе 33-53), 13,5 ± 1,25 у детей раннего возраста (при возрастном нормативе 23-44), 12,3 ± 1,14 у детей дошкольного возраста (при возрастном нормативе 24-25). Если исходить из средних возрастных нормативов, то отклонений ГПЭБ для детей грудного возраста составило -31,9%, раннего возраста -40,3%, дошкольного возраста -50,2%. В то же время достоверных различий между сравниваемыми показателями у детей из различных возрастных групп не выявлено (p>0,05).

Указанные особенности отклонения ГПЭБ у детей различного возраста могут быть объяснены процессами созревания адаптационных механизмов, в первую очередь – глюкокортикоидной функции коры надпочечников, когда для ее стимуляции требуется меньшая напряженность адренокортикотропной функции гипофиза (выделения адренокортикотропного гормона), что отражается на меньшем уровне эозинофилов, абсолютное количество которых лежит в основе расчета обсуждаемого гематологического показателя.

В наших наблюдениях особое внимание было обращено на состояние вакцинального статуса обследуемых детей. В 116 наблюдениях детей, привитых соответственно Национальному календарю прививок, оказалось 75, получивших по каким-либо причинам медицинский отвод или непривитых по желанию родителей – 41. Расчет гематологических показателей эндокринного баланса в этих двух группа выявил статистически достоверное различие (p<0,01): 13,8 ± 1,27 у привитых детей и 10,4 ± 0,96 у непривитых.

Указанное различие (выраженное снижение ГПЭБ) у непривитых детей можно объяснить меньшей готовностью иммунной системы к реакции на воздействие патогенных биологических факторов внешней среды, что проявляется в меньшей активации нейроэндокринных механизмов (оси аденогипофиз – кора надпочечников), и, как следствие, меньшему выделению аденокортикотропного гормона с меньшим числом эозинофилов периферической крови.

При анализе гематологического показателя эндокринного баланса у детей с различными заболеваниями (бронхолегочными, аллергическими, гастроэнтерологическими и кардиоревматологическими) также были выявлены статистически достоверные различия между показателями больных из разных групп (таблица 2).

Таблица 2.

Гематологический показатель эндокринного баланса у детей возраста до 7 лет при различных инфекционных и неинфекционных заболеваниях

№	Группа	M ± m	P
1	Бронхолегочные заболевания	14,4 ± 1,3	P_{1-2}<0,001
2	Аллергические заболевания	7,6 ± 0,7	P_{2-3}<0,05
3	Остальные (гастроэнтерологические, кардиоревматологические) заболевания	11,6 ± 1,0	P_{1-3}<0,001

Как следует из вышеприведенных данных, наиболее достоверные различия выявлены в показателях детей с острыми бронхолегочными заболеваниями (бронхиты, пневмонии) сравнительно с показателями детей из других групп, что можно объяснить большей напряженностью иммунологических защитных механизмов в период острого стресса сравнительно с более «привычным» типом иммунного реагирования при рецидивах аллергических, гастроэнтерологических и кардиоревматологических заболеваний.

Таким образом, можно предположить, что реакция адаптационных иммунных механизмов на острую инфекционную патологию определяет возможность будущего адекватного или неэффективного реагирования на воздействие различных факторов внешней среды, вероятность которого прогнозируется по отклонениям гематологического показателя эндокринного баланса.

Выводы

1. Определение гематологического показателя эндокринного баланса остается простым и эффективным способом оценки адаптационных сил детского организма, особенно в условиях недоступности более трудоемких и дорогостоящих методов исследования иммунного статуса.
2. Меньшая выраженность отклонений гематологического показателя эндокринного баланса с увеличением возраста детей, страдающих инфекционными и неинфекционными заболеваниями, объясняется более совершенным нейроэндокринным реагированием, связанным с созреванием пучко-

вой зоны коры надпочечников, ответственной за синтез стрессовых глюкокортикоидных гормонов.

3. Отказ по тем или иным причинам от своевременной вакцинации ведет к менее эффективному реагированию иммунной системы ребенка не только против профилактируемых инфекционных агентов (бактерий и вирусов), но и против всех этиологически значимых инфекционных возбудителей.
4. Учет значений гематологического показателя эндокринного баланса при острых бронхолегочных заболеваниях позволяет проводить адекватную иммунную реабилитацию детей со снижением риска рецидивирующих инфекционных и не инфекционных заболеваний в будущем.

Список литературы

1. *Кудаяров Д.К., Алексеенко И.Ф. Гематологическая оценка адаптационных возможностей организма человека. – Бишкек, Илим, 1993. – 227 с.*
2. *Тузанкина И.А. К вопросу диагностики иммунопатологии. Медицинская иммунология. 2010. – Т. 12. – №6. – С.485-496.*
3. *Черешнев В.А., Черешнева М.В. Иммунологичские механизмы локального воспаления. Медицинская иммунология. 2011. – Т. 13. – № 6. – С.557-568.*

ВЛИЯНИЕ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА НА РАЗВИТИЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ИЗ МНОГОДЕТНЫХ СЕМЕЙ

Ж.К. Алиева

Алиева Жанар Капешовна - научный сотрудник, МЗРК
г. Нур-Султан, Республика Казахстан
эл. адрес: alieva_zhanar@mail.ru

Резюме. Состояние здоровья детского населения в настоящее время является одним из главных направлений социальной политики в нашей стране. Большое значение в формировании здоровья детей в многодетных семьях придается качеству питания и ухода за ребенком.

Ключевые слова: Внебольничная пневмония, ранний возраст, многодетная семья, питание.

INFLUENCE OF PREMORBID BACKGROUND ON THE DEVELOPMENT OF PNEUMONIA IN YOUNG CHILDREN FROM LARGE FAMILIES

Zh. K Aliyeva

Resume. The state of health of the child population is currently one of the main directions of social policy in our country. Great importance in the formation of the health of children in large families is attached to the quality of nutrition and child care.

Key words*:* Community-acquired pneumonia, early age, large family, nutrition.

Введение. Большинство здоровых детей способны справиться с инфекцией с помощью защитных сил собственного организма, дети с нарушением иммунной системы подвергаются большему риску развития пневмонии. Иммунная система ребенка может быть ослаблена недостаточным или неправильным питанием. Это касается особенно детей грудного возраста, не получающих исключительно грудное вскармливание.

Указывают на то, что дети в многодетных семьях почти не болеют гриппом и другими простудными заболеваниями типа ОРЗ. И делается вывод, что дети из многодетных семей обладают особым природным иммунитетом[1].

Риск развития и течение внебольничной пневмонии у детей раннего возраста в значительной степени обусловлены преморбидным фоном, что непременно должно учитываться врачом-педиатром при определении тактики лечения и показаний к госпитализации. Модифицирующими факторами риска пневмонии являются тяжелые энцефалопатии, недоношенность, морфофункциональная незрелость и/или внутриутробная инфекция у детей 1 года жизни, задержка внутриутробного развития и постнатальная гипотрофия 2–3-й степени, врожденные пороки развития, хронические заболевания легких (в т.ч. бронхолегочная дисплазия, бронхиальная астма), сердечнососудистой системы, почек, онкогематологические заболевания, иммунокомпрометированные пациенты. [2,3].

Пневмония чаще возникает и тяжелее протекает у малышей, которые находятся на искусственном или смешанном вскармливании, болеют рахитом, гипотрофией и экссудативным диатезом. Почему? Потому что все эти болезни сопровождаются ухудшением барьерной функции бронхов, снижением содержания факторов иммунной защиты и нарушением процессов обмена веществ.

Неполноценный уход и низкое качество питания является одним из основных факторов риска здоровью ребенка. Характер питания представляет собой один из ключевых факторов, определяющих качество жизни, условия роста и развития ребенка. Фоновые состояния и заболевания (атопический дерматит, лимфатико-гипопластический диатез, тимомегалия, анемия, рахит, БЭН), к сожалению, могут накладывать отпечаток на течение и исход острых заболеваний органов дыхания, что требует более пристального внимания к этой категории больных со стороны педиатров. Данные обстоятельства подтверждают актуальность этой проблемы.

При сравнительном изучении преморбидного фона основной и контрольной групп установлено, что практически вся патология преобладает у больных детей из многодетных семей. В частности, в основной группе чаще, чем в контрольной группе, встречается БЭН ($p<0,01$), ЖДА ($p<0,05$). В основной группе чаще регистрируется атопический дерматит (в 2,9 раз), ВПС (в 2,3 раза), рахит и ВПР (в 2,1 раз), заболевания ЦНС (1,8 раз). Заболевания ЦНС в основном представлены судорожным синдромом; ВПС – ДМЖП, ВПР – гемангиомой, пороками развития ЧЛО и ЦНС (рис. 1).

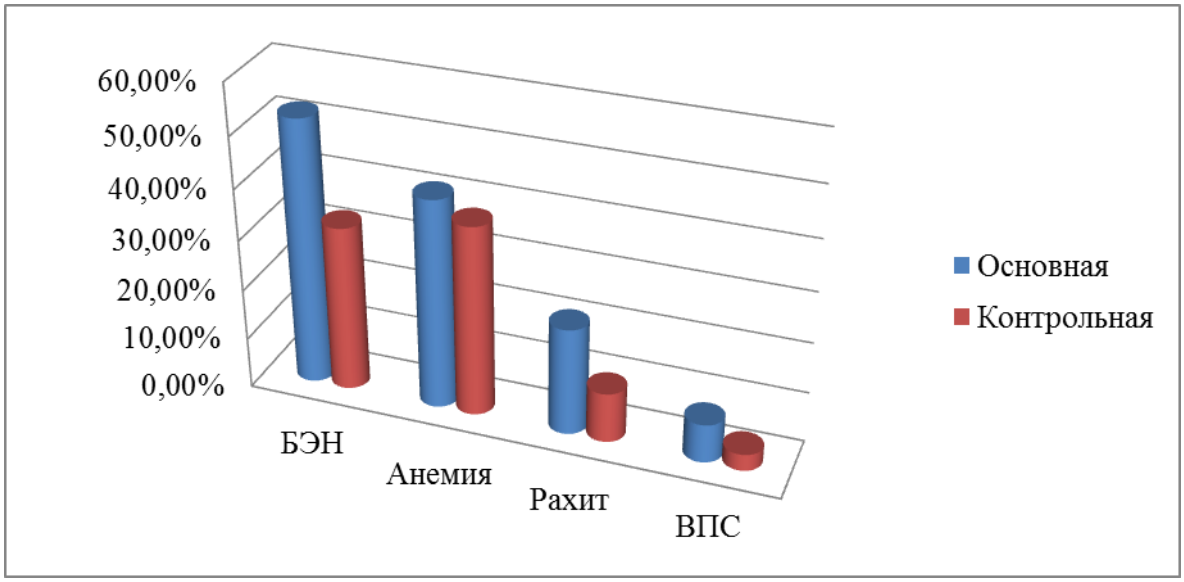


Рисунок 1. Преморбидные заболевания у больных детей

При ранжировании преморбидных заболеваний, как факторов риска реализации ВП установлено, что практически все они имеют доказательные характеристики риска (табл. 1).

Таблица 1.

Ранговая значимость преморбидных заболеваний в развитии ВП у детей

Преморбидный фон	Se	SP	PV+	PV-	J	OR
БЭН	52%	67%	61%	58%	0,59	2,19
ЖДА	41%	62%	51%	51%	0,51	1,13
Рахит	21%	90%	67%	53%	0,55	2,39
ГИЭ	15%	92%	65%	51%	0,53	2,02
ЭКД	14%	95%	73%	52%	0,54	3,09
ВПС	8%	97%	72%	51%	0,52	2,81
ВПР	3%	98%	60%	50%	0,5	1,51
Заболевания ЖКТ	2%	98%	50%	50%	0,5	1

Наиболее высокодоказательными характеристиками риска обладает риск-фактор – эксудативно-катаральный диатез «ЭКД» (SP=95%, PV+=73%, J=0,54, OR=3,09). Далее по доказательности следуют риски: «ВПС» (OR=2,81), «Рахит» (OR=2,31) и белково-энергетическая недостаточность «БЭН» (OR=2,19).

При изучении нарушений во вскармливании детей, как факторов риска развития ВП, установлено, что в целом на 1-ом году жизни почти все дети (p<0,01) получали нерациональное естественное вскармливание: с поздним введением прикорма. Однако дети основной группы реже (p<0,05) получают естественное вскармливание, чаще (p<0,01) нарушаются сроки введения прикорма и назначается нерациональное питание (рис.2).

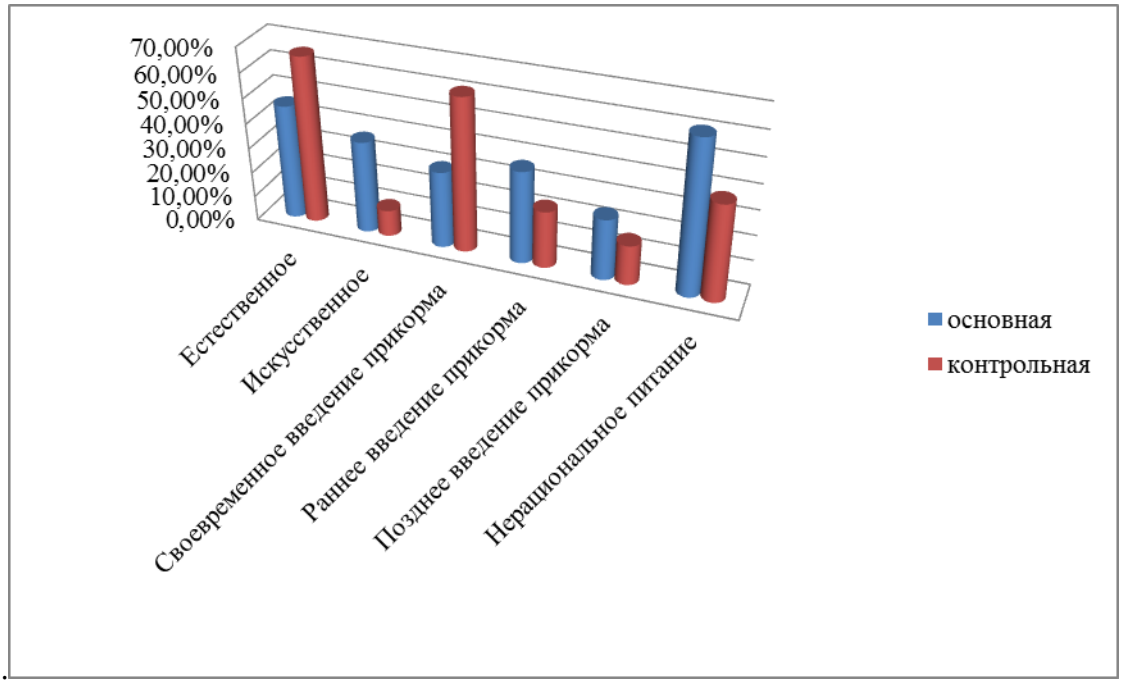


Рисунок 2. Вскармливание детей

Проведено ранжирование нарушений питания как факторов риска развития ВП у детей раннего возраста (табл. 2).

Таблица 2.

Ранговая значимость нарушений вскармливания детей в риске развития ВП

Вскармливание	Se	SP	PV+	PV-	J	OR
Смешанное	17%	77%	42%	48%	0,47	0,68
Искусственное	37%	90%	78%	58%	0,63	5,28
Ранее введение прикорма	37%	77%	61%	55%	0,57	1,96
Позднее введение прикорма	24%	84%	60%	52%	0,54	1,65
Нерациональное питание	61%	61%	61%	61%	0,61	2,44

Выводы. Как видно из таблицы ранжирования наиболее доказательные показатели риска реализации заболевания у детей раннего возраста имеет фактор «Искусственное вскармливание», обладающее высокими SP (90%), PV+(78%), J (0,63) и OR (5,28). Далее по доказательности следуют риски: «Нерациональное питание», «Раннее введение прикорма» и «Позднее введение прикорма».

Литература

1. *Лупандин, В.М. Здоровье детей в многодетной семье [Текст]/ В.М. Лупандин// Вопросы социального обеспечения. - 2007. - N 18. - С. 20-21.*
2. *Каракеева, Г.Ж. Состояние здоровья детей из многодетных семей [Текст]: диссер…канд. мед. наук14.01.08 /Г.Ж. Каракеева. - Бишкек, 2012. – 111с.*
3. *Пасторова О.С Медико-социальное исследование состояния здоровья детей первых трех лет жизни из многодетных семей[Текст]: диссер…канд. мед. наук14.02.03 / О.С. Пасторова – Москва 2014 - 140с.*
4. *Самсыгина Г.А. Пневмонии у детей // http: //medvuz.com/med1808 /t5/7. php.*
5. *Внебольничная пневмония у детей] / Клинические рекомендации// Под ред. Чучалина А.Г.Москва : Оригинал-макет, 2015. 64 с.*

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ С КОРОНАВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Исакова А.Ж.[1], Борякин Ю.В.[1], Кабаева Д.Д.[2], Лемешко А.Е.[1]
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии
им. академика Д.К. Кудаярова[1]
Национальный центр охраны материнства и детства[2]

Исакова Альбина Жапаровна *– ассистент, КГМА,*
Кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии, e-mail: aisakova93@mail.ru,

Резюме. Представлены результаты ретроспективного анализа 35 историй болезни детей с коронавирусной пневмонией в возрасте от 3 месяцев до 15 лет, получавших стационарное лечение в отделении пульмонологии (обсервации) Национального Центра охраны материнства и детства Кыргызской Республики.
Ключевые слова: Дети, коронавирусная инфекция (COVID-19), пневмония, ретроспективный анализ.

КОРОНАВИРУСТУК ПНЕВМОНИЯ МЕНЕН ООРУГАН ЖАШ БАЛДАРДЫН БЕЙТАП БАЯНЫНА РЕТРОСПЕКТИВДҮҮ ТАЛДОО ЖҮРГҮЗҮҮ

Исакова А.Ж.[1], Борякин Ю.В.[1], Кабаева Д.Д.[2] Лемешко А.Е.[1]
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
Д.К. Кудаяров[1] атындагы госпиталдык педиатрия кафедрасы неонатология курсу менен
Эне жана баланы коргоо улуттук борбору

Резюме. Макалада Кыргыз Республикасынын Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун пульмонология (байкоо) бөлүмүндө стационардык дарылануудан өткөн жашы 3 айдан 15 жашка чейинки коронавирустук пневмония менен ооруган 35 баланын бейтап баянына ретроспективдик талдоо жүргүзүүнүн жыйынтыгы көрсөтүлгөн.
Түйүндүү сөздөр: Жаш балдар, коронавирустук инфекция (COVID-19), пневмония, ретроспективдик талдоо

A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE CASE HISTORIES OF CHILDREN WITH CORONAVIRUS PNEUMONIA

Isakova A. Zh.[1], Boryakin Yu.V.[1], Kabaeva D.D.[2], Lemeshko A.E.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbayev
Department of Hospital Pediatrics with a course of neonatology named after Academician D.K. Kudoyarov[1]
The National Center of welfare of motherhood and childhood [2]

Resume. The results of a retrospective analysis of 35 case histories of children with coronavirus pneumonia aged from 3 months to 15 years who received inpatient treatment in the Department of Pulmonology (Observation) of the National Center for of welfare of motherhood and childhood of the Kyrgyz Republic are presented.
Keywords: Children, coronavirus infection (COVID-19), pneumonia, retrospective analysis.

COVID-19 (аббревиатура от англ. *COronaVIrus Disease 2019*), ранее коронавирусная инфекция 2019-nCoV, коронавирусная инфекция 2019 года – потенциально тяжёлая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2 (2019-nCoV) [4]. Коронавирусная инфекция (COVID-19) представляет собой опасное заболевание, которое может протекать как в форме острой респираторной вирусной инфекции лёгкого течения [1, 2], так и в тяжёлой форме. Вирус способен поражать различные органы через прямое инфицирование или посредством неадекватного иммунного ответа организма. Наиболее частым осложнением заболевания является вирусная пневмония, способная приводить к острому респираторному дистресс-синдрому и последующей острой дыхательной недостаточности, при которых чаще всего необходимы кислородная терапия и респираторная поддержка.

Вспышка новой коронавирусной инфекции была впервые зафиксирована в Ухане, Китай, в декабре 2019 года [4, 1]. 30 января 2020 года Всемирная 1организация здравоохранения объявила эту вспышку чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное

значение, а 11 марта – пандемией [1, 2].

К настоящему моменту большинство авторов сходится во мнении, что COVID-19 у детей протекает легче и зачастую бессимптомно (от 1/5 до 1/3 случаев). Однако у каждого пятого пациента выявлена пневмония как единственный симптом заболевания [5]. Имеющиеся на сегодня данные свидетельствуют о том, что дети составляют до 10% в структуре инфицированных SARS-CoV-2 и до 2% в структуре пациентов с диагностированными клиническими случаями COVID-19. Заболевание регистрируется в том числе и у новорожденных. За весь период пандемии в мировой статистике зарегистрированы единичные смертельные исходы заболевания у детей. Подавляющее большинство всех описанных случаев заболевания у детей связаны с контактами с заболевшими взрослыми. Госпитализации в стационар требует до 10% детей. Тяжелое течение отмечается в среднем в 1% случаев инфекции COVID-19 у детей, чаще всего осложненные формы болезни развиваются у детей с тяжелыми сопутствующими заболеваниями [6].

В Кыргызстане из 85 тысяч 328 случаев COVID-19, зарегистрированных с начала распространения коронавируса, среди школьников зарегистрировано 2464 случая, дошкольников – 1432. Также сообщается, что в феврале более 150 детей лечатся в стационарах страны с диагнозом пневмония, более 20 из них находятся в тяжелом состоянии [7].

Цель работы: выявить особенности течения коронавирусной пневмонии у детей на основе ретроспективного анализа данных историй болезни детей, получавших стационарное лечение по поводу данного заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ 35 историй болезни детей с короновирусной пневмонией (COVID-19), находящихся в обсервации Национального Центра охраны материнства и детства (НЦОМиД) в период с 25.11.2020 г. по 21.01.2021 г. в возрасте от 3 месяцев до 15 лет. Средний возраст детей составил – 7,78 ±3.67 лет.

Анализ проведен с учетом следующих характеристик: анамнез заболевания, анамнез жизни, эпидемиологический анамнез, данные объективного обследования, лабораторной (общий анализ крови, коагулограмма, биохимические сывороточные показатели, полимеразная цепная реакция на наличие коронавируса) и инструментальной диагностики (рентгенография органов грудной клетки).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Под наблюдением находилось 35 детей, среди которых мальчиков оказалось 14 (40%), девочек – 21 (60%). По возрастным группам пациенты распределились следующим образом: дети до 1 года составили 28,5% (10), от 1 года до 3 лет – 31,4% (11), от 3 до 7 лет – 20% (7), от 7 до 12 лет 8,5% (3) и от 13 до 15 лет 11,4% (4). Большинство детей поступило из города Бишкек (19 – 54,2%) и Чуйской области (10 – 28,5%). Из других регионов республики поступило лишь небольшое количество детей: 1 ребенок (2,8%) из Ошской области, 1 ребенок (2,8%) из Нарынской области, 1 ребенок (2,8%) из Таласской области, 1 ребенок (2,8%) из Джалал-Абадской области и 2 (5,7%) ребенка из Иссык-Кульской области.

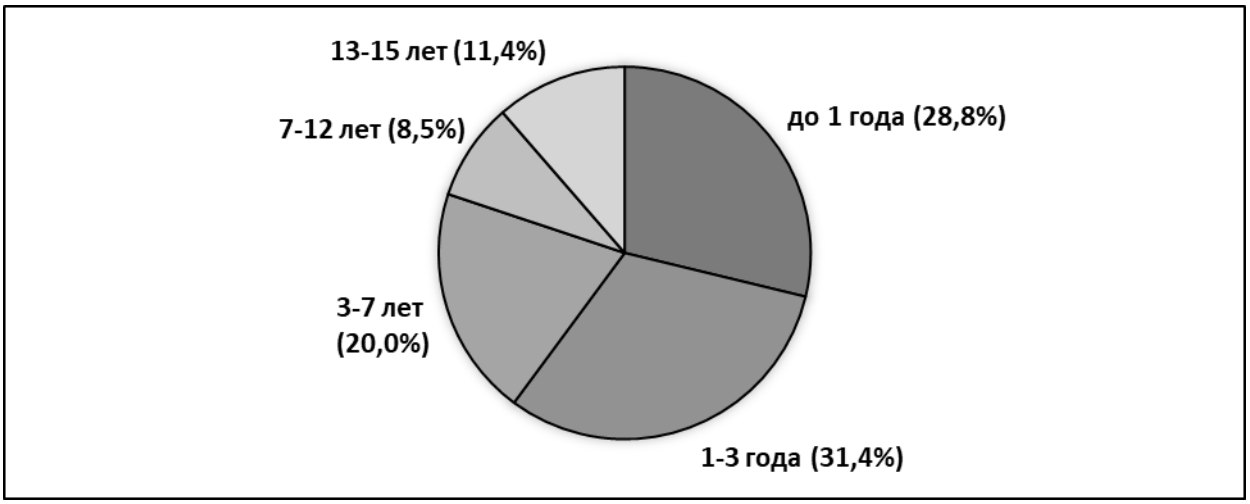


Рисунок 1. Возрастная структура детей, получавших стационарное лечение по поводу коронавирусной пневмонии (COVID-19) в отделении пульмонологии (обсервации) НЦОМиД в период с 25.11.2020 г. по 21.01.2021 г.

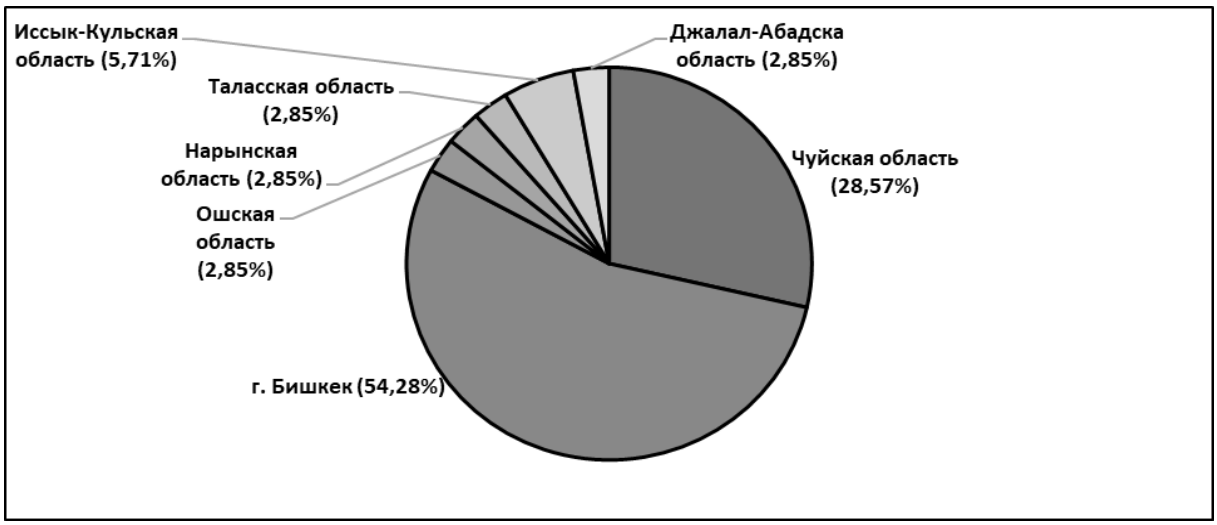


Рисунок 2. Региональная структура получавших стационарное лечение по поводу коронавирусной пневмонии (COVID-19) в отделении пульмонологии (обсервации) НЦОМиД в период с 25.11.2020 г. по 21.01.2021 г.

Основными жалобами при поступлении являлись лихорадка (85,7%), кашель (82,8%), слабость (94,2%), одышка (68,5%), снижение аппетита (85,7 %). Такие жалобы как заложенность носа, выделения из носа, симптомы поражения желудочно-кишечного тракта (боли в животе, диарея) отмечались у 1/3 детей.

Патогномоничные для COVID-19 у взрослых симптомы гипосмии аносмии и/или дисгевзии у обследованных детей не наблюдались.

По данным сопроводительных документов у всех госпитализированных детей отмечался положительный эпидемиологический анамнез: 28 (80%) детей оказались из семейных очагов коронавирусной инфекции, остальные 7 (20%) детей были переведены из других стационаров. Подавляющее большинство всех описанных случаев заболевания у детей (33 из 35) связаны с контактами с заболевшими взрослыми.

Среди всех госпитализированных детей у 18 (51,4%) отмечалось тяжелое, у 12 (34%) – среднетяжелое и у 5 (14,2%) – легкое течение пневмонии. Клинически тяжесть заболевания характеризовалась степенью дыхательной недостаточности (ДН) и степенью выраженности интоксикационного синдрома.

У большинства детей (32 – 91,4%) наблюдались признаки дыхательной недостаточности I-II степень, дыхательная недостаточность III степени зарегистрирована у 3 (8,5%) пациентов.

Интоксикационный синдром характеризовался лихорадкой выше 38,5°С (80%), слабостью, адинамией, снижением аппетита. Бронхообструктивный синдром отмечался лишь у 8 (22,8%) пациентов. Респираторный дистресс-синдром диагностирован у 8 (22,8%).

У 2 (5,7%) детей диагностирован мультисистемный воспалительный синдром у детей, ассоциированный с SARS-CoV-2. Возраст первого ребенка 2 года 5 месяцев, второго – 13 лет. Критериями диагностики являлись перситирующая лихорадка, вовлечение в воспалительный процесс сердечно-сосудистой, кроветворной систем и желудочно-кишечного тракта, а также данные лабораторной диагностики: повышение С-реактивного белка (СРБ), прокальцитонина, D-димера, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ).

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) на наличие коронавируса оказалась положительной у 8 (22,8%) детей, у остальных результат ПЦР был отрицательным, что, по-видимому, связано с относительно поздним поступлением больных в республиканский стационар.

Рентгенологическое подтверждение пневмонии было получено в 2/3 случаев. Основными проявлениями пневмонии при этом оказались двусторонние инфильтраты преимущественно в нижних и средних долях легких.

При лабораторном обследовании отмечено снижение гемоглобина у 11 (31,4%), нейтрофильный лейкоцитоз у 11 (31,4%), лимфоцитоз у 8 (22,8%), тромбоцитоз у 10 (28,5%), тромбоцитопения у 1 (2,8), лейкопения у 3 (8,5%), ускорение СОЭ у 6 (17,1%), повышение СРБ у 17 (48,5%), повышение прокальцитонина у 2 (5,7%), повышение фибриногена у 5 (14,2%), снижение протромбинового индекса у 12 (34,2%), повышение Д-димера у 1 (2,8%).

ВЫВОДЫ

1. Подавляющее число случаев коронавирусной (COVID-19) пневмонии у детей связано с передачей инфекции от взрослых пациентов.
2. Течение коронавирусной (COVID-19) пневмонии у детей в большинстве случаев сопровождается развитием дыхательной недостаточности I-II степени и интоксикации, в четверти случаев – бронхообструктивного синдрома и респираторного дистресс-синдрома.
3. На фоне течения коронавирусной (COVID-19) пневмонии у детей полимеразная цепная реакция на наличие коронавируса не всегда оказывается положительной оказалась положительной, что, по-видимому, связано с относительно поздним поступлением больных в стационар.
4. Рентгенологическим подтверждением коронавирусной (COVID-19) пневмонии у детей может служить двустороннее поражение преимущественно в нижних и средних долях легких.
5. Перситирующая лихорадка, вовлечение в воспалительный процесс других органов и систем, клинико-лабораторные сдвиги (повышение СРБ, прокальцитонина, D-димера, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ) могут свидетельствовать об осложненном течении коронавирусной (COVID-19) пневмонии у детей с развитием мультисистемного воспалительного синдрома, ассоциированного с SARS-CoV-2.

Литература

1. *Chaolin Huang, Yeming Wang, Xingwang Li, Lili Ren, Jianping Zhao. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China // Lancet. – 2020. – Vol.395, iss.10223. – P.497-506. – ISSN 0140-6736. – doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5. Архивировано16 июня 2020 года.*
2. *Заявление по итогам второго совещания Комитета по чрезвычайной ситуации в соответствии с Международными медико-санитарными правилами, в связи со вспышкой заболевания, вызванного новым коронавирусом 2019 г. (nCoV). Всемирная организация здравоохранения (30 января 2020). Дата обращения: 16 июля 2020. Архивировано 24 июня 2020 года.*
3. *Вступительное слово Генерального директора на пресс брифинге по COVID-19 11 марта 2020 г. Всемирная организация здравоохранения (11 марта 2020). Дата обращения: 27 июня 2020. Архивировано 15 июля 2020 года.*
4. *Ранее неизвестный коронавирус – Китай. Всемирная организация здравоохранения (12 января 2020). Дата обращения: 18 июля 2020. Архивировано 15 июля 2020 года.*
5. *Клинические особенности течения COVID-19 у детей различных возрастных групп. Обзор литературы к началу апреля 2020 года. Е.В.Мелехина и др. / Вопросы практической педиатрии, 2020, том 15, №2, с. 7–20*
6. *Александрович Ю.С., Алексеева Е.И., Бакрадзе М.Д. и др. Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей // Педиатрическая фармакология. – 2020. – Том 17, No 3. – С.187-212.*
7. *https://rus.azattyk.org/a/minzdrav-s-nachala-rasprostraneniya-koronavirusa-sredi-detey-zaregistrirovano-pochti-4-tysyachi-sluchaev-zarazheniya /31097356.html?fbclid=IwAR0lDhUoyBU0uffQWuRsGV0lV7WuaY-r2ZrA-ugC4tRqpQddVZo5o40O2Oc*

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ, ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫЙ У РЕБЁНКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Касымбек к. Г., Мусуркулова Б.А., Болотбекова А.Ж., Гадеева Г.Р., Усупова А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Национальный центр охраны материнства и детства, отделение кардиоревматологии

Касымбек к. Г. - аспирант 2 года, ассистент кафедры госпитальной педиатрии с курсом неонатологии им. Д.К. Кударова КГМА, guli-18.91_k@mail.ru

Резюме. COVID-19 – тяжелая болезнь взрослых и детей, по мнению ряда авторов, ассоциированная с ранним функциональным истощением активности клеток врожденного (NK-клеток) и приобретенного (CD8+ цитотоксических лимфоцитов) иммунитета, хотя и не все согласны с теорией вызванного вирусом угнетения врожденного иммунитета.

В статье представлен клинический случай первично выявленного ювенильного дерматомиозита, развившегося после перенесенной коронавирусной инфекции.

Ключевые слова: ювенильный дерматомиозит, коронавирусная инфекция, диагностика.

Введение. В настоящее время мировое сообщество рассматривает инфекцию, вызванную новым коронавирусом – SARS-CoV-2, как чрезвычайную ситуацию глобального значения. Осложнения, исходы коронавирусной инфекции (COVID-19) многогранны и на сегодня мало изучены из-за небольшого отрезка времени с момента появления этой инфекции и неожиданностью пандемии, которая охватила весь мир. На сегодня все, что связано с этой инфекцией на стадии изучения. Инфекция SARS-CoV-2 глубоко влияет на лимфоциты и приводит к длительным потенциальным дисфункциям, нарушает регуляцию иммунного ответа организма.

У основной массы детей COVID-19 имеет более благоприятный исход, но однако описываются случаи тяжелого течения с развитием мультисистемного воспалительного синдрома, сходного с первичным и вторичным гемофагоцитарным лимфогистиоцитозом (синдромом активации макрофагов), синдромом Кавасаки. При мультисистемном воспалительном синдроме, по-видимому, развивается вариант вирус-индуцированного вторичного гемофагоцитарного синдрома (цитокиновый шторм), который проявляется массированной, неконтролируемой, часто фатальной активацией иммунной системы, высвобождением провоспалительных цитокинов, (ФНО-альфа, ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, гранулоцитарный колоний-стимулирующий фактор, моноцитарный хемоаттрактивный протеин 1) и маркеров воспаления (СРБ, сывороточный ферритин), что может приводить к развитию ОРДС, полиорганной недостаточности и может быть причиной гибели пациента. SARS-CoV-2, активирует, порой неконтролируемо, иммунную систему. В связи с этим можно предположить, что SARS-CoV-2 может спровоцировать также различные иммуновоспалительные заболевания.

Ювенильный дерматомиозит (ЮДМ) - тяжелое прогрессирующее системное заболевание с преимущественным поражением поперечно-полосатой мускулатуры, кожи и сосудов микроциркуляторного русла, нередко осложняющееся кальцинозом и гнойной инфекцией.

Существуют иммунная и инфекционная теории, объясняющие происхождение ЮДМ. Имеются данные о взаимосвязи с энтеровирусами, вирусами гриппа, парагриппа, гепатита В и др. Ювенильный дерматомиозит может дебютировать на фоне вирусного заболевания либо спустя недолгое время после выздоровления. Основная роль в патогенезе отводится аутоиммунной реакции организма к собственным миоцитам, а также к гладкомышечным клеткам сосудистой стенки.

Чаще всего заболевание дебютирует в возрасте от 4-10 лет (в среднем в 7 лет), в дошкольном возрасте встречается у девочек и мальчиков примерно с одинаковой частотой. В пубертатном возрасте отмечается существенное преобладание девочек.

Описание случая

Девочка 7 лет, госпитализирована в отделение детской кардиологии и ревматологии НЦОМиД города Бишкек 03.12.2020. Жалобы при поступлении: на слабость, быструю утомляемость, боли в суставах, мышечную слабость, высыпания на коже лица, кистях рук, повышение температуры тела, приступообразное учащение сердечных сокращений, боли в животе

Анамнез жизни: ребенок от 5 беременности, от 4 родов, 1 выкидыш. Роды самостоятельные в 40 нед. Масса тела при рождении 3500 г., рост 49 см., выписалась на 3 сутки. На грудном вскармливании до 6 мес. Профилактические прививки проведены согласно национальному календарю. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесла ветряную оспу в 5 лет. Аллергологический анамнез: популяция «А». Наследственный анамнез не отягощен.

Анамнез заболевания: Со слов родителей в конце июня вся семья была в контакте с дедушкой и бабушкой, переносившими Ковид-19, после возвращения домой у девочки отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр в течении нескольких дней, у старшей сестры в то же время наблюдались симптомы аносмии (потеря обоняния) и агевзии (потеря вкуса). Через 3- 4 недели впервые пожаловалась на слабость в ногах. В августе появились высыпания на туловище, которые вскоре исчезли без лечения. В начале сентября появились боли в ногах, которые постепенно прогрессировали. В ноябре 2021 года заметили сыпь на лице, в связи с чем обратились к врачу по месту жительства. Назначена антигистаминная терапия, тогда же выявлены антитела к лямблиям. К тому времени боли в ногах значительно усилились, наросла мышечная слабость, к середине ноября практически не ходила, родственники отводили в школу на руках. Периодически беспокоили сильные боли в животе, 1 декабря наблюдался приступ сердцебиения. Педиатром направлена к ревматологу НЦОМиД, после осмотра госпитализирована в отделение кардиоревматологии.

Объективное обследование. Общее состояние при поступлении оценивалось как тяжелое. Тяжесть состояния была обусловлена выраженным миопатическим синдромом. Телосложение астеническое, пониженного питания. Видимые слизистые чистые, бледной окраски. На коже лица параорбитально, в области щёк, лба, подбородка высыпания в виде лиловой эритемы. Эритематозная сыпь над

разгибательными поверхностями коленных, локтевых и пястно-фаланговых суставов кистей рук - «симптом Готтрона». Периферические лимфатические узлы не увеличены. Выраженная мышечная слабость, болезненность проксимальных мышц рук и ног. Не может «оторвать» голову от подушки, удерживать руки в поднятом положении, поднять ноги в положении лежа, с трудом встает с постели при помощи рук. Походка изменена. Суставы внешне не изменены, пассивные движения в них в полном объеме, безболезненны. Грудная клетка цилиндрической формы, равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание проводится равномерно по всем легочным полям, несколько ослабленно в нижних отделах с обеих сторон. Хрипов нет. Область сердца не изменена, границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Тоны сердца умеренно приглушены, значительно учащены до 130 в минуту. Шумов нет. АД при поступлении 120/66 мм рт ст. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу кишечника, в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены, стул со склонностью к запорам, мочится достаточно.

Во время пребывания в стационаре на фоне лечения появились гнусавость голоса, поперхивание жидкой пищей, «застревание» твердой пищи и таблеток в пищеводе, затруднения при проглатывании твердой пищи, затруднение дыхания.

Лабораторные и инструментальные данные

ПЦР SARS-CoV-2 (носоглоточный мазок) от 03.12.2020г. – отрицательный.

Антитела к коронавирусу SARS-CoV-29 IgG от 17.12.20 – положительный (КП=14.00) (N - отрицательный меньше 0,8).

Показатель ферритина был в пределах нормы -116нг/мл.

Результат ПЦР-теста на H.pylory – положительный.

Маркеры вирусных гепатитов В и С – отрицательные

Линейный иммунный анализ: сомнительный результат АТ к Ds DNA, SmD1

Антиядерные антитела на субстрате клеток Нер-2 – мелкогранулярное свечение 1:80<Т<1:160 (N-свечение отсутствует).

Общий анализ крови от 12.12.20**:** Эритроциты 4,1х 10^{12}/л, Hb- 117 г/л, ЦП – 0,8, Тромбоциты 337х10^{9}/л, Лейкоциты 3,9х10^{9}/л, Эозинофилы -3,9% п/я -2%, с/я -47%, Лимфоциты -46%, Моноциты -3%, СОЭ -5 мм/час.

Общий анализ мочи от 20.01.21: св/желтый, прозрачность слабо мутная., отн.плотность – 1012, реакция кислая, белок – нет, глюкоза-отр., эпит пл.-6-6-8-9, лейкоциты -8-8-10-12, эритр неизм. - 0-0-1, фосфаты ++.

Кал на я/г – abs

Бактериологический анализ кала на дисбактериоз от 18.01 выявлены: staph/aureus – 10^{6} (N-10^{2}), дрожжеподобные грибы рода Candida – 10^{6} (N-10^{4}). Бактериологический анализ мочи от 18.01 выявлено – бактериурия 1 млн/мл E/coli 10^{5}.

Таблица 2.

Биохимический анализ крови

Показатели	04.12.2020	15.12.2021	29.12.2020	05.01.2021	20.01.2020	04.02.2021
Общ. Билирубин, мкмоль/л	7	10,31	9,2	9,2	10	10
Тимоловая проба, ЕД	1,62	4,05	2,16	3,97	4,32	
Общий белок, г/л	58	65,8	63	54	54	66
Мочевина, ммоль/л	9,09	6,6	4,73	7,21	3,64	6,3
Креатинин, мкмоль/л	39	38	39	50	41	45
Сахар крови ммоль/л		4,75		3,53	3,55	
АСТ,ЕД/Л	57	229	92	41	36	47
АЛТ, ЕД/Л	36	9	121	63	30	35
Кальций, ммоль/л	2,46		2,01	2,47	2,55	2,13
Фосфор, ммоль/л	1,7		1,29	1,51	1,19	1,31
Магний, ммоль/л	0,81		0,83	0,99	0,79	0,79
Калий, ммоль/л			3,79			4,13
СРБ, МЕ/л	5	5,3	7,3	5,7	6	5,3
Креатинкиназа общая, Ед/л	1129,8	332,4		177,5		59,2
Гаммаглутамилтранфераза до 32 ед/л		185,2				

Таблица 3.

Коагулограмма

Показатели	08.12.2020	05.01.2021	20.01.2021	04.02.2021
ПТВ, сек	23,9	12,7	13	13,8
ПТИ, %	86,5	95,5	93,2	87,3
МНО	1,17	1,06	1,09	1,17
Фибриноген г/л	4	4	3,9	3,9

Эхо-КГ. Аорта -1,3; ЛП-1,7; ПП-1,4; ЗСЛЖ-0,4; КДР-3,1; КСР-2,1; МЖП-0,5; ЗСЛЖ – 0,5; ФВ-63%;

ЛАД(ср) – 20мм.рт.ст.; ЧСС-126в[1]; НПВ-0,8. Заключение: нормальные признаки Эхо-КГ.

ЭКГ: Электрическая ось сердца расположена вертикально. Синусовая тахикардия

Игольчатая электромиография: в обследованных мышцах нижних конечностей отметается уменьшение средних величин длительности и амплитуды потенциалов двигательных единиц (ПДЕ), большое количество полифазных ПДЕ, спонтанна активность в виде потенциалов фибрилляций и редких положительных острых волн. Полученные данные характерны для первично-мышечного уровня поражения воспалительного характера.

Рентгенография органов грудной клетки: явления бронхита

Рентгенография придаточных пазух носа: носовые ходы резко сужены, отечные.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: деформация желчного пузыря.

Осмотр ЛОР-врача: Объективно: уши AD=AS отоскопия без особенностей. В носу слизистые выделения, дыхание через нос свободное. Зев, глотка гиперемирована, задняя стенка зернистая. Заключение: острый фарингит.

Осмотр окулиста: Глазное дно бледно-розовый, границы четкие, сосуды в центре узловатые.

На основании жалоб, данных анамнеза (возраст 7 лет, женский пол), объективного осмотра, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования был выставлен следующий диагноз: Ювенильный дерматомиозит острое течение (кожный, миопатический, псевдобульбарный синдромы, поражения сердечно-сосудистой системы в виде нарушения ритма сердца), активность II - III степени. Постковидный синдром. Гастрит, хеликобактериопозитивный.

Лечение: Преднизолон 30мг в/в струйно 2 раза в день 4 дня, после назначен преднизолон per os – 25 мг в сутки, после переведен на метипред 16 мг /сут., панангин 1 таб х 2 р в день; метотрексат 12 мг п/к 1 раз в неделю, фолиевая кислота 1 тб. х 2 р. в день. Учитывая торпидность клинических проявлений проведена пульс - терапия метилпреднизолоном по 250 мг №3, назначен циклофосфан по 200 мг в/в 1 раз в неделю. Октагам по 15 г.№2. На фоне лечения повысилось А/Д, в лечение назначен бисопралол. С 23.12.20 верапамил. По поводу болей в животе было проведено обследование и ребёнок был проконсультирован гастроэнтерологом, в лечение назначены следующие препараты: омепразол, квамател в/в капельно №4, амоксациллин, метронидазол, одестон.

На фоне проводимой терапии отмечался выраженный положительный эффект. Состояние стало стабилизироваться, начала уменьшаться боль и слабость в мышцах верхних и нижних конечностей, снизилась интенсивность болевого синдрома в суставах, нормализовалась температура тела, исчез псевдобульбарный синдром, нормализовалась частота сердечных сокращений, начали регрессировать высыпания, также отмечалась положительная динамика лабораторных показателей.

Заключение. В представленном клиническом случае у девочки развилась типичная клиническая картина дерматомиозита с поражением кожи, мышц, сердечно-сосудистой системы (нарушения ритма), подтверждённый данными лабораторно-инструментальных исследований. Анамнестически - наследственной предрас-положенности по аутоиммунным заболеваниям не выявлено, а также аллергических заболеваний. Коронавирусная инфекция приводит к активации иммунной системы и тем самым может спровоцировать развитие аутоиммунных процессов. Учитывая, что ребенок перенес COVID-19 (подтвержденный анамнестически и результатами анализов на антитела к коронавирусу SARS-CoV-29 IgG от 17.12.20 – положительный (КП=14.00, N - отрицательный меньше 0,8) и через 1-1,5 месяца у неё развился дерматомиозит, можно предположить, что в данном случае коронавирусная инфекция явилась провоцирующим фактором.

Литература:

1. *Ганиева.Р.Т, Сафина А.И., Шапиро В.Ю. Ювенильный дерматомиозит: трудности диагностики в практике педиатра.- Практическая медицина. 2012; 7(62): 184-186.*
2. *Исаева Л.А., Жевания М.А. – Дерматомиозит у детей.- М.Медицина, 1984, 207 с.*
3. *Подчерняева Н.С., Коневина М.С., Тихая М.И.. Современные представления о ювенильном дерматомиозите: этиология, патогенез, клиника, диагностика. -Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского (часть I). 2019; Т.98; 3: 216-226.*
4. *Meyer A, Meyer N, Schaeffer M, Gottenberg J-E, Geny B, Sibilia. Incidence and prevalence of inflammatory myopathies: a systematic review. Rheumatology (Oxford). 2015; 54 (1): 50–63.*
5. *Rosina S, Varnier GC, Mazzoni M, Lanni S, Malattia C, Ravelli A. Innovative Research Design to Meet the Challenges of Clinical Trials for Juvenile Dermatomyositis. Current Rheumatology Reports. 2018; 20 (5): 29.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: МУЛЬТИСИСТЕМНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С SARS-COV-2 У ПАЦИЕНТА 8 ЛЕТ

Кошукеева М.К., Мусуркулова Б.А., Болотбекова А.Ж., Асан к. А.
Кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии
им. академика Д.К. Кудаярова КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек
Отделение детской кардиоревматологии НЦОМиД, г. Бишкек

Кошукеева М.К. – ассистент кафедры госпитальной педиатрии с курсом неонатологии им. академика Д.К. Кудаярова КГМА им. И.К. Ахунбаева, koshukeeva@gmail.com

Аннотация. В статье представлен клинический случай пациента с первичным мультисистемным воспалительным синдромом, ассоциированный с SARS-Cov-2. В клинической картине заболевания преобладало прогрессирующее поражение сердца (перикардит). Примерно через месяц после перенесенной ковидной инфекции, у ребенка развился “кавасакиподобный синдром”, который заподозрен после 3го обращения в стационар. Выяснилось, что ребенок в ноябре месяце перенес ковид инфекцию, которая лабораторно подтверждена после госпитализации (IgG на SARS-Cov-2 положительный).
В работе описаны и проанализированы особенности клинического течения, рассмотрены признаки поражения сердца и других органов при мультисистемном воспалительном синдроме.
Ключевые слова: ковидная инфекция, мультисистемный воспалительный синдром, SARS-Cov-2, перикардит, дети.

Введение. SARS-CoV-2 – новый коронавирус, впервые обнаруженный в Ухане, Китай в 2019 году. Этот вирус вызывает клинический синдром коронавирусной болезни (COVID-19) и является продолжающейся глобальной пандемией [1, 2].

У детей и подростков инфекция, вызванная тяжелым острым респираторным синдромом, вызванным коронавирусом 2 (SARS-CoV-2), в основном является причиной легких респираторных симптомов, в отличие от у взрослых [3, 4].

Болезнь Кавасаки – наиболее распространенный первичный васкулит в детском возрасте, при котором преимущественно поражаются артерии среднего и малого размера [5]. Хотя причина болезни Кавасаки остается неясной, была выдвинута гипотеза о роли вирусного триггера у некоторых генетически предрасположенных детей. В некоторых исследованиях с болезнью Кавасаки были связаны несколько респираторных респираторных вирусов, включая сезонный коронавирус [3]. Болезнь Кавасаки чаще встречается у детей до 5 летнего возраста, когда МВС (Мультисистемный синдром) встречается старше 7 лет.

ВОЗ предложил критерии диагностики мультисистемного воспалительного синдрома у детей, связанного с SARS-CoV-2 [2].

Лихорадка на протяжении трех или более дней у ребенка или подростка в возрасте от 0 до 19 лет;

А также два симптома из следующих:

1) сыпь или двусторонний негнойный конъюнктивит, либо признаки воспалительного поражения кожи и слизистых оболочек (полость рта, кисти рук, стопы);
2) гипотония или шок;
3) признаки миокардиальной дисфункции, перикардита, вальвулита или другой патологии сердца (в том числе, ЭхоКГ признаки либо повышение уровня тропонина или NT-proBNP);
4) признаки коагулопатии (протромбиновое время, частичное тромбопластиновое время, повышение уровня D-димера);
5) острые нарушения функции желудочно-кишечного тракта (диарея, рвота или абдоминальная боль);

а также:

6) повышение уровня маркеров воспаления, таких как СОЭ, С-реактивный белок или прокальцитонин;

а также:

7) отсутствие иных явных причин для возникновения воспаления микробной этиологии, включая бактериальный сепсис, синдром токсического шока, синдром стрептококкового токсического шока;

а также:

8) данные, указывающие на COVID-19 (положительный результат ОТ-ПЦР, теста на определение

антигенов либо серологического исследования) либо вероятность контакта с заболевшими COVID-19.

Целью исследования были описать и проанализировать клиническое течение мультисистемного воспалительного синдрома, ассоциированный с SARS-Cov-2 у пациента 8 лет в стационарных условиях.

Клинический случай.

Больной К. 8 лет, поступил в инфекционное отделение ГДКБСМП 15.12.2020 году с жалобами на наличие сыпи на коже рук, ног, спины, шеи, туловища, ярко-красная окраска губ, языка, покраснение склеры глаз. Выраженная слабость, вялость, плохой аппетит, сонливость, боли в животе, рвота. Впервые вышеперечисленные жалобы появились примерно 7-8 дней назад. Выяснилось, что ребенок в ноябре месяце перенес ковид инфекцию, сдан анализ IgG на SARS-Cov-2, результат положительный. Появилась высокая лихорадка, боли в животе, на следующий день пятнистая сыпь на коже, многократная рвота, затем появилась ярко-красная окраска губ и языка, дважды обратились в ГДКБСМП, назначалось амбулаторное лечение, но эффекта не было, стало беспокоить высокая лихорадка и выраженная слабость, сонливость в связи с чем вызвана бригада скорой помощи, доставлены в ГДКБСМП, госпитализированы в инфекционное отделение, где заподозрен “кавасакиподобный синдром”. На Эхокг обнаружен перикардит, консультирован кардиологом и переведен в НЦОМиД, в отделение кардиоревматологии с диагнозом: мультисистемный воспалительный синдром. Из семейного анамнеза у мамы в детстве был гемаррагический васкулит.

При поступлении состояние средней тяжести, самочувствие нарушено, отмечается сонливость, общая слабость, плохой аппетит. Телосложение правильное. Кожные покровы бледноваты, пятнистая, полиморфная сыпь в стадии угасания на шее, туловище, спине, на верхних и нижних конечностях. На пальцах рук и ног признаки кератодермии, резкая гиперемия языка и губ, умеренно увеличены шейные лимфатические узлы (рисунок 1 и 2).

Рисунок 1. Кожные проявления МВС на первой неделе болезни (15.12.2020)

Рисунок 2. Кожные проявления МВС через 2 недели болезни (30.12.2020)

В легких дыхание проводится, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, границы относительной

тупости сердца не расширены. Живот мягкий и безболезненный. Температура тела 36,6 С, ЧСС 78 в минуту, АД 105/65 мм.рт.ст. Печень и селезенка увеличены на +1 см. Стул и мочеиспускание регулярное. Пациенту был выставлен диагноз – мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с SARS-Cov-2.

В общем анализе крови: гемоглобин 119 г/л, гематокрит 34,2%, эритроциты 4,3 × 10^{12}/л, лейкоциты 11,4 × 10^{9}/л (лейкоцитоз), лимфоциты 18 × 10^{9}/л (лимфоцитоз), СОЭ 4 мм/ч. В биохимическом анализе крови повышение СРБ до 13,0 мг/л. В свертывающей системе крови умеренное повышение фибриногена до 4,1 г/л. Повышенный уровень Д-Димера демонстрирует одновременное продолжающееся повреждение эндотелия, которое является фактором риска тромбоза. Увеличивается количество сообщений о тромботических событиях у взрослых пациентов с COVID-19 средней и тяжелой степени тяжести, включая инсульты у пациентов без факторов риска [5,6]. С целью выявления тромбоза сдан анализ крови на Д-димер, которое повысилось до 468 нгФЭЕ/мл, уровень Ферритина равна 114 нг/мл (таблица 1.).

№	Показатели	17.12.2020	11.01.2021	Норма
1.	Д-Димер	468 нгФЭЕ/мл	0,1 нгФЭЕ/мл	0 – 285 нгФЭЕ/мл
2.	Ферритин	114 нг/мл	-	30-140 нг/мл
3.	Протромбированное время	13,0 секунд	14,0 секунд	13,00 – 16,00 секунд
4.	Протромбиновый индекс (Quick-test)	93,2%	100,0%	80-100,0%
5.	МНО	1,09	0,97	1,00-1,40
6.	АЧТВ	-	28,0	26,10-36,30 секунд
7.	Фибриноген	4,1 г /л	2,5 г/л	2,0-4,0 г/л

При контрольном исследовании крови на Д-Димер и показатели свертывающей системы крови нормализовались.

В бактериологическом анализе зева обнаружен Streptococcus Haemolyticus, который резистентен на Ципрофлоксацин, Ванкомицин, Бензилпенициллин, Азитромицин. Общий анализ мочи без патологии. Кал на капрологии без изменений, в пределах возрастных норм. Результат бактериологического исследования испражнений на дисбактериоз выявило наличие Дрожжеподобных грибов рода Candida (<10^{10}), который чувствителен на Флуканазол. На рентгенографии органов грудной клетки очаговых и инфильтративных теней в легких не выявлено.

На ЭКГ от 01.12.20 зарегистрирована умеренная синусовая аритмия. На Эхокг с допплерометрией от 16.12.2020 выявлено: листки перикарда по заднему контуру умеренно уплотнены, отпределяется эхонегативное пространство за ЗСЛЖ до 0,86 см в сстолу, 0,51 см в диастолу. Минимальная митральная недостаточность. Перикардит. В плевральной полости выпота нет. На УЗИ брюшной полости и почек структурной патологии не выявлена, деформация желчного пузыря. Исследование функции внешнего дыхания проведено на следующий день (16.12.2021) после перевода в отделение кардиоревматологии НЦОМиД (таблица 2.), который дало заключение: снижение показателей форсированного дыхания. Такое заключение произошло вероятнее всего из-за недостаточного выполнения указаний функционалиста, так как ребенок был ослабленным.

Таблица 2.

Показатели спирографии

Показатели спирографии:	Данные внешнего дыхания:	
Жизненная емкость легких (ЖЕЛ)	1,40	84%
Должная ЖЕЛ	1,66	
Максимальная вентиляция легких (МВЛ)	40,3	138%
Должная МВЛ	29,0	
Коэффициент использования ОФВ	1,14 (Д 1,47) 78%	
Дыхательный коэффициент ФЖЕЛ	1,15 (Д 1,66) 69%	

Ребенок осмотрен узкими специалистами – ЛОР, окулист без особенностей. Таким образом, при сопоставлении клинической картины, данных лабораторных и инструментальных методов исследований выставлен следующий патологоанатомический диагноз.

Основной: Мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с SARS-Cov-2.

Перикардит.

Осложнение: Минимальная митральная недостаточность.

Сопутствующие заболевания: Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу.

В повторных анализах крови: лейкоциты и лимфоциты нормализовались, СРБ в пределах возрастных норм. На повторной Эхокг от 24.12.2021 признаков перикардита нет, выявлена минимальная митральная недостаточность.

Пациенту проводилась медикаментозная терапия: Цефотаксим, Дексаметазон, Фуросемид, ТромбоАСС, Панангин, Бифидумбактерин, Лактобактерин. Гемаррагические сыпи на коже пятнисто-папулезного характера исчезли, признаки перикардита нет, состояние улучшилось. Пациент был выписан 30.12.2021 г. (15 суток) в удовлетворительном состоянии.

Заключение.

Оценивая ретроспективно клиническую картину, данные лабораторных и инструментальных методов обследования пациента потдверждают о течении “кавасакиподобного синдрома с поражением перикарда” у 8-летнего пациента. Анамнез болезни, клинические проявления (пятнисто-папулезная сыпь), наличие весомого фактора риска – генетической предрасположенности (перенесенный геморрагический васкулит матери в детстве), наличие IgG на SARS-Cov-2 (подтвержден на ИФА) свидетельствуют об развитии постковидного осложнения в виде мультисистемного воспаления. Высокие уровни Д-Димера и фибриногена в анализе крови, подтверждают повреждение эндотелия, которое является фактором риска тромбоза при коронавирусной инфекции. Данные ЭКГ и Эхокг соответствовали картине перикардита с минимальной митральной недостаточностью. Вышеперечисленные клинические и лабораторные характеристики пациента потдверждают критерии диагностики МВС, предложенным ВОЗ [2].

Наш случай подчеркивает связь развития мультисистемного воспалительного синдрома с SARS-Cov-2 с поражением всех систем и органов. Важно на раннем этапе привлечь узких специалистов – реаниматологов, аллергологов или иммунологов, кардиологов, гематологов и онкологов, инфекционистов заболевания и ревматологов, чтобы обеспечить многопрофильный подход к лечению этого нового синдрома, особенно при поражении миокарда. Иммунопатологию этого гипервоспалительного состояния еще предстоит полностью выяснить, базируясь на результатах исследования, а идеальная схема лечения еще не доказана.

Литературный список

1. *Christophers, B., Gallo Marin, B., Oliva, R. et al. Trends in clinical presentation of children with COVID-19: a systematic review of individual participant data. Pediatr Res (2020). https://doi.org/10.1038/s41390-020-01161-3*
2. *ВОЗ. Синдром мультисистемного воспаления у детей и подростков с COVID-19. Научная справка. 15 мая 2020 г.*
3. *Julie Toubiana, Clément Poirault, Alice Corsia et al. Kawasaki-like multisystem inflammatory syndrome in children during the covid-19 pandemic in Paris, France: prospective observational study. BMJ2020;369:m2094 http://dx.doi.org/10.1136 bmj.m2094*
4. *Dong Y, Mo X, Hu Y, et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. Pediatrics2020:e20200702. doi:10.1542/peds.2020-0702. pmid:32179660*
5. *Schnabel A, Hedrich CM. Childhood Vasculitis. Front Pediatr2019;6:421. doi:10.3389/fped.2018.00421. pmid:30687686*
6. *Blake T Cirks, MD, MC, USA, Jennifer C Geracht, MD, Olcay Y Jones, MD, PhD, Joseph W May, MD, MPH, MC, USA, Cecilia P Mikita, MD, MPH, MC, USAR, Michael Rajnik, MD, MC, USAF, (ret), Alison M Helfrich, DO, MC, USAF, Multisystem Inflammatory Syndrome in Children during the COVID-19 Pandemic: A Case Report on Managing the Hyperinflammation, Military Medicine, Volume 186, Issue 1-2, January-February 2021, Pages e270-e276, https://doi.org/10.1093/milmed/usaa508*

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯ СТАЦИОНАРА

Фарида Юсуф кызы, Г. Исаков К.Р. Сасаза, Е.А. Чернышева
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра пропедевтики детских болезней
(к.м.н., доцент, зав. кафедры Чернышева Е.А.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Юсуф кызы Фарида - студент 3 курса педиатрического факультета 5 группы. iusufkyzy@icloud.com

Резюме. Нами была проведена исследовательская работа по обоснованности проведения рентгенографического исследования. В исследовательскую группу вошли 516 клинических случаев детей, госпитализированных в ГДКБСМП города Бишкек с 1 декабря 2019 по 30 января 2020 года. Все дети были госпитализированы профильно в отделение неотложной соматики с бронхо-легочными заболеваниями. В возрасте от 1 месяца до 5-ти лет, со следующими заболеваниями:
• Острая внебольничная пневмония;
• Острый бронхит;
• Обструктивный бронхит;
• Бронхиолит;
• ОРВИ;
Полученные результаты показали, что рентгенографическое исследование проведено 426 детям, что составляет 90% из числа всех госпитализированных детей в этот период времени. Необоснованно было проведено рентгенографическое исследование у 122-х детей, что составляет 29%.
Ключевые слова: дети, исследование, рентген, проведение, заболевание, госпитализация, клинический случай, возраст, период времени.

СТАЦИОНАР ШАРТЫНДА БАЛДАРДЫН ӨПКӨСҮНӨ РЕНТГЕНОГРАФИЯЛЫК ИЗИЛДӨӨЛӨРДҮ ЖҮРГҮЗҮҮНҮН РАЦИОНАЛДУУЛУГУНА МОНИТОРИНГ ЖҮРГҮЗҮҮ ЖАНА БААЛОО

Фарида Юсуф кызы,Г.Исаков, К.Р. Сасаза, Е.А. Чернышева
И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Балдар ооруларынын проподевтикасы кафедрасы (к.м.н., доцент, кафедра башчысы Чернышева Е.А.)
г. Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Биз рентгенографиялык изилдөө жүргүзүүнүн негиздүүлүгү боюнча изилдөө иштерин жүргүздүк. Изилдөө тобуна Бишкек шаарынын Медициналык тез жардам шаардык балдар клиникалык ооруканасынын, 1-декабрынан баштап 2019-жылдын 2020-жылга 30-январынан чейин ооруканага жаткырылган балдардын 516 клиникалык учурлары кирди. Бардык балдар катуу бронхит өпкө оорулары менен өзгөчө соматикалык бөлүмгө жайгаштырылган. Төмөнкү оорулар менен бирге 1 айдан 5 жашка чейинки куректагы:
* Курч оорукана сыртындагы пневмония;
* Курч бронхит;
* Тоскоолдук бронхит;
* Бронхиалдык;
* ОРВИ;
Алынган натыйжалар рентген-изилдөө 426 бала тарабынан жүргүзүлүп, бул мезгил ичинде бардык ооруканага жаткырылган балдардын 90% түздү. 122 баланын рентгенографиялык изилдөөсү негизсиз жүргүзүлгөн, бул 29% ды түзөт.
Негизги сөздөр: балдар, изилдөө, рентген, рентген нурлары, экспертиза, оору, ооруканага, клиникалык учурда, жашы, убакыт мезгили.

MONITORING AND EVALUATION OF THE RATIONALITY OF CONDUCTING A RADIOGRAPHIC EXAMINATION OF THE LUNGS IN CHILDREN IN A HOSPITAL SETTING

Farida Iusuf kyzy, G.Isakov, K.R. Sasaza, E.A. Chernysheva
Kyrgyz state medical academy n. I.K. Akhunbaev
Department of Propaedeutics of Children's Diseases (cms, associate professor- Chernysheva E.A.)
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: We conducted a research work on the validity of the X-ray examination. The research group included 516 clinical cases of children hospitalized in the GDKBSMP of Bishkek from December 1, 2019 to January 30, 2020. All the children were hospitalized in the emergency department of somatics with bronchopulmonary diseases. At the age of 1 month to 5 years, with the following diseases:
* Acute community-acquired pneumonia;
* Acute bronchitis;
* Obstructive bronchitis;
* Bronchiolitis;
* SARS;
The results showed that the X-ray examination was carried out in 426 children, which is 90% of all hospitalized children in this period of time. An X-ray examination was carried out unreasonably in 122 children, which is 29%
Keywords: children, study, X-ray, conduct, disease, hospitalization, clinical case, age, time period.

Введение:

В 1895 году Вильгельм Конрад Рентген впервые зарегистрировал затемнение фотопластинки под действием рентгеновского излучения. Им же было обнаружено, что при прохождении рентгеновских лучей через ткани кисти на фотопластинке формируется изображение костного скелета. Это открытие стало первым в мире методом медицинской визуализации, до этого нельзя было прижизненно, не инвазивно получить изображение органов и тканей. Рентгенография очень быстро распространилась по всему миру. В 1896 году в России был сделан первый рентгеновский снимок. В 1918 году в России была создана первая рентгенологическая клиника. Рентгенография используется для диагностики все большего числа заболеваний. В настоящее время рентгенография грудной клетки часто используется для диагностики бронхо-легочных заболеваний. Это играет важную роль при обследовании легких, особенно в качестве скринингового метода. Обследование дает возможность оценить состояние органов, выявить патологии не только анатомических структур в полости грудной клетки, но и близлежащих тканей, также помогает выявить легочные заболевания, доброкачественные опухоли, травмы или неправильное строение позвоночника, ребер, патологии лимфоузлов, пороки сердца. На обзорном снимке видны бронхи, дыхательные пути, легкие, сердце, трахея, лимфоузлы средостения, сосудистый рисунок. В настоящее время в практическое здравоохранение входит компьютерная томография (КТ), позволяющая более детально, глубоко и точно диагностировать процент и площадь поражения органа, сосудов и т.д. Точная диагностика дает возможность определить объем лечебных мероприятий. Однако этот метод не нашел еще широкого применения в педиатрии, и в частности в диагностике легочных заболеваний.

Рентгенография, КТ являются высоко затратными методами исследований. Здравоохранение Кыргызской Республики претерпевает глубокий кризис. Денежных средств выделяемых на бюджетное финансирование в системе здравоохранения не достаточное, что требует рационального подхода к использованию рентгенологического исследования. Следует заметить, что показания к рентгенологическим исследованиям у детей имеет свои ограничения (доклад «Научной группы ВОЗ по показаниям к основным рентгенодиагностическим исследованиям и их ограничению»).

Рентген облучение способно вызвать повреждения и мутации ДНК человека, что может стать причиной развития онкологических болезней в зрелом возрасте. Всемирная организация здравоохранения признала рентгеновские лучи канцерогенными. Величина потенциального риска зависит от того, какая часть тела подвергается облучению и зависит от предельно допустимой дозы радиации в год. В мировой практике показаниями для проведения рентгенографии является:

- пневмония;
- туберкулез;
- бронхоэктатическая болезнь;

- пищеводно-трахеальные свищи;
- недавние травмы (подозрение на повреждение легких, позвоночника, перелом ребра и др.).

Цель работы:

«Оценить обоснованность проведения рентгенографии у детей в возрасте до 5-ти лет при бронхо-легочной патологии в условиях стационара».

Материалы и методы:

Методом сплошной выборки был проведен ретроспективный анализ истории болезни детей с бронхо-легочной патологией, госпитализированных в стационар на лечение по неотложной помощи с декабря 2019 по январь 2020. Общее количество историй болезни, взятых, на исследование составляло 516. Для проведения анализа рациональности использования рентгенографии у детей нами использован Карманный справочник, утвержденный приказом №2 МЗ КР от 18 января 2017 года. Карманный справочник 2й редакции Всемирной Организации Здравоохранения является национальным клиническим руководством по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста, который включает «Руководство по болезням органов дыхания у детей (на основе принципов стратегии PALBO3)» в 2007-2010 гг. В карманном справочнике выделены следующие критерии диагностики нетяжелой пневмонии:

- Учащенное дыхание;
- Ослабление голосового дрожания;
- Аускультативные признаки пневмонии (ослабление дыхание, бронхиальное дыхание, влажные хрипы, ослабление голосового дрожания над плевральным экссудатом или усиление – над долевым уплотнение, шум трения плевры);

Критерии тяжелой пневмонии:

- Центральный цианоз или насыщение кислородом <90% при пульсоксиметрии, тяжелая дыхательная недостаточность (стонущее дыхание, выраженные втяжения уступчивых мест грудной клетки);
- Не способность сосать грудь или пить;
- Заторможенность;
- Судороги.

В соответствии с Карманным справочником, рентгенологическое исследование легких показано у детей с тяжелой пневмонией или пневмонией, не реагирующей на лечение, или с осложненной пневмонией, или с пневмонией на фоне ВИЧ-инфекцией, или при неясном диагнозе. Противопоказаниями для проведения исследования:

- недавно проведенная рентгенография;
- открытый пневмоторакс;
- кровотечение.

Для проведения исследовательской работы была разработана анкета, включающая в себя пол, возраст, дату проведения рентгенологического исследования, клинический диагноз. В отделении находились дети с диагнозом:

- Острая внебольничная пневмония (МКБ-10 шифр J12.18);
- Острый бронхит (МКБ-10 шифр J20.9);
- Обструктивный бронхит (МКБ-10 шифр J20.9);
- Бронхиолит (МКБ-10 шифр J21.9);
- ОРВИ (МКБ-10 шифрJ00-J06.9).

Результаты исследования:

В исследовательскую группу вошли 516 клинических случаев детей. Все дети были госпитализированы профильно в отделение неотложной соматики с бронхо-легочными заболеваниями.

По возрастному составу: дети до 1 года составляют 265 (51,3%) случаев, дети от 1 года до 5 лет-251 (48,6%) клинических случаев.

По половой принадлежности заболеваемость мальчиков составляет 270 (52,3%), а девочек-246 (47,7%).

По структуре заболеваемости:

- Острая внебольничная пневмония (J12.18) 337 (65,3%);
- Острый бронхит (J20.9) 11 (2,1)%;
- Обструктивный бронхит (J20.9) 14 (2,7%);
- Бронхиолит (J21.9) 87 (16,9%);
- ОРВИ (J00-J06.9) 23 (4,5%);

- Другие заболевания 47 (9,1%).

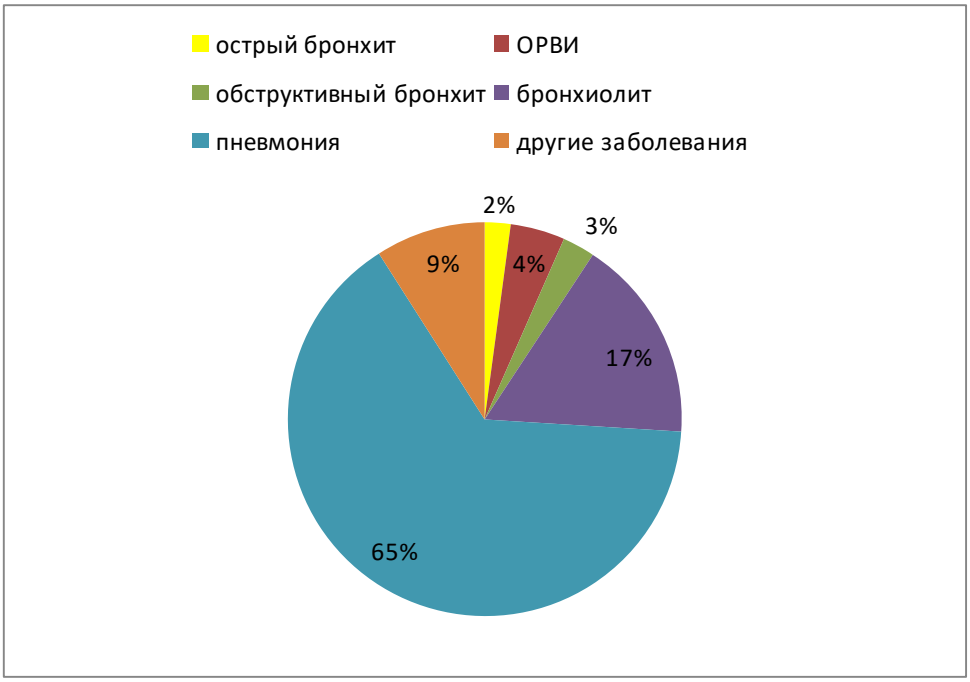
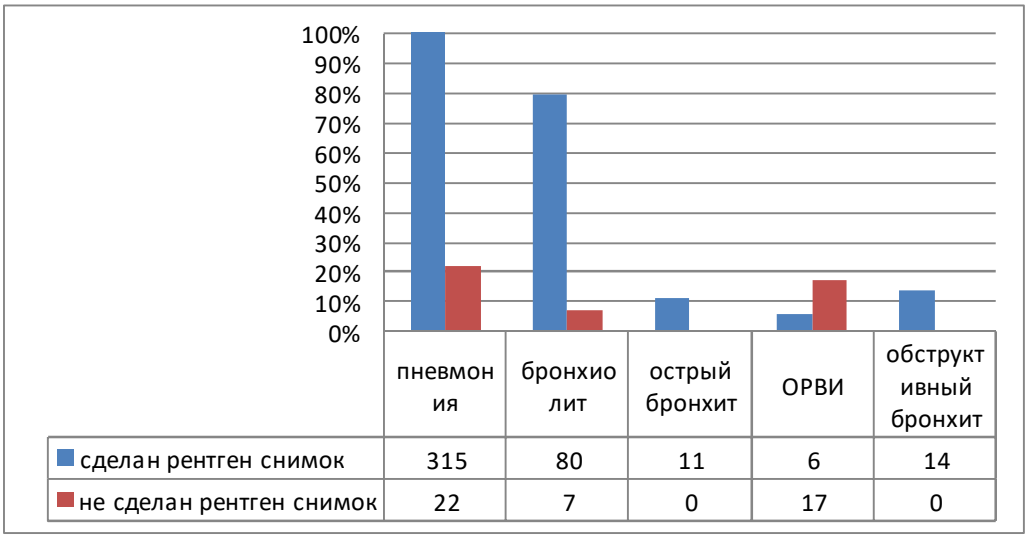


Рисунок 1. Структура заболеваемости детей

- Пневмония занимает первое место по заболеваемости и составляет 65,3% из всех клинических случаев;
- Бронхиолит занимает второе место по заболеваемости и составляет 16,9% из всех клинических случаев;
- ОРВИ занимает третье место по заболеваемости и составляет 4,5% из всех клинических случаев;
- Обстуктивный бронхит занимает четвертое место и составляет 2,7% из всех клинических случаев;
- Острый бронхит занимает пятое место и составляет 2,2% из всех клинических случаев.

Рентгенографическое исследование проведено 426 детям, что составляет 90% из числа всех госпитализированных детей в этот период времени.



	пневмония	бронхиолит	острый бронхит	ОРВИ	обструктивный бронхит
сделан рентген снимок	315	80	11	6	14
не сделан рентген снимок	22	7	0	17	0

Рисунок 2.Сравнительная таблица проведения рентгенографического исследования

Рентгенография легких в прямой проекции было проведено у детей с диагнозом:

- Пневмония-315 детей-93,4%;
- Острый бронхиолит-80 детей-91,9%;
- Обструктивный бронхит-14 детей-100%;
- Острый бронхит-11 детей-100%;

- ОРВИ-6 детей-26%;

Таким образом, необоснованно было проведено рентгенографическое исследование у 122-х детей, что составляет 29%. Учитывая то, что показанием к назначению рентгенологического исследования является случаям тяжелой пневмонии, то следует считать, что в большинстве случаев рентгенологического исследование детям с нетяжелой пневмонией можно было не назначать и не проводить.

Заключение:

В проведенном мониторинг рациональности использования рентгенографического исследования легких у детей в условиях стационара показал, что в 29% случаев выявлено необоснованное проведение затратного в экономическом смысле и небезопасного для здоровья метода исследования. Подход к рентгенологическому исследованию следует применение строго дифференцировано с соблюдением клинического руководства.

Литература:

1. *Протокол по диагностике и лечению коронавирусной инфекции №422 КР 2020год;*
2. *Карманный справочник «Оказание стационарной помощи детям».*
3. *Руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста - второе издание 2017год;*
4. *РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК) Версия: Клинические протоколы МЗ РК-2017.*
5. *Руководство по болезням органов дыхания у детей (на основе принципов стратегии PAL ВОЗ). 2010год;*
6. *Руководство по борьбе с туберкулезом в Кыргызской Республике под ред. А.Ш.Алишерова и соавт. – Бишкек. 2008;*
7. *«Практическая пульмонология детского возраста» под редакцией Таточенко В., 3-е издание. 2006;*
8. *Руководство по ведению больных с болезнями органов дыхания на основе стратегии PAL ВОЗ под ред. Бримкулова Н.Н. 2006;*
9. *«Внебольничная пневмония в амбулаторной практике врача педиатра».РМЖ, Заплатников А.Л., Иванов В.А., Леписева В. том13, No17, с.1-8, 2005;*
10. *«Медицинская рентгенология» Л.Д Линденбратен, Л. Б. Наумов.2003;*
11. *Интегрированное ведение болезней детского возраста. ВОЗ ЮНИСЕФ. 2001;*

ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Г.К. Кожоназарова, Таласбек к Б.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра факультетской педиатрии (зав.каф. д.м.н., Алымбаев Э.Ш.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе представлены современные данные о значимости факторов риска в формировании синдрома раздраженного кишечника у детей и обсуждены потенциальные механизмы генеза данной патологии.

Ключевые слова: дети, синдром раздраженного кишечника, факторы риска, анкетирование, функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта.

Введение: Синдром раздраженного кишечника (СРК) - это распространенное функциональное заболевание, клинически характеризующееся абдоминальной болью и нарушением режима опорожнения кишечника. Остается актуальной проблемой современной клинической гастроэнтерологии и педиатрии, поскольку в структуре заболеваемости функциональных нарушений пищеварительного тракта занимает одно из ведущих мест в большинстве стран, а в экономически развитых странах – первое место. Высокая распространенность функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) среди детей позволяет отнести данную группу патологий к наиболее значимым социально-экономическим проблемам современной медицины.

Цель исследования: изучить значимость факторов риска формирования различных форм синдрома раздраженного кишечника у детей.

Материалы и методы исследования:

В рамках данного исследования проанализированы данные 45 пациентов с выявленным синдромом раздраженного кишечника и 15 пациентов с функциональными расстройствами верхнего отдела

желудочно-кишечного тракта без синдрома раздраженного кишечникам (функциональное расстройство желудка, дискинезия желчевыводящих путей), в возрасте от 4 до 17 лет. Исследование проводилось путем анкетирования по специально разработанной карте. Всем пациентам предлагались специальные анкеты, в которых родители пациентов отмечали анамнестические данные. Всего в анкетировании принимало участие 60 детей, которые были поделены на 3 группы по 15 человек, исходя от вида синдрома раздраженного кишечника (с запором, диареей и смешанный вариант). Кроме этого была выделена контрольная группа из 15 детей с функциональными расстройствами верхнего отдела ЖКТ и билиарной системы без наличия синдрома раздраженного кишечника.

Результаты исследования и обсуждение:

При сборе анамнестических данных были определены возраст и пол обследованных детей. Результаты анкетирования представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение детей в зависимости от возраста и пола

Пол	Возраст					
	4-10 лет		11-17 лет		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Мальчики	12	20	15	25	27	45
Девочки	16	26,6	17	28,3	33	55
Всего	28	46,6	32	53,3	60	100

Для детальности дети были поделены по возрастам от 4 до 10 лет и от 11 до 17 лет. В таблице показано, что девочки чаще сталкиваются с данной патологией. Также видно, что с возрастом увеличивается частота функциональных нарушений пищеварительного тракта. Эти показатели подтверждают исследования других авторов.

При анализе анкетных данных наблюдается влияние наследственности на риск возникновения СРК у детей, на это указывает наличие заболевания желудочно-кишечного тракта у кого-то из родственников первой линии. В таблице 3 указано, что наследственный фактор имел значение у пациентов с СРК у 35 ребенка, что составило 77,7% от общего количества, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 66,6%. При этом, наибольший показатель наблюдался у детей из 1-й и 2-ой групп – 93,3%. У детей 3-ей группы наследственный фактор составлял 46,6% (табл. 2.).

Анализ наличия заболеваемости ЖКТ у родителей показывает , что наиболее значимыми являлись хроническая болезнь кишечника (ХБК) и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖиДПК). У детей основных групп ХБК у родителей встречалась в 33,3%, а ЯБЖиДПК в 57,7%, в то время как в контрольной группе в 6,6% и 10,0% случаях.

Таблица 2.

Наследственные факторы в формировании СРК у детей

Наименование	СРК с запором (n=15)		СРК с диареей (n=15)		СРК смешанный (n=15)		абс	%	Контрольная группа (n=15)		P
	абс	%	авс	%	авс	%			абс	%	
Наследственность по патологии ЖКТ-	14	93,3	14	93,3	7	46,6	35	77,7	10	66,6	<0,05
Течение беременности: - с токсикозом	13	86,6	14	93,3	8	53,3	35	77,7	9	60,0	<0,05
Заболевания ЖКТ у родителей: - хроническая болезнь кишечника	6	40	6	40,0	3	20,0	15	33,3	1	6,6	<0,05
- язвенная болезнь желудка и 12п.кишки	10	66,6	10	66,6	6	40	26	57,7	1	6,6	<0,05

Таким образом, можно сделать вывод, что при функциональных нарушениях кишечника наследственный фактор встречается чаще, чем при нарушениях функции верхнего отдела пищеварительного тракта.

Установлено влияние течения беременности и процесса родов на показатели детской заболеваемости, в том числе и при СРК (рис. 1). Неблагоприятное течение, различная патология беременности и родов значительно сказывается на нарушениях функции различных органов и систем. Токсикозы беременности были у матерей пациентов с СРК в 35 случаях (77,7%). В контрольной группе этот показатель составил 60,0%. Самые большие значения наблюдались во второй группе (93,3%) – это дети с СРК с диареей.

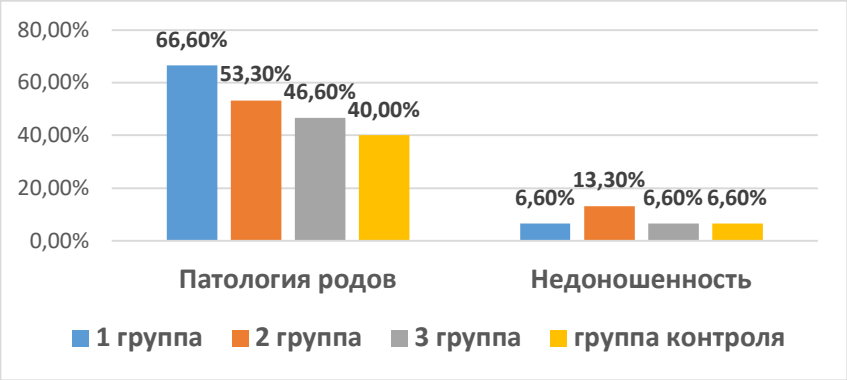


Рис. 1. Влияние течения беременности и родов на развитие СРК у детей

Патологическое течение родов (длительный безводный период, обвитие пуповины, асфиксия и т.д.) встречалось в 25 случаях, что равняется 55,5%. В контрольной группе этот коэффицент ниже и составил 40,0%, что тоже является достаточно высоким показателем, но также как и ранее, данный фактор имеет большее значение у детей с СРК, чем детей в контрольной группе. По группам патологическое течение родов распределилось следующим образом – 66,6%, 53,3% и 46.6% соответственно в 1,2 и 3-ей группах.

Недоношенность как один из факторов, влияющих на функциональную зрелость ребенка, наблюдалась в основных группах в 8,8% случаев, а в контрольной группе – в 6,6% (рис. 1.).

Не раз доказано долгосрочное влияние характера вскармливания детей раннего возраста, которое может оказать долгосрочное влияние на состояние их здоровья – позволяет обеспечить оптимальный рост и развитие младенца и предотвратить возможные отдаленные последствия дефицитных состояний. Переход на искусственное вскармливание является одним из факторов, нарушающих нормальное функционирование пищеварительной системы. В 13,3 % дети с СРК были переведены на искусственные смеси, при этом наибольшее значение наблюдалось у детей из второй группы – 20,0%. А в контрольной группе данный фактор присутствовал у 4 детей, что составило 26,6%. Исходя из этого , сделан вывод, что искусственное вскармливание является фактором риска во всех группах, и имеет большее значение для формирования функциональных нарушений органов верхнего отдела ЖКТ (табл. 3.).

Нарушения питания в раннем возрасте отмечались у 21,1% детей с СРК и у 10,0% детей в контрольной группе. Самое большое количество детей с нарушением питания в раннем возрасте наблюдались среди детей второй группы – 30,0%. Этот факт имеет большое значение, так как недостаток питания значительно отражается на функциях всех органов и систем и в частности пищеварительной системы.

Частое необоснованное использование лекарственных средств, в особенности, частая антибактериальная терапия, оказывают неблагоприятный эффект в процессе функционирования желудочно-кишечного тракта. Разрушая микрофлору кишечника, нарушает чувствительную экосистему, создавая бактериальный дисбаланс. В результате, приводит к нарушению общего состояние здоровья ,в частности к синдрому раздраженного кишечника. Выяснилось, что группах с СРК частота составила 82,2%, а в контрольной группе – 40,0%. При этом, наиболее высокие цифры оказались в первой и второй группах – 93,3% (табл. 3.).

Большую значимость имели перенесенные острые кишечные инфекции – у детей в 1-ой группе 73,3%, второй группы – 80.0%, в третьей группе – 46,6%. В итоге процент перенесенных ОКИ

составил у детей основных групп – 66,6%, а в контрольной – 13,3%. Как видно, у пациентов с СРК с диареей наблюдался самый высокий процент заболеваемости ОКИ.

Как известно, аллергические заболевания у детей провоцируются патологическими, количественными и качественными изменениями микрофлоры кишечника. Так, аллергия у детей с СРК встречалась в 15,5%, а в контрольной – 6,6%.

Паразитарные заболевания также зачастую являются спутниками СРК и влияют на функционирование ЖКТ. Так гельминтозы различного генеза (энтеробиоз, лямблиоз, аскаридоз) встречался у детей с СРК в 44,4% случаях, и в контрольной группе – 26,6% (табл. 3.).

Таблица 3.

Частота встречаемости неблагоприятных факторов у обследованных детей

Наименование	СРК с запором (n=15)		СРК с диареей (n=15)		СРК смешанный (n=15)		абс	%	Контрольная группа (n=15)		P
	абс	%	авс	%	авс	%			абс	%	
Характер вскармливания: - искусственное	2	13,3	3	20,0	1	6,6	6	13,3	4	26,6	<0,05
Отставание в весе с раннего возраста	2	13,3	4	26,6	2	13,3	8	17,7	1	6,6	<0,05
Частая антибактериальная терапия	14	93,3	14	93,3	9	60,0	37	82,2	6	40,0	<0,05
Аллергические заболевания	2	13,3	3	20,0	2	13,3	7	15,5	1	6,6	<0,05
Острые кишечные инфекции	11	73,3	12	80,0	7	46,6	30	66,6	2	13,3	<0,05
Гельминтозы	9	60,0	5	33,3	6	40,0	20	44,4	4	26,6	<0,05

Заключение: Исходя из результатов анкетирования выявлено, что наследственная отягощенность, неблагоприятное течение беременности и родов, впоследствии дополненные нарушениями характера питания, частыми заболеваниями, плохими социально-бытовыми условиями являются потенциальными факторами риска возникновения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта, в частности синдрома раздраженного кишечника.

Литература:

1. *Андреев, Д.Н. Д.Т. Дичева// Синдром раздраженного кишечника .Справ. поликлин. врача. – 2015.*
2. *Guagnozzi D., Arias A., Lucendo A.J.// Systematic review with meta-analysis: diagnostic overlap of microscopic colitis and functional bowel disorders Aliment. Pharmacol. Ther. – 2016.*
3. *Ивашкин, В.Т. ,Е.А. Полуэктова// Синдром раздраженного кишечника: патофизиологические и клинические аспекты проблемы– 2015-журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. –*
4. *Longstreth G.F., Tieu R.S. //Clinically Diagnosed Acute Diverticulitis in Outpatients: Misdiagnosis in Patients with Irritable Bowel Syndrome 2016.*
5. *Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Полуэктова Е.А. и др.// Оценка динамики симптомов функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2016.*
6. *Мязин, Р. Г.// Синдром раздраженного кишечника: от диагноза до лечения /Медицинский совет. – 2016.*
7. *И.Б. Хлынов, Е.Б. Фрезе, Рябинина и др. // Синдром раздраженного кишечника: современные представления о заболевании и перспективы терапии. – 2016.*

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА СОБЛЮДЕНИЯ КРИТЕРИЕВ ВОЗ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Дыйканалиева Ж.Н., Чернышева Е.А., Асанов Э.Н., Базарбаева А.Т.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Введение: Пневмония у детей раннего возраста по-прежнему является одной из самых актуальных проблем в педиатрии. Ежегодно в мире регистрируется 120 миллионов случаев пневмонии. Несмотря на достижения современной медицины в лечении и профилактике этого заболевания, оно и сегодня значительно распространено среди детей.

В России заболевают от 4 до 15 на 1000 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет.

В мире 45% пневмоний связано с загрязнением окружающей среды, которые значительно влияют на тяжесть течения всех бронхо-легочных заболеваний. На сегодняшний день в Кыргызстане, в частности городе Бишкек, регистрируется резкое загрязнение воздуха. Индекс качества на конец января 2021 года составляет 488, при норме 0-50.

Следует остановиться и на влиянии пандемии COVID-19 на росте заболеваемости среди детей. По данным мировых источников около 2% детей являются пациентами с диагностированными случаями COVID-19. В Российской Федерации дети составляют 6-7% зарегистрированных случаев. В Кыргызстане короновирусной инфекцией переболело более 600 детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Заболеваемость регистрируется и у новорожденных. Одним из грозных осложнений COVID 19 является пневмония.

Пневмония – одна из основных причин смертности детей. Только в 2018-2019 годах она унесла жизни 800 тысяч малышей в возрасте до пяти лет: каждые 39 секунд умирал один ребенок. При этом заболевание, известное в быту как воспаление легких, легко диагностируется и поддается лечению.

В 2018 году в мире от пневмонии погибло больше детей в возрасте до пяти лет, чем от малярии, диареи и кори вместе взятых. При этом ее можно предотвратить или вылечить при помощи вакцинации и антибиотикотерапии.

Соблюдение критериев ВОЗ в диагностике пневмоний на первичном уровне позволяет своевременно выставить диагноз, значительно снизить тяжесть течения пневмонии у детей.

Цель работы: “Оценить использование в практическом здравоохранении у детей в возрасте до 5 лет критериев ВОЗ при диагностике тяжести течения пневмонии в условиях стационара”.

Материалы и методы:Приказом №42 МЗ КР от 18 января 2017 года был утвержден Карманный справочник 2й редакцииВсемирной Организацией Здравоохранения как национальное клиническое руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста, который включил «Руководство по болезням органов дыхания у детей (на основе принципов стратегии PALBOЗ)» в 2007 – 2010 гг.

В Карманном справочнике выделены следующие критерии диагностики нетяжелой пневмонии:

- Учащенное дыхание (до 2 мес. ≥60/мин, 2-11 мес. ≥50/мин, 1-5 лет ≥40/мин.);
- Втяжение уступчивых мест грудной клетки;
- Ослабление голосового дрожания;
- Аускультативные признаки пневмонии (ослабленное дыхание, бронхиальное дыхание, влажные хрипы, ослабление голосового дрожания над плевральным экссудатом или усиление – над долевым уплотнение, шум трения плевры;

Критерии тяжелой пневмонии;

- Центральный цианоз или насыщение кислородом <90% при пульсоксиметрии, тяжелая дыхательная недостаточность (стонущее дыхание, выраженные втяжения уступчивых мест грудной клетки);
- Не способность сосать грудь или пить;
- Заторможенность;
- Судороги.

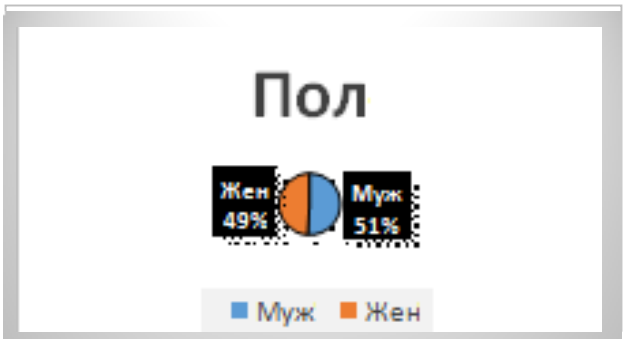
Признаками тяжелой пневмонии по критериям ВОЗ является наличие одного из следующих признаков: насыщение кислородом менее 90%, выраженные втяжения уступчивых мест грудной клетки.

Методом сплошной выборки были проанализированы истории болезни детей, госпитализированных в стационар на лечение по неотложной помощи с бронхо-легочной патологией. Общее количество историй болезни, взятых на исследование составляло516. Нами было проанализировано 334 историй с диагнозом: “Острая внебольничная пневмония” в возрасте от 2 месяцев до пяти лет, находящихся на стационарном лечении ГДКБСМП в период с декабря 2019г. по февраль 2020г.

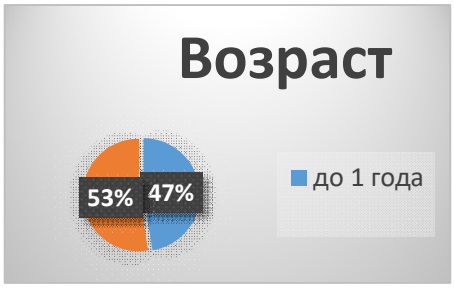
Для проведения исследовательской работы была разработана анкета включающая: возраст, пол, критерии пневмонии: частота дыхания, одышка, раздувание крыльев носа, втяжение межреберий, втяжение нижней части грудной клетки, ослабление дыхания, влажные хрипы, насыщение крови кислородом, отказ от груди,

Результаты исследования: По результатам исследования дети до 1 года составляют 47.3% из 334случаев, дети от 1 года до 5 лет-52.7% из 334 случаев. По половой принадлежности заболеваемость мальчиков на 2% больше девочек. По критериям: частота дыхания у детей от 1 года до 5 лет в пределах 30-40 в минуту отмечалась в 12% клинических случаев, в пределах 41-50 дыханий в минуту в45% клинических случаев, более 50 дыханий в минуту зарегистрировано в43% клинических случаях. По критерию сатурация кислорода методом пульсоксиметрии(Sp O2), в интервале ниже 90% – зарегистрировано 4% клинических случаев, в интервале от 90-94% зарегистрировано 65% всех исследованныхслучаев, в интервале 95-100%, что соответствует нормальным показателям, зарегистрировано 31% клинических случаев. Одышка наблюдалась у 82,9% из 334 случаев, втяжения уступчивых мест грудной клетки у 58.7% из 334 клинических случаев, втяжение межреберий у 36.2% из 334 клинических случаев, раздувание крыльев носа у 12.6% из 334историй, локальное ослабление дыхания наблюдалось у 87,6% из 334 случаев, влажные хрипы- 82,1% из 334 случаев, отказ от груди у 33.8% из 334 случаев. При этом у детей до 1 года одышка отмечалась 5,4% из 334 клинических случаев, от 1-5 лет 22% из 334 клинических случаев.

Анализ заболеваемости пневмонии по полу



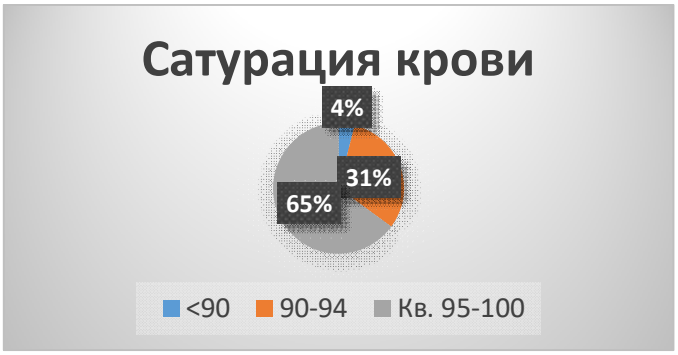
Анализ заболеваемости пневмонии по возрасту



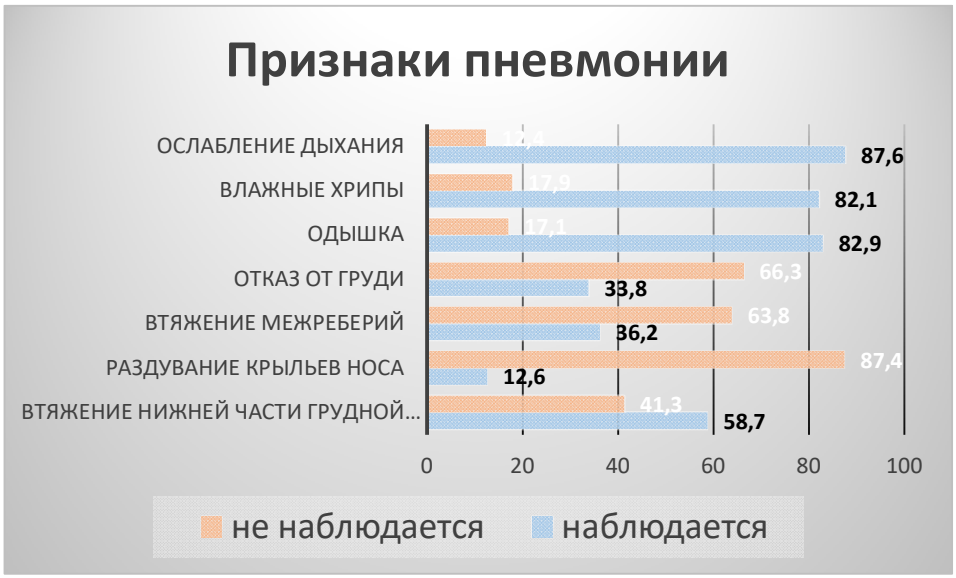
Дети до 1 года болеют на 6 % чаще, чем дети старше 1 года

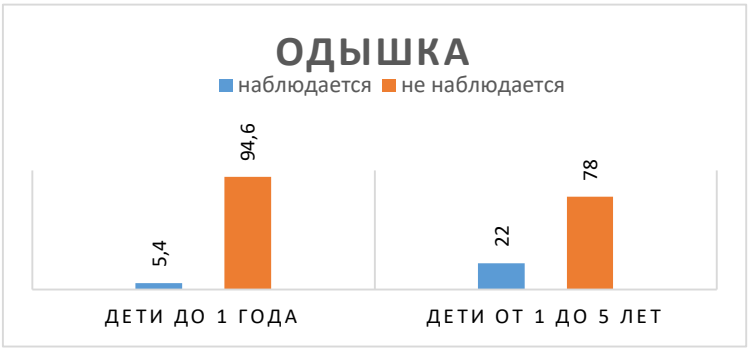
Анализ пневмонии по частоте дыхания

Анализ степени насыщенности крови кислородом при пневмонии



Анализ по диагностическим признакам пневмонии





У детей до 1 года одышка отмечалась в 5,4% клинических случаев, от 1-5 лет 22% клинических случаев.

Заключение: В период с декабря 2019 года по февраль 2020 года на стационарном лечении в ГДКБ СМП г. Бишкек находилось 334 ребенка в возрасте от 2 месяцев до 5 лет с клиническим диагнозом «Острая внебольничная пневмония». Ведущим признаком было ослабление дыхания. Так как признаками тяжелой пневмонии по критериям ВОЗ является наличие одного из следующих признаков: насыщение кислородом менее 90%, выраженные втяжения уступчивых мест грудной клетки, то у 196 детей до 5 лет имеет место тяжелая пневмония.

Учитывая, что в 2019-2020 гг. отмечался подъем заболеваемости в связи с пандемией COVID-19, сопровождающейся пневмонией у взрослых. А у детей, лабораторно подтвержденная короновирусная инфекция протекает в 90% случаев бессимптомно или в легкой форме. Целесообразно проанализировать течение пневмонии у детей с COVID-19. Даже случайно поступивших в стационар не представлялось возможным.

Выводы: Таким образом исходя из поставленной цели можно сделать заключение: дети госпитализированные в отделение неотложной соматики ГДКБСМП с диагнозом пневмонии(код по МКБ 10-J18.9)имели клинические проявления пневмонии, соответствующие критериям ВОЗ в 88% случаев. Из них 13% пневмония имела тяжелое течение (код по МКБ 10 – U04.9), осложненное респираторным дистрессом.

В 12% диагноз пневмонии был установлен без соблюдения диагностических критериев, указанных в «Руководстве по болезням органов дыхания у детей (на основе принципов стратегии PALBOЗ)».

Учитывая проведенный анализ, следует дать рекомендации для практического здравоохранения в четком соблюдении критериев и описании их в истории болезни.

Литература:

1) *Российское респираторное общество Межрегиональное педиатрическое респираторное общество Федерация педиатров стран СНГ Московское общество детских врачей. 102566_09_09_15(_2).indd (mosgorzdrav.ru)*
2) *статья Комаровского в журнале "О крохе" Е. Комаровский: пневмония у детей, симптомы и лечение воспаления легких (o-krohe.ru)*
3) *РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК)Версия: Клинические протоколы МЗ РК – 2017.*
   1) *Наурызалиева Шамшагуль Тулеповна – кандидат медицинских наук, заведующая отделения пульмонологии РГКП на ПХВ «Научный центр педиатрии и детской хирургии» г.Алматы.*
   2) *Садибекова Лейла Данигалиевна – кандидат медицинских наук, старший ординатор-консультант отдела педиатрии КФ «UMC» «Национальный научный центр материнства и детства» г. Астана*
   3) *Жанузакова Назгуль Таупиховна – старший врач ординатор отделения пульмонологии РГКП на ПХВ «Научный центр педиатрии и детской хирургии» г. Алматы.*
   4) *Табаров Адлет Берикболович – начальник отдела инновационного менеджмента РГП на ПХВ «Больница медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан», клинический фармаколог.*

   Пневмония у детей > Клинические протоколы МЗ РК - 2017 >MedElement
4) *Официальный сайт World Health Organization: Pneumonia (who.int)*
5) *WEO-2017 Special Report: Energy Access Outlook, International Energy Agency, 2017*
   Household air pollution and health (who.int)
6) *Институт показателей и оценки здоровья (IMHE). (2014). Ускоряя темп: прогресс и проблемы в борьбе с детской пневмонией.*
   Макаллистер, Д.А., Лю, Л., Ши, Т., Чу, Ю., Рид, К., Берроуз, Дж,... И Наир, Х. (2019). Глобальные, региональные и национальные оценки заболеваемости и смертности от пневмонии у детей младше 5 лет в период с 2000 по 2015 год: систематический анализ. The Lancet Global Health, 7 (1), e47-e57.
   Уоткинс, К., иШридхар, Д. (2018). Пневмония: глобальная причина без чемпионов. Ланцет, 392 (10149), 718-719.
   Редакция журнала LancetGlobalHealth (2018). Позорное пренебрежение детской пневмонией. Ланцет. Глобальное здоровье, 6 (12), e1253.
   Дхерани, М., Поуп, Д., Маскареньяс, М., Смит, К.Р., Вебер, М., и Брюс, Н. (2008). Загрязнение воздуха внутри помещений в результате использования необработанного твердого топлива и риск пневмонии у детей в возрасте до пяти лет: систематический обзор и метаанализ.
   Дополнениек: McAllister DA, Liu L, Shi T, et al. Глобальные, региональные и национальные оценки заболеваемости и смертности от пневмонии у детей младше 5 лет в период с 2000 по 2015 год: систематический анализ. LancetGlobHealth 2018; опубликовановсети 26 ноября.
   Pneumonia - Our World in Data
7) *Поисковик статьей*
   https://cyberleninka.ru/search?q=%D0%BF%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D1%83%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%B9&page=1
8) *Разработчики:*
   Иманкулова К.Д. – к.м.н, заведующая отделением пульмонологии НЦП и ДХ;
   Наурызалиева Ш.Т. – к.м.н, старший научный сотрудник отделения пульмонологии НЦП и ДХ.
   Согласовано:
   Оспанова З.М. – к.м.н., доцент, республиканский координатор ИВБДВ;
   Кузгибекова С.Б. – заведующая приёмного покоя ГДИКБ, г. Астана;

Сейсебаева Р.Ж. – д.м.н., ведущий специалист орг.отдела, «ННЦМиД»;

Садвакасова М.А. – координатор ИВБДВ, УКЦ, г.Астана.
https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D1%83-%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%B9/13774

9) *Ginsburg AS, Cleve WCV, Thompson MIW, English M, 2012. Oxygen and pulse oximetry in childhood pneumonia: a survey of healthcare providers in resource-limited settings. J Trop Pediatr 58: 389–393.*
Duke T, Mgone J, Frank D, 2001. Hypoxaemia in children with severe pneumonia in Papua New Guinea. Int J Tuberc Lung Dis 5: 511–519.
Chisti MJ, Salam MA, Ashraf H, Faruque ASG, Bardhan PK, Hossain MI, Shahid ASMSB, Shahunja KM, Das SK, Imran G, Ahmed T, 2013. Clinical risk factors of death from pneumonia in children with severe acute malnutrition in an urban critical care ward of Bangladesh. PLoS One 8: e73728.
Ayieko P, English M, 2007. Case management of childhood pneumonia in developing countries. Pediatr Infect Dis J 26: 432–440.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5508893/

10) *Официальный сайт UNISEF*
Liu, Li, etal. (2016), 'Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals', Lancet, 388, 3027-3035.
Campbell, H., et al., 'Measuring Coverage in MNCH: Challenges in monitoring the proportion of young children with pneumonia who receive antibiotic treatment', in PLOS Medicine: published 7 May 2013
https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/

11) *National library of medicine/ National Center for Biotechnology Information*
Epidemiology of COVID-19 Among Children in China: Yuanyuan Dong , Xi Mo , Yabin Hu , Xin Qi , Fan Jiang , Zhongyi Jiang , Shilu Tong.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32179660/

12) *Карманный справочник. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста. Национальная адаптация 2-й редакции карманного справочника ВОЗ для Кыргызстана. Второе издание Карманного справочника было пересмотрено в соответствии с выпущенными руководствами ВОЗ по состоянию на июнь 2012 года.*

УДК 613.96

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА БИШКЕК ИЗ ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ

Н.Н. Бабаджанов, К.Р. Сасаза, Е.А. Чернышева
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра пропедевтики детских болезней (к.м.н., доцент, зав. кафедры Чернышева Е.А.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Бабаджанов Нурсаид Нурмухамедович *- студент 3 курса педиатрического факультета 10 группы.*
0550441151, nursaid-n00@mail.ru

Резюме: Нами была проведена оценка влияния состава семьи школьников г. Бишкек на социальную адаптацию их к внешней среде. Было проанкетировано 450 учащихся старших классов в возрасте от 16 до18 лет, из полных семей - 364 и неполных - 86 семей. Метод оценки проводился с использованием чешского двухфакторного опросника М.Гавлиновой (СВ-«социум-вегетатика») для оценки характера адаптации, содержащего анкету «социума» из 20 вопросов. Алгоритм оценки социальной адаптированности: сумма баллов складывается из положительных ответов и отрицательных ответов на основные утверждения этого теста. По результатам опросника было выделено 4 группы подростков в зависимости от степени социальной адаптированности. Полученные результаты показали, что состав семьи не влияет на социальную адаптацию и следственно на способность человека приспосабливаться к различным требованиям среды. Хотя при этом девочки более подвержены попаданию в группу риска, поэтому они требуют к себе большего внимания.

Ключевые слова: социальная адаптация, полные и неполные семьи, ученики старших классов, опросник Гавлиновой, мальчики и девочки, группа риска, дезадаптанты.

ТОЛУК ЖАНА ТОЛУК ЭМЕС ҮЙ-БҮЛӨЛӨРДӨН БИШКЕК ШААРЫНЫН ОКУУЧУЛАРЫНЫН СОЦИАЛДЫК АДАПТАЦИЯСЫНА БАА БЕРҮҮ

Н.Н. Бабаджанов, К.Р. Сасаза, Е.А. Чернышева
И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Балдар ооруларынын проподевтикасы кафедрасы (к.м.н., доцент, кафедра башчысы Чернышева Е.А.)
г. Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Биз Бишкек шаарынын окуучуларынын үй-бүлө курамынын тышкы чөйрөгө тийгизген таасирин баалоо жүргүздүк.16 жаштан 18 жашка чейинки жогорку класстын окуучулары банкрот болгон, толук үй-бүлөлөрдөн 364 жана толук эмес үй-бүлөлөрдөн – 86 үй-бүлө. Баалоо методу пайдалануу менен жүргүзүлгөн чехиялык «двухфакторный опросник М. Гавлиновой» (ЗА-"социум" - вегетатика") баалоо үчүн мүнөздөгү адаптациялоо камтыган анкета "социумдун" ичинен 20 маселелерди. Социалдык адаптацияланууну баалоонун алгоритми: баллдардын суммасы оң жооптордон жана бул тесттин негизги тиркемелерине терс жооп берүүдөн түзүлөт. Сурамжылоонун жыйынтыгы боюнча өспүрүмдөрдүн социалдык адаптациялуулук деңгээлине карата 4 тобу бөлүнгөн. Алынган натыйжалар көрсөткөндөй, үй-бүлөнүн курамы социалдык адаптацияга жана айланачөйрөнүн ар кандай талаптарына ылайыкташууга адамдын жөндөмүнө таасир этпейт. Бул учурда кыздар тобокелдик тобуна кабыл көбүрөөк туруштук бере алган, бирок, алар көбүрөөк көңүл талап кылат.

Негизги сөздөр: социалдык адаптациялоо, толук жана толук эмес үй-бүлө, бала-салттар, Гавлинованын суроолору, балдар жана кыздар, топ коркунуч, дезадаптанты.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF SOCIAL ADAPTATION IN BISHKEK CITY SCHOOLCHILDREN FROM FULL AND INCOMPLETE FAMILIES

N.N. Babadzhanov, K.R. Sasaza, E.A. Chernysheva
Kyrgyz state medical academy n. I.K. Akhunbayev
Department of Propaedeutics of Children's Diseases (cms, associate professor- Chernysheva E.A.)
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: We evaluated the influence of the family composition of Bishkek schoolchildren on their social adaptation to the external environment. 450 high school students aged 16 to 18 years were surveyed, 364 from full families and 86 from incomplete families. The assessment method was carried out using the Czech two-factor questionnaire of M. Gavlinova (SV-"society-vegetatics") to assess the nature of adaptation, containing a questionnaire of "society" of 20 questions. Algorithm for assessing social adaptability: the sum of the points consists of positive responses and negative responses to the main statements of this test. According to the results of the questionnaire, 4 groups of adolescents were identified, depending on the degree of social adaptation. The results showed that the family composition does not affect social adaptation and, consequently, the ability of a person to adapt to different environmental requirements. Although at the same time, girls are more likely to fall into the risk group, so they require more attention.

Keywords: social adaptation, full and incomplete families, high school students, Gavlinova's questionnaire, boys and girls, risk group, maladaptants.

Введение. В последнее время вопросы социальной и учебной адаптации школьников находятся в центре внимания многих наук: педагогики, психологии, медицины, физиологии и др. [1]. Каждая наука, в свою очередь, определяет социальную адаптацию, через собственную призму. К примеру, философский смысл адаптации - деятельное отношение, которое формируется между личностью и социальной средой и служит для решения возникающих между ними противоречий [2]. В психологии же, под социальной адаптацией понимают- постоянный процесс активного приспособления индивида к условиям социальной среды, а также результат этого процесса [3].

В целом, «под адаптационной способностью» понимается способность человека приспосабливаться к различным требованиям среды без ощущения внутреннего дискомфорта и без конфликта с окружающим миром [4].

Уникальность адаптации заключается в том, что в течение жизни человек сталкивается с необходимостью осознания и принятия (или же отвержения) различных элементов социальной среды [5].

В свою очередь, низкий уровень социальной адаптации, называют социальная дезадаптация - регрессия адаптированности личности к своей социальной среде, ведущая к серьезным нарушениям взаимодействия личности с социальной средой [6].

Усложнение социальной среды, ускорение темпа жизни общества, многообразие противоречивой информации, снижение воспитательного потенциала семьи негативным образом сказываются на процессах социализации и социальной адаптации, только формирующегося сознания школьников [1]. Подростку необходимо знать и придерживаться целей и норм, принятых в обществе, форм поведения, уметь быстро приспосабливаться к меняющимся условиям социальной среды. Но, учитывая возрастные особенности подростка, кризисный характер этого периода социальная адаптация может затрудняться [7].

Материалы и методы

Нами было проведено анкетирование учащихся 5 школ г. Бишкек. Количество учеников принявших участие в исследовании - 450, из полных семей - 364 (мальчиков - 140, девочек - 224), неполных- 86 (мальчиков - 33, девочек - 53). Всего мальчиков - 173, девочек - 277. Возрастная категория подростков 16-18 лет.

Метод оценки проводился с использованием чешского двухфакторного опросника М.Гавлиновой (СВ-«социум-вегетатика») для оценки характера адаптации. Он содержит анкету «социума», которая содержит 20 вопросов . Обследуемый должен оценить себя, выбрав ответ «ДА» или «НЕТ», согласившись или не согласившись с предложенными утверждениями следующих вопросов.

Алгоритм оценки социальной адаптированности: сумма баллов складывается из положительных ответов на утверждения №1,3,5,6,7,10,12,15,17,19 и отрицательных ответов на остальные утверждения этого теста (2,4,8,9,11,13,14,16,18,20).

Остальные варианты ответов не учитывались. Оценочная шкала социальной адаптированности варьирует от 0 до 20 баллов, где начало шкалы (ноль баллов) соответствует состоянию полной социальной дезадаптации, 20 баллов - хорошей способности к социальной адаптации. Чем выше оценочный бал, тем лучше социальная адаптированность.

По шкале социальной адаптированности у юношей показатели ниже 8 баллов (1 группа) соответствуют плохой социальной адаптированности (социальная дезадаптация). Показатели от 13 баллов и выше (4 группа) указывают на высокие способности к социальной адаптированности. Показатели от 9-12 баллов соответствуют 2 (9-10 баллов) и 3 (11-12 баллов) группам, говорят о среднем уровне способности к социальной адаптации.

У девушек за низкий уровень социальной адаптированности принимаются оценочные баллы, попадающие в диапазон первой группы, что включает все показатели от 9 и ниже баллов. Соответственно нормальные уровни находятся в пределах 2 и 3 групп (10-13 баллов). Индивидуальный балл выше 13 баллов (4 группа) говорит о высокой социальной адаптированности.

Подсчет данных проводился программой Statistica 8

Результаты и их обсуждение:

Таблица 1.

Социальная адаптация, учащихся города Бишкек

	Юноши		Девушки	
	Абсол. число	%	Абсол. число	%
1 гр	20	11,5%	73	26,4%
2 гр	38	22%	71	25,6%
3 гр	51	29,5%	80	28,9%
4 гр	64	37,5%	53	19,1%
Всего	173	100%	277	100%

По шкале социальной адаптированности среди общего количества мальчиков (табл. 1) наблюдалась следующая тенденция: социальная дезадаптация наблюдалась у 11,5% юношей, средний нормальный уровень у 51,5% и хорошая способность к социальной адаптации (дальше СА) у 37,5 %. У девочек (всех (табл. 1)) в группу с низким уровнем СА попали 26,4%, в среднюю нормальную группу 54,5%, с хорошим показателем СА 19,1% девушек.

Таблица 2.

Социальная адаптация юношей из полных семей

М	1 гр	2 гр	3 гр	4 гр
Абс.число	16	32	42	50
В %	11,4%	22,9%	30%	35,7%

У юношей из полных семей (табл. 2) в группу риска вошли 11,4% юношей, а у 35,7% выявлен высокий уровень СА. При этом нормальный уровень выявлен у 52,9% юношей из полных семей.

Таблица 3.

Социальная адаптация девушек из полных семей

М	1 гр	2 гр	3 гр	4 гр
Абс.число	59	54	67	44
В %	26,3%	24,1%	29,9%	19,7%

У девушек из полных семей (табл. 3) в группу риска попали 26,3%, со средним нормальным результатом 54% человек. Хорошую способность к СА показали лишь 19,7% девушек из полных семей.

Таблица 4.

Социальная адаптация юношей из неполных семей

М	1 гр	2 гр	3 гр	4 гр
Абс.число	4	6	9	14
В %	12,1%	18,2%	27,3%	42,4%

У юношей из неполных семей (табл. 4) хороший уровень социальной адаптированности показали 42,4% исследуемых, средний нормальный уровень составил - 45,5%, и в группу риска попали 12,1% человек

Таблица 5.

Социальная адаптация девушек из неполных семей

М	1 гр	2 гр	3 гр	4 гр
Абс.число	14	17	13	9
В %	26%	32%	25%	17%

У девушек из неполных семей (табл.5) хороший уровень способности к СА показали 17%, средний нормальный уровень - 57% и крайне низкий 26% человек.

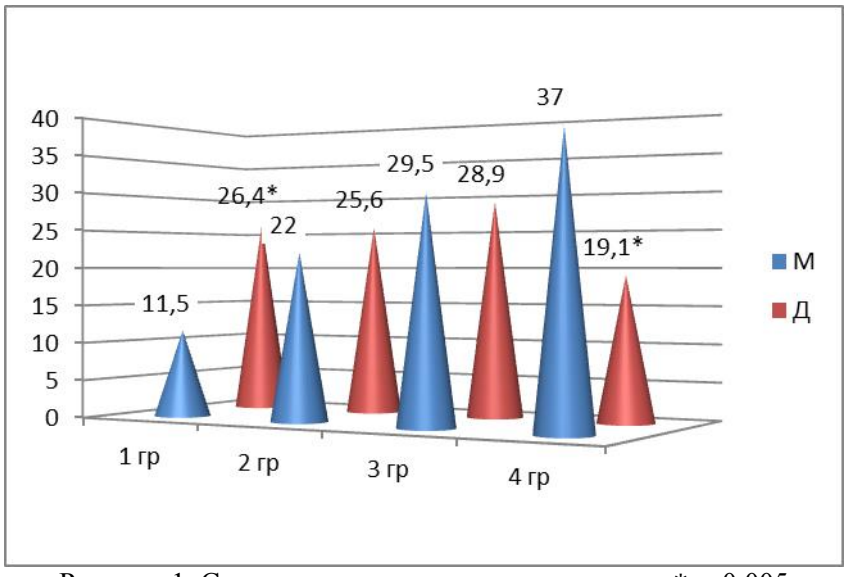


Рисунок 1. Сравнение всех мальчиков и девочек *-p‹0,005

При сравнительной оценке мальчиков и девочек из полных и неполных семей (рис.1) нами было выявлено, что в целом мальчики достоверно способнее к социальной адаптации 37%, чем девочки 19,1% (p‹0,005). В группу риска достоверно попал больший процент девушек 26,4%, чем мальчиков 11,5% (p‹0,005).

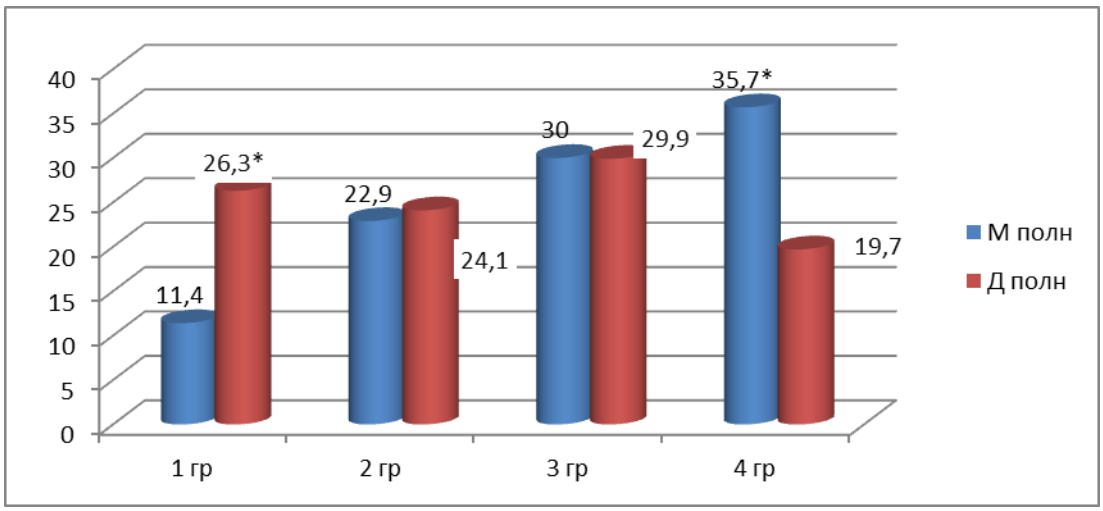


Рисунок 2. Сравнение мальчиков и девочек из полных семей *-p‹0,005

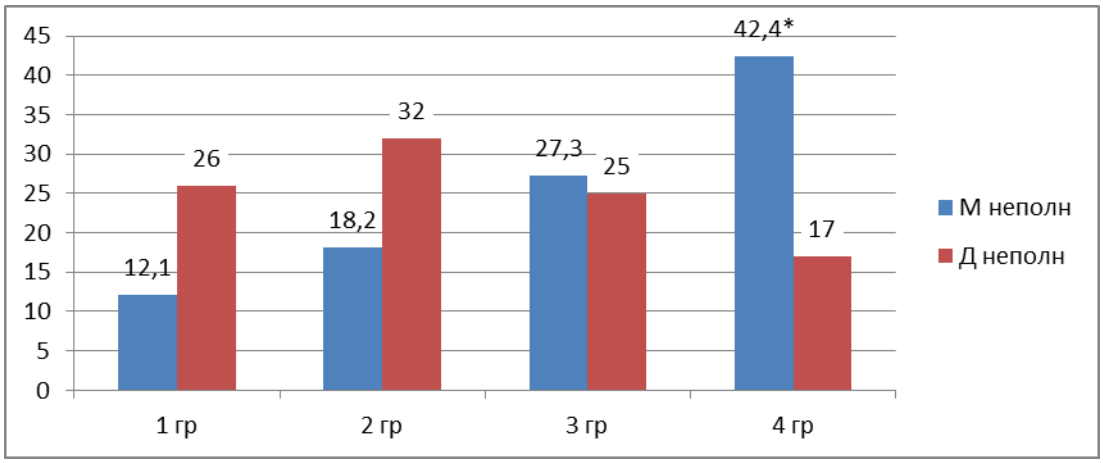


Рисунок 3. Сравнение мальчиков и девочек из неполных семей *-p‹0,005

При сравнении мальчиков и девочек в подкатегориях (рис. 2 и 3) результаты были аналогичны.

При сравнении результатов у мальчиков из полных семей и мальчиков из неполных семей существенной разницы выявлено не было. Такие же результаты мы получили и у девочек.

Заключение

В ходе нашего исследования нами было установлено, что состав семьи не влияет на социальную адаптацию и следственно на способность человека приспосабливаться к различным требованиям среды. При этом девочки более подвержены попаданию в группу риска, поэтому они требуют к себе большего внимания.

Список литературы:

1. Полынская И.Н. Социальная адаптация школьников средствами этнохудожественного образования //Журнал Фундаментальные исследования. Москва, 2014. № 9 (часть 2). С. 418-423

2.Ростовцева М.В., Хохрина З.В.Социальная адаптация: философские основания исследования. // Философия и культура.2017.№ 5.С. 89-97.

3. Елгина Л.С. Социальная адаптация студентов в вузе//Вестник Бурятского государственного университета. Бурятия, 2010. С.164.

4.Разумовская Е. Социализация студенческой молодежи // Учитель.Москва,2005.№2. С.11-12.

5. Телина И.А., Лосева А.А. Социально-психологические аспекты адаптации студентов к образовательным условиям вуза.//Журнал «Профессиональное становление и развитие личности».Москва,2018.С.134.

6. Киселева Е.В., Киселев Н.Н.Адаптация студентов в высшем учебном заведении: анализ затруднений, поиск ресурсов // Сибирский педагогический журнал. Сибирь, 2019.С.60.

7. Малышева Е.В., Черняева Т.Н. Социальная адаптированность учащихся в учреждениях дополнительного образования//Студенческий научный форум. Саратов,2016.

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Жолонова А.М.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра патологической физиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Анализ влияния этиологических факторов, способствующие развитию гнойно-септических патологий.
Ключевые слова: эндометрит, инфекция, сепсис.

АР КАНДАЙ ЭТИОЛОГИЯЛЫК ФАКТОРЛОРДУН ИРИҢ-СЕПТИКАЛЫК, ГИНЕКОЛОГИЯЛЫК ПАТОЛОГИЯНЫН ӨСҮШҮНДӨГҮ РОЛУ

Жолонова А.М.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
патологиялык физиология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Ириң-септикалык патологиясынын өсүшүндөгү этиологиялык факторлордун таасирин анализдөө.
Негизги сөздөр: эндометрит, инфекция, сепсис.

A PART OF VARIOUS ETIOLOGICAL FACTORS IN DEVELOPMENT OF PUS SEPTICAL GYNAECOLOGICAL PATHOLOGY

Zholonova A.M.
KSMA named after I.K. Akhunbaev
Department of Pathological Physiology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Analysing the role of etiological factors, leading to the development of pus septical pathology.
Key words: Endometritis, infection, sepsis

Актуальность. В 2019 году было зарегистрировано около 1,5 млн. случаев обращений по поводу различных заболеваний, из которых 57% пришлось на женщин и 43%-на мужчин. [1]

В структуре заболеваний наиболее распространенными среди женщин являются болезни мочеполовой и репродуктивной системы-80%. Гнойно-воспалительные заболевания (ГСЗ) продолжают оставаться одной из актуальных проблем современного акушерства. От септических осложнений во всем мире ежегодно гибнет около 150 тысяч женщин. Септические осложнения в послеродовом периоде занимают 1-2 место как причина материнской смертности, деля с акушерскими кровотечениями. [2]

Высокой в Кыргызстане остается материнская смертность. В 2019 году от осложнений беременности, родов и после родового периода зарегистрирована смерть 43 женщин, или почти 25 умерших женщин на 100 тыс. детей, родившихся живыми. [1]

Цель исследования: выявление наиболее распространённого ГСЗ в КР. Анализ этиологических факторов в развитии данного заболевания.

В отделение гнойно-септической гинекологии госпитализируются больные с различными послеродовыми и послеабортными септическими осложнениями со всей республики, расхождением швов на матке после операции кесарево сечения, перитонитами, требующими экстренного вмешательства, воспалительными заболеваниями придатков, внематочной беременностью, апоплексией яичников, перекрутами кист яичников, миомой матки. [3]

Материалы и методы исследования. В Национальном хирургическом центре в отделении гнойно-септической гинекологии под руководством врача-гинеколога Кудайбердиева З.К. были проведены исследовательские работы, обход и опрос пациентов данного отделения.

В данном исследовании были рассмотрены амбулаторные карты 424 пациентов, поступивших в отделение ГСГ за последние полгода (с 07.06.2020- 29.01.2021).

Также проведён опрос пациенток находившихся в послеоперационном стационарном лечении

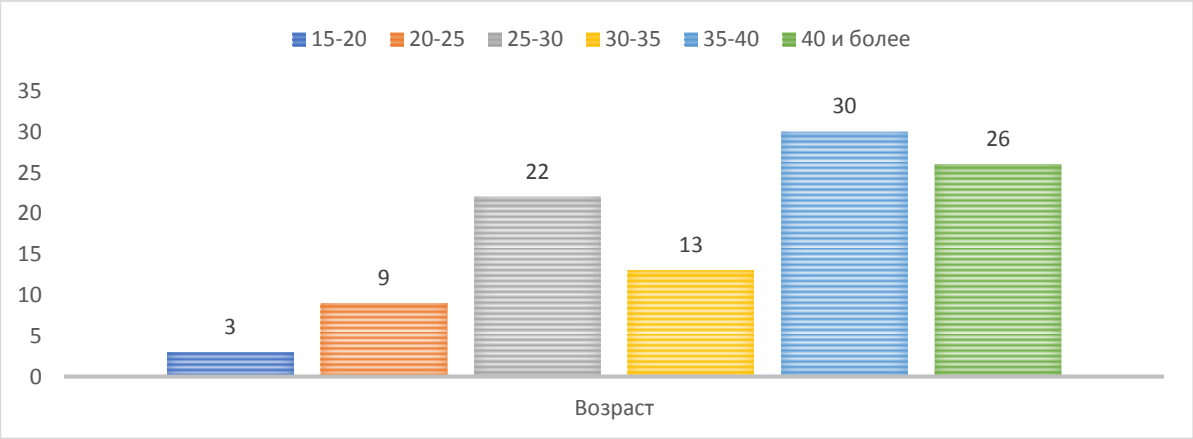


Рисунок 1. Возрастная категория пациенток,
обратившихся за профессиональной медицинской помощью

Собственные результаты.

В ходе исследования были получены данные об анамнезе, особенности течения беременности, родов, послеродового периода.

Были выявлены возраст пациенток, обратившихся за профессиональной медицинской помощью. На первом месте пациентки от 35-40 лет, на втором 40 и более лет, на третьем 25-30 лет.

Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания, наблюдаемые у родильниц, непосредственно связанные с беременностью и родами и обусловленные бактериальной инфекцией.

Одним из факторов, способствующим увеличению инфекционных осложнений в акушерской практике, является широкое применение инвазивных методов диагностики (фетоскопия, амниоцентез, кордоцентез, внедрение в практику оперативных пособий у беременных (хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности при невынашивании беременности). [4]

Факторы риска развития сепсиса во время беременности и после родов: ожирение, нарушение толерантности к глюкозе/сахарный диабет, нарушения иммунитета/прием иммунодепрессантов, анемия и расстройства питания, инфекции органов малого таза в анамнезе, амниоцентез и другие инвазивные процедуры, травмы мягких тканей родовых путей, гематома, кесарево сечение, задержка мертвых тканей в родовом канале (пролонгирование беременности при мертвом плоде, задержка частей плаценты в полости матки и т.д.), затяжные роды, частые вагинальные исследования в родах, кесарево сечение или другие оперативные роды, послеродовые кровотечения, повторные аборты.[5]

У многих женщин, которые умерли от сепсиса, имелся два и более факторов риска. У беременных наиболее часто с септическим шоком ассоциируются инфекции мочевыводящих путей и хориоамнионит.

Предполагают к развитию инфекционного процесса многие осложнения беременности: анемии, предлежание плаценты, пиелонефрит. В 9 из 10 случаев возникновения послеродовой инфекции как такового пути не существует, т.к. происходит активация собственной условно - патогенной флоры (аутозаражение). В других случаях происходит заражение извне устойчивыми госпитальными штаммами при нарушении правил асептики и антисептики. У родильниц после кесарева сечения дополнительным фактором является операционная травма, что влечет за собой более существенное снижение иммунологической реактивности и ее более медленное восстановление, чем после родов через естественные родовые пути. [2]

В результате изучения карточек больных было выявлено, что более 80% пациенток поступают в НХЦ в отделение гнойно-септической гинекологии бригадой скорой помощи после 1-2 дневных сильных приступов. Менее 5% поступают после направления семейного врача. Остальных 15% переводят в отделение с осложнениями из родильных домов.

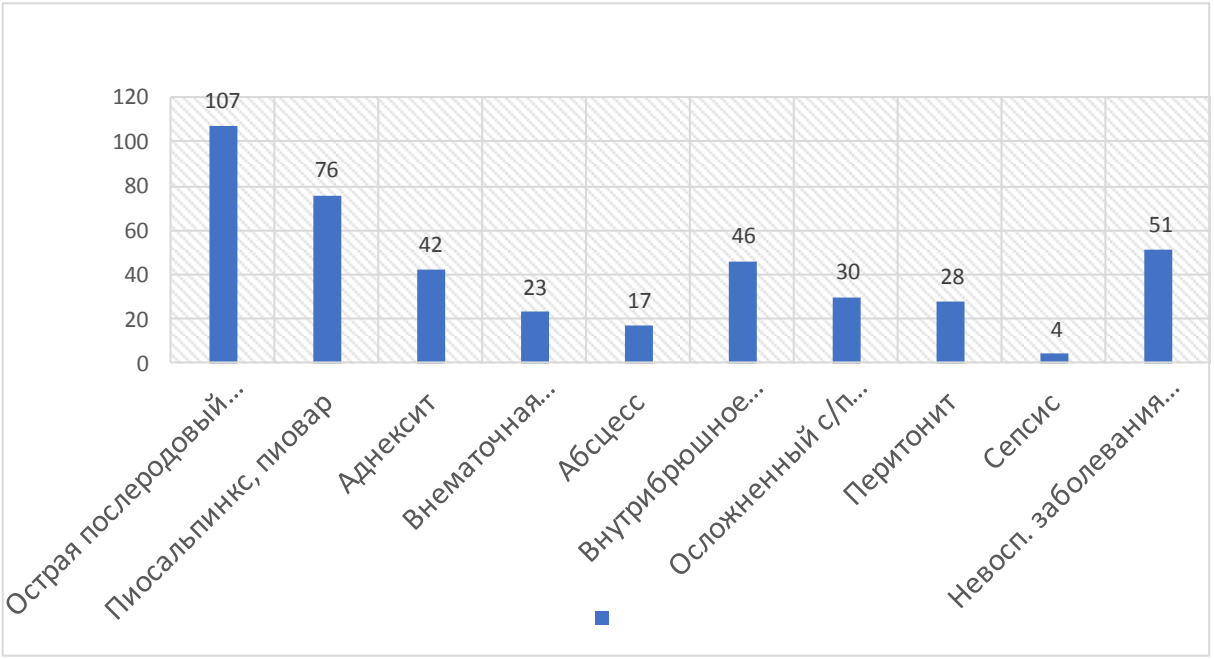


Рисунок 2. Количество пациенток по определенным нозологиям

Среди клинических диагнозов, пациенток лидирует острый послеродовой эндометрит. Это наиболее распространенная форма послеродовой инфекции. Развитие заболевания происходит в родах путем восходящего инфицирования или в послеродовом периоде через раневую поверхность. Частота встречаемости эндометрита после самопроизвольных физиологических родов -1-3%, после протекающих 2-5%, после операции кесарева-сечения от 5 до 20%. Кроме того, у каждой 5-й роженицы хориоамнионит (полимикробная инфекция плодных оболочек и амниотической жидкости) переходит в послеродовой эндометрит.

Пациентки, независимо от формы послеродовых ГСЗ, поступали в гинекологический стационар с жалобами на тянущие боли внизу живота, повышение температуры тела до 38–39°, озноб, слабость, что свидетельствует о том, что специфических различий между неосложненными и осложненными формами не было.

Выводы. Исходя из вышесказанного, можно утверждать, ГСЗ является на сегодняшний день серьезной медико-социальной проблемой. Заболеваемость остается на высоком уровне за счет множества факторов, основные из которых - возраст старше 35 лет, низкий социально-экономический статус, соматические заболевания, особенности течения настоящей беременности, ручное исследование послеродовой матки, оперативное родоразрешение, особенное течение родов, инвазивные методы диагностики, особенности течения послеродового периода.

В результате опроса 424х пациенток, которые находятся на стационарном лечении, выявлены следующие факторы, поспособствовавшие развитию ПЭ:

1. Низкий социально-экономический уровень жизни 359 из 424;
2. Ожирение 163 из 424;
3. Сахарный диабет 16 из 424;
4. Воспалительные заболевания в анамнезе 82 из 424;
5. Перенесенная бактериальная и вирусная инфекция во время беременности: анемия 326 из 424;

Литература

1. *Национальный статистический комитет Кыргызской Республики stat.kg, 22.01.2021*
2. *Батмен С.К., Томина О.В., Боровиков И.О., ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СЕПСИС В АКУШЕРСТВЕ Учебно-методическое пособие для студентов 4 курса лечебного и педиатрического факультетов под ред. заведующего кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, профессора, д. м. н. Куценко И. И. 2019- 7с.*
3. *Официальный сайт НХЦ http://www.nsc.kg/department/otdelenie-gnojno-septicheskoj-ginekologii/*
4. *Батмен С.К., Томина О.В., Боровиков И.О., ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СЕПСИС В АКУШЕРСТВЕ Учебно-методическое пособие для студентов 4 курса лечебного и педиатрического факультетов под ред. заведующего кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, профессора, д. м. н. Куценко И. И. 2019- 8с.*

5. *Батмен С.К., Томина О.В., Боровиков И.О., ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СЕПСИС В АКУШЕРСТВЕ Учебно-методическое пособие для студентов 4 курса лечебного и педиатрического факультетов под ред. заведующего кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, профессора, д. м. н. Куценко И. И. 2019- 10с.*
6. *Батмен С.К., Томина О.В., Боровиков И.О., ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СЕПСИС В АКУШЕРСТВЕ Учебно-методическое пособие для студентов 4 курса лечебного и педиатрического факультетов под ред. заведующего кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, профессора, д. м. н. Куценко И. И. 2019- 9с.*

ВЛИЯНИИ ЭПИДЕМИИ COVID-19 НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ И ИХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Каипова Г.К., Алмазбекова А.А.
Студентки факультета МПД 5-курса 4-группы:
Руководитель: д.м.н., профессор Тойгонбаева В.С.
КГМА имени И.К.Ахунбаева, Кафедра общей клинической эпидемиологии

Резюме. В статье даны сведения о влиянии covid-19 на состояние здоровья беременных женщин и родившихся ими новорожденных. Проанализированные данные распределения беременных по территориям республики, возрастам беременных, течению родов и состоянию здоровья новорожденных.
Ключевые слова: COVID-19, беременные, новорожденные, сроки беременности, возраст беременных.

Актуальность проблемы. Коронавирусное заболевание (COVID-19) вызывается новым штаммом коронавируса (Sars-Cov-2), который регистрируется с декабря 2019 года. Распространение covid-19 началось в Китае городе Ухани. И получила широкое распространение по всему миру. [5]

В настоящее время по всему миру зарегистрировано уже более 110 млн подтвержденных случаев covid-19, из которых у 2,43 млн летальный исход.

Первые 5 мест по заболеваемости занимают следующие страны:

- США (27,9 млн)
- Индия (11 млн)
- Бразилия (9,98 млн)
- Великобритания (4,07 млн)
- Россия (4,07 млн)
- Кыргызстан на 85-месте (85 689 чел.) [2]

Первая регистрация в нашей стране начинается с 31-марта 2020 года (13 человек). На сегодняшний день Кыргызстан пережил двухволновое распространение (1 – с середины июня по август, 2 – с октября по декабрь 2020 года). [6]

Состояние беременных связанных с изменением уровня гормонов и уменьшением объема легких из-за повышения уровня матки и слегка ослабленного иммунитета может предрасполагать пациентов к более быстрому ухудшению клинического течения и может иметь большой риск причинения вреда как матери, так и плоду [4]. По данным ВОЗ клинических отличий в течении COVID-19 у беременных и женщин детородного возраста нет. Однако, согласно выводам исследователей, у беременных и недавно перенесших беременность женщин с COVID-19, повышается вероятность преждевременных родов. Также отмечается, что каждый четвёртый младенец, рождающийся от матери с COVID-19, поступает в неонатологическое отделение, однако при этом не указываются причины преждевременных родов или показания для поступления таких детей в неонатологическое отделение. При этом наблюдаются низкие показатели мертворождений и неонатальной смертности. [1]

Беременные женщины с подозрением или подтвержденной легкой формой COVID-19 не нуждаются в неотложной помощи в больнице, если нет опасений быстрого ухудшения состояния или невозможности оперативного возвращения в больницу. Но рекомендуется изоляция для сдерживания передачи вируса. [3]

В связи с выше изложенным, у нас возник интерес к проведению опроса среди беременных во время эпидемии COVID-19 о течении беременности, родов и состояния здоровья новорожденных.

Целью настоящей работы являлось исследование влияния covid-19 на состояние беременных женщин и их новорожденных.

Материалы и методы исследования. Методы исследования: эпидемиологический, статистический и социологические опросы.

Результаты и обсуждения

По данным ДПЗиГСЭН по КР с марта по ноябрь 2020 года было зарегистрировано всего 64 149 случаев заражения, из них беременные женщины составили 849 лиц с удельным весом 1,3 %.

Беременные были выявлены во всех регионах, но наибольшее их количество наблюдалось в Чуйской области – 370, в Ошской области – 330, по остальным областям от 20 в Таласской и Нарынской областях, до 45 в Баткенской (рисунок 1).

Рисунок 1. Картограмма беременных женщин в Кыргызской Республике с марта по ноябрь 2020 года

Для возрастного распределения беременных зараженных covid-19 было характерно его наличие среди репродуктивного возраста – от 18 до 49 лет и гестационный возраст варьировал от 5-42 недель. Отмечалось наличие беременности у лиц 16 лет – 4, и среди лиц старше 50 – 1. Наиболее часто встречаемая возрастная группа среди беременных с covid-19 от 21 до 30 лет – 443 женщин с удельным весом 54%, от 31 до 40 – 284 женщин – 34%. А по остальным возрастным группам от 11 до 20 – 69 с удельным весом 9%, от 41 до 50 – 37 человек – 3% (рисунок 2).

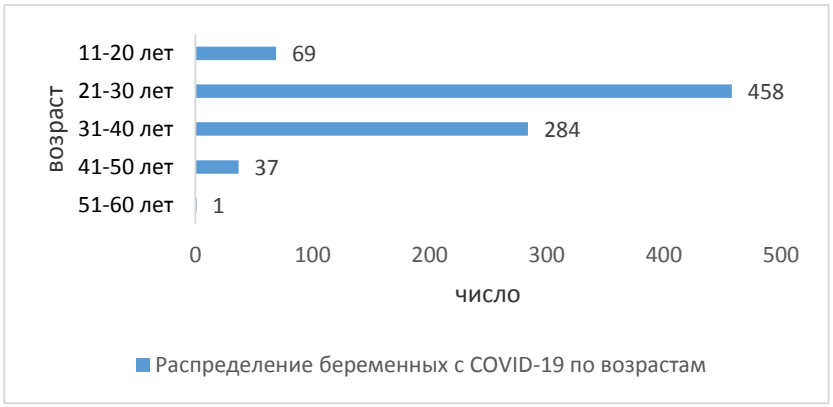


Рисунок 2. Распределение беременных с covid-19 по возрастам

Для выявления состояния здоровья беременных и их новорожденных детей мы провели анкетирование среди 849 беременных женщин, из которых у 238 отмечалась пневмония, а остальные 75% были госпитализированы с подозрением или подтвержденным вирусом covid-19. В анкеты были включены вопросы о сроках беременности, состояние родов, наличие сопутствующих болезней, течение родов и состояние новорожденных.

Наиболее частыми клиническими проявлениями COVID-19 при обращении были лихорадка (60%), кашель (42%), одышка(15%), утомляемость(80%), потеря обоняния и вкуса(50%). Пневмония была наиболее диагностируемым клиническим симптомом инфекции COVID-19. Наблюдаемые исходы беременности включали выкидыш, преждевременные роды, разрыв плодных оболочек и задержка роста плода. Удельный вес частоты преждевременных родов составила 4.7%. В 27 случаях роды были произведены путем кесарева сечения, в 822 случаях - естественным путем. Срок беременности при родах составлял от 28-41 недели.

Было выявлено 7 антенатальных смертей новорожденного, 5 самопроизвольных выкидышей на ранних сроках, 3 замерзшей беременности. У 4-х были зеленые околоплодные воды. У всех новорожденных случаев вертикальной передачи COVID-19 не обнаружено. Наиболее частыми вариантами лечения были цефтриаксон, азитромицин, клексан, амбросан.

Выводы: Несмотря на растущее количество опубликованных исследований COVID-19 у беременных, недостаточно качественных данных, чтобы сделать объективные выводы относительно тяжести заболевания или конкретных осложнений COVID-19 у беременных, а также вертикальной передачи, перинатальные и неонатальные осложнения.

Респираторные инфекционные заболевания продемонстрировали повышенный риск неблагоприятных акушерских осложнений у матери по сравнению с населением в целом из-за физиологических изменений, произошедших во время беременности. Ни в одном из исследований не сообщалось о передаче COVID-19 от матери к плоду внутриутробно, что может быть связано очень низкой экспрессией ангиотензинпревращающего фермента-2 в ранних клетках границы раздела матери и плода.

Чтобы лучше понять роль Sars-Cov-2 во время беременности, необходимы многоцентровые когортные исследования.

Эти данные могут и дальше развиваться с учетом пандемии и достижении в исследованиях на беременных женщинах.

Список использованной литературы:

1. www.who.int
2. *index.minfin.com*
3. *Cgf.cochrane.org «COVID-19 (коронавирусная болезнь) – Фертильность и беременность».*
4. *Country & technical guidance – coronavirus disease (COVID-19) [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance*
5. *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=pregnancy+and+covid-19.*
6. *www.med.kg*

УДК 616.995-053.4(575.2-20)

СТРУКТУРА ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА г. БИШКЕК

К.М. Раимкулов[1], Ж.М. Усубалиева[2], О.Т. Куттубаев[1], М.К. Чороев[1]

[1] Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

[2] Департамент профилактики заболеваний и госсанэпиднадзора
Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Чороев Мырзабек Келсинбекович *– студент 1 курса 3-гр. лечебного факультета Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева.,*
e-mail: myrzachoroev@gmail.com

Резюме. В настоящее время много говорится о заболеваниях, вызванных бактериями, грибами, вирусами. Широко обсуждаются проблемы СПИДа, гепатитов, туберкулёза, ОРВИ. Однако серьёзные заболевания могут быть вызваны и гельминтами, которые являются причиной распространённых и массовых заболеваний человека – гельминтозов. В статье анализированы итоги лабораторных исследований паразитарных заболеваемости детей до школьного возраста г. Бишкек с 2011-2019 гг.

Ключевые слова: дети, паразитарные болезни, паразиты, г. Бишкек, паразитология, эффективность.

БИШКЕК ШААРЫНДАГЫ МЕКТЕПКЕ ЧЕЙИНКИ КУРАКТАГЫ БАЛДАРДЫН МИТЕ КУРТ ООРУЛАРЫНЫН СТРУКТУРАСЫ

К.М. Раимкулов[1], Ж.М. Усубалиева[2], О.Т. Куттубаев[1], М.К. Чороев[1]
[1] И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы
[2] Ооруларды алдын алуу жана мамлекеттик санитардык-эпидемиологиялык көзөмөлдөө департаменти

Резюме. Учурда бактериялар, козу карындар, вирустар пайда кылган оорулар жөнүндө көп сөз болуп жатат. СПИД, гепатит, кургак учук, ЖРВИ көйгөйлөрү кеңири талкууга алынууда. Бирок, оор илдеттер адамдын жалпы жана массалык ооруларынын – себеби мите курттар болушу мүмкүн. Макалада 2011-2019-жылдар аралыгында Бишкек шаарында мектеп жашына чейинки балдардын мите курт ооруларын лабораториялык изилдөөлөрүнүн натыйжалары анализденген.
Ачкыч сөздөр: балдар, мите курттар, мителер, Бишкек, паразитология, натыйжалуулук.

STRUCTURE OF PARASITIC MORBIDITY IN PRESCHOOL CHILDREN IN BISHKEK

K.M. Raimkulov[1], Zh.M. Usubalieva[2], O.T. Kuttubaev[1], M.K. Choroev[1]
[1] Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek city, Kyrgyz Republic
[2] Department of Disease Prevention and Sanitary Epidemiological Supervision of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic

Summary. Currently, there is a lot of talk about diseases caused by bacteria, fungi, viruses. The problems of AIDS, hepatitis, tuberculosis, ARVI are widely discussed. However, serious diseases can also be caused by helminths, which are the cause of common and massive human diseases - helminthiases. The article analyzes the results of laboratory studies of parasitic morbidity in children up to school age in Bishkek from 2011-2019.
Key words: children, parasitic diseases, parasites, Bishkek, parasitology, efficiency.

Актуальность темы. “Все живое на земном шаре попало в очень цепкую «гельминтологическую паутину», которая сплеталась миллионами лет. Поселяясь в живом организме, эти агрессоры быстро осваиваются там, начинают размножаться. Одни оккупируют легкие, другие - мышцы, третьи - кишечник, четвертые - мозг. Даже в крови и костной ткани можно их встретить. Они способны вызывать самые серьезные заболевания у человека. А ущерб, который наносят глисты народному хозяйству, просто огромен” [1].

В настоящее время много говорится о заболеваниях, вызванных бактериями, грибами, вирусами. Широко обсуждаются проблемы СПИДа, гепатитов, туберкулёза, ОРВИ. Однако серьёзные заболевания могут быть вызваны и гельминтами, которые являются причиной распространённых и массовых заболеваний человека – гельминтозов [2].

Паразитом можно называть животное или растение, временно или постоянно обитающее в органах или тканях других организмов и питающееся за их счет. Их следует отличать от хищников, которые нападают на свою добычу и уничтожают жертву, в то время как паразиты, как правило, длительно используют своего хозяина, нередко поселяясь в нем. Их следует отличать от сапрофитов – организмов, источником питания которых служит мертвая материя (трупы, выделения животных и отмершие растения).

Ущерб, наносимый паразитарной патологией, неизмеримо больше, чем 270 выявленных случаев «птичьего гриппа», чем нас пугают уже 10 лет. Это было сказано 5 лет назад. Сейчас у гриппа, которым пугают, сменилось название [3].

Ведение. Гельминты и простейшие занимают одно из ведущих мест среди этиологических причин кишечного синдрома. Распространение паразитозов массовое и является проблемой глобального значения [4].

В последние годы снова наблюдается тенденция к увеличению поражённости некоторыми гельминтозами. По данным ВОЗ в мире более 4,5 млрд. человек болеют различными паразитарными болезнями, в частности аскаридозом ежегодно болеют 1 млрд. человек, что представляет серьезную проблему для общественного здравоохранения [5].

Паразитарные болезни вызывают задержку физического развития детей. Снижают трудоспособность взрослого населения. Больные дети плохо успевают в школе. На фоне паразитарных болезней наблюдаются осложнения течения беременности, а у мужчин может развиться бесплодие. В совре-

менном мире паразитарные болезни выступают самым массовым фактором, вызывающим иммуносупрессию. Поэтому помимо непосредственного ущерба паразитарная патология опосредованно способствует массовому появлению и распространению любых инфекционных и неинфекционных болезней. Распространенные гельминтозы снижают эффективность плановой вакцинопрофилактики [6].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), гельминтозы занимают четвертое место по степени ущерба, наносимого здоровью населения Земли (после диареи, туберкулеза и ишемической болезни сердца). [1].

В России в последние годы сложилась напряженная ситуация, связанная с ростом заболеваемости паразитарными заболеваниями. Так в стране ежегодно выявляется до 1,5 миллионов случаев этих заболеваний, а общее число больных достигает 20 млн. человек и продолжает увеличиваться. Это связано со следующими причинами: - общим ухудшением экономического положения большинства населения, - значительным удорожанием лекарственных средств, предметов санитарии и гигиены, - усилением миграции населения, вторжением городского населения в сельскую местность (работа на садовых участках, дачах, личных фермах), увеличением контакта человека с животными, - ухудшением экологической ситуации [7].

В России ежегодно выявляется более 2 млн больных нематодозами. При оценке территориального распределения лямблиоза по России установлено, что самый высокий средний уровень показателей заболеваемости в течение многих лет отмечен в Санкт-Петербурге, причем пораженность детей, посещающих детские учреждения, составляет 35% [6].

Каждый человек в течение жизни неоднократно переносит различные паразитарные заболевания [6]. В детском возрасте паразитозы встречаются чаще. У детей раннего возраста (до 5 лет) этому способствует широкая распространенность репродуктивного материала паразитов (цисты, яйца, личинки) в окружающей среде и недостаточное развитие гигиенических навыков. В структуре заболеваемости доля детей младшего возраста и школьников достигает 95% среди всех зарегистрированных больных энтеробиозом и 65% - среди больных аскаридозом [6].

У детей России заболевания пищеварительного тракта занимают одно из ведущих мест. Одной из инициирующих причин такой ситуации являются гельминтозы протозоонозы. Воздействие гельминтов на организм ребенка весьма многообразно. Паразиты оказывают механическое воздействие на слизистые оболочки, что приводит к поражениям желудочно-кишечного тракта. Токсико-аллергическое воздействие при длительном нераспознанном заболевании вследствие жизнедеятельности паразитов и выделения ими продуктов собственного обмена веществ приводит к формированию астеновегетативного синдрома, отставанию в физическом, умственном и психическом развитии. Миграция гельминтов и их личинок в жизненно важные органы и ткани (печень, желчевыводящие пути, легкие, головной мозг, орган зрения и др.) нарушает их нормальную функцию, а иногда и полностью выключает ее. Способствуют хронизации и удлинению сроков лечения тех заболеваний, с которыми сочетаются (кишечные инфекции, нарушения биоценоза кишечника, кожные заболевания и др.). А также на фоне гельминтозов снижается эффективность прививок, не достигается защитный уровень иммунитета при вакцинации и ревакцинации против столбняка, кори, дифтерии, коклюша [6].

Паразитарные заболевания у детей и в XXI веке остаются одной из самых частых видов патологии. Массовое распространение паразитарных болезней регистрируется во всех регионах мира. Экспертная оценка ВОЗ свидетельствует, что по числу больных гельминтозы стоят в мире на третьем месте среди всех наиболее значимых инфекционных и паразитарных болезней и составляют ежегодно 1,4 млрд. больных. Для сравнения, ежегодное число больных гриппом и другими острыми респираторными инфекциями в мире составляет 395 миллионов (6-е место). По оценкам специалистов, ежегодно число заболевающих паразитарными болезнями в России превышает 20 млн. и имеет тенденцию к увеличению. Таким образом, по числу больных паразитарные болезни в России уступают только острым респираторным инфекциям. По величине ущерба, наносимого здоровью людей, кишечные гельминтозы входят в четыре ведущие причины среди всех болезней и травм [6].

В России показатель заболеваемости энтеробиозом составляет 1159,6 на 100 тыс. населения. Среди больных 90-95% школьников и детей, посещающих дошкольные учреждения [2]. На фоне энтеробиоза у детей часто развиваются инфекции мочевыводящих путей, особенно у девочек, поскольку энтеробиоз служит фактором, предрасполагающим к развитию этого осложнения. Энтеробиоз отрицательно влияет на нервно-психическое развитие детей. Эта инвазия ведёт к отставанию от соответствующих возрастных норм. Среди инвазированных энтеробиозом высок процент раздражительных детей, с нарушением процесса засыпания, имеющих отрицательные привычки (грызть ногти, сосать пальцы и др.).

Аскаридоз оказывает значительное влияние на качество питания и иммунологические механизмы у детей. Аскаридный аллерген является самым сильным из аллергенов паразитарного происхождения. Он может вызывать реакции в лёгких, коже, конъюнктиве, желудочно-кишечном тракте. Аллергические реакции бывают столь выраженными, что нередко представляют угрозу для жизни ребёнка [2].

Каждый год в России регистрируются 5-7 тыс. случаев инвазии карликовым цепнем. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составляет 3-4 случая. Городские жители инвазируются несколько чаще (49,5%), чем сельские (50,5%), дети – чаще взрослых (67,5%). В России (суммарно у детей и взрослых) ежегодно регистрируются до 500 новых инвазий свиным цепнем. Около 5-7% всех заболевших составляют дети.

Кишечные паразитарные инфекции представляют собой проблему общественного здравоохранения в Таджикистане, но эпидемиологических данных мало. Настоящее исследование направлено на оценку распространенности гельминтозов и кишечных простейших инфекций среди детей 10 школ в четырех районах Таджикистана и выработку рекомендаций по борьбе. Поперечное исследование было проведено в начале 2009 года. Всех детей, посещающих 2 и 3 классы (возраст: 7-11 лет) из 10 случайно выбранных школ, пригласили сдать образец стула и опросить о санитарной ситуации и гигиеническом поведении. Общая распространенность заражения гельминтами и патогенными кишечными простейшими составила 32,0% и 47,1% соответственно. Была выраженная пространственная неоднородность. Наиболее распространенным видом гельминтов был *Hymenolepis nana* (25,8%), тогда как распространенность *Ascaris lumbricoides*, анкилостомы и *Enterobius vermicularis* была ниже 5%. Распространенность патогенных кишечных простейших, а именно *Giardia* кишечник и *Entamoeba histolytica* / *E. dispar* составил 26,4% и 25,9% соответственно. Почти половина домохозяйств получают питьевую воду из неулучшенных источников, таких как оросительные каналы, реки и незащищенные колодцы. Использование общественного крана /водозаборника в качестве источника питьевой воды стало фактором защиты от инфекции G. кишечника. Защищенная родниковая вода снижает риск заражения *E. histolytica* / *E. dispar* и *Hymenolepis nana* [8]. Немаловажными неблагоприятными факторами для заражения паразитами является и многодетность таджикских семей, так как проведенные исследования показали, что более 75% гельминтозов были выявлены именно среди детей и подростков в возрасте до 17 лет. В Республике Таджикистан ежегодно регистрируется свыше 20 тыс. случаев гельминтозов, 80% из них - среди детей до 14 лет; из них наибольшее число приходится на: энтеробиоз - 35%, аскаридоз - 35%, гименолепидоз - 25% и другие гельминтозы - 5%. Реальные цифры заболеваемости гельминтозами могут быть значительно выше [9].

Ежегодное обязательное обследование детей выявляет большое количество фактов заражения паразитами, при этом самым распространенным среди заболеваний подобного рода являются энтеробиоз и аскаридоз [10].

Более половины проживающих в Азербайджане детей заражены глистными паразитами. Об этом Sputnik заявил главный педиатр страны Насиб Гулиев [10]. По его словам, чаще всего заражаются дети дошкольного и школьного возраста. При этом у детей самым распространенным видом инвазивных паразитов является энтеробиоз, на втором месте находится аскаридоз. Как отметил главный педиатр, во всех амбулаторных медицинских учреждениях имеются врачи гельминтологи, которые назначают детям, зараженными паразитами, соответствующие препараты [10]. Однако, по его мнению, вопросом борьбы с паразитами должны заниматься не только врачи, поскольку это, прежде всего, социальная проблема, проблема семей [10]. Под вынужденным осмотром Гулиев подразумевал обязательную диспансеризацию детей, которая ежегодно проводится в Азербайджане. Так, в 2015 году в местных районных поликлиниках медики обследовали 92% из 2 миллионов 650 тысяч детей, проживающих в стране [10]. В результате, у 6% маленьких пациентов были обнаружены различные заболевания, из них 1% поместили в специализированные медицинские учреждения [10].

В Украине официально ежегодно регистрируется 300-400 тыс. случаев, из них 80% – дети. Из всех зарегистрированных в Украине гельминтозов, по данным официальной статистики, наиболее распространенными являются энтеробиоз – около 75%, аскаридоз – около 21%, трихоцефалез – около 3% [11].

Особую обеспокоенность вызывает тот факт, что в Украине все чаще регистрируются гельминтозы, которые раньше встречались достаточно редко. Среди них – описторхоз, эхинококкоз, дирофиляриоз, токсокароз. Так, за последние годы в 10 раз возросла заболеваемость дирофиляриозом в связи с эпизоотией у собак. Рост миграции и развитие туризма привели к появлению привозных тропических паразитарных инфекций (шистосомоз, описторхоз, анкилостомидоз) [12].

Гельминтозы являются одними из наиболее распространенных заболеваний в Узбекистане, они составляют более 90% от общего числа паразитарных заболеваний. Стабильно высоким остаётся уровень многолетней пораженности населения. Ежегодно, в стране, регистрируется более 200 тыс. инва-

зированных. Так, в 2006 году из 7580703 человек, обследованных на гельминтозы, выявлено 263167 инвазированных (3,5%). При этом фактическое число больных гельминтозами заметно превышает официальные статистические показатели, так, по данным небольшого исследования, проведенного в Самаркандской области, инвазированность детей в отдельных детских учреждениях составляет более 50%, частота смешанных инвазий – 39,6 [13].

Распространенность отдельных видов гельминтов различается по регионам. Энтеробиоз и гименолепидоз распространены повсеместно, как в городской, так и сельской местности. Очаги аскаридоза регистрируются в горно-предгорных зонах Ферганской, Наманганской и Сурхандарьинской областей. Интенсивным очагом тениаринхоза является Хорезмская область [13]. Узбекистан относится к регионам, эндемичным в отношении эхинококкоза и в последние годы в республике наблюдается явная тенденция к росту заболеваемости населения. Так, если в 2001 году показатель заболеваемости на 100000 населения составлял 5,0, то в 2006 году – 5,7. Из-за недостаточного выявления больных, необходимые противоэпидемические мероприятия проводятся только в одном очаге заболевания из трёх существующих [13].

Сотрудниками НИИ медицинской паразитологии Минздрава РУЗ установлены механизмы передачи гельминтов, длительность выживания яиц в окружающей среде (почве), разработаны методы лабораторной диагностики и лечения больных гельминтозами. Проведены опытно-показательные работы по оздоровлению населения от аскаридоза, гименолепидоза и тениаринхоза (Ташкентской, Самаркандской, Хорезмской областей). Однако необходимо отметить, что эти исследования проводились, в основном, в 80-90 годы прошлого столетия [13].

Следует заметить также, что течение паразитарных болезней нередко сопровождается хронизацией инфекционного процесса и необратимыми осложнениями, что увеличивает их роль как фактора, потенциально снижающего качество жизни и общий уровень здоровья населения [14, 15].

Именно поэтому так востребовано и практически необходимо тщательное исследование данной проблемы среди детей дошкольного возраста г. Бишкек.

Цель исследования – изучение структуру паразитарных заболеваемости детей дошкольного возраста г. Бишкек.

Материалы исследования. Материалами исследования служили учетные и отчетные документы Департамента профилактики заболевания и государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики (ДПЗ и ГСЭН МЗ КР), ЦГСЭН г. Бишкек и официальные сайты Национального статистического комитета Кыргызской Республики и Министерства Экономики.

Методы исследования: ретроспективный, статистический, эпидемиологический, описательно-аналитический, паразитологический.

Результаты и обсуждение.

Ежегодно в Кыргызстане, в среднем по данным официальной статистики, выявляется от 35 до 45 тысяч различных паразитарных болезней, однако, с учетом поправочного коэффициента истинное число их может составлять от 350 до 500 тысяч. Инвазированность населения по данным дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) варьирует от 36% до 72,8%. Среди выявленных инвазированных 80% дети [16].

Авторы отмечают, что при проведении скринингового исследования детей до 14 лет свидетельствуют о высокой их инвазированности кишечными паразитозами: в Нарынской области – 25,3%, Джалал-Абадской – 37,3%, Чуйской – 11,3%, Таласской –20,8% и городе Бишкек – 12,5% [17].

Мы анализировали итоги лабораторных исследований паразитарных заболеваемости детей до школьного возраста города Бишкек с 2011-2019 гг.

За 9 лет было обследовано 17176 детей до школьного возраста, всего из них было выявлено 212 лиц, которые составили в среднем 12,3 на 1000 обследованных детей. Самыми высокими показателями выявляемости было в 2012 году, минимальный показатель 4,8 в 2016 г., максимальный – 34,1 в 2012 г. (рис. 1).

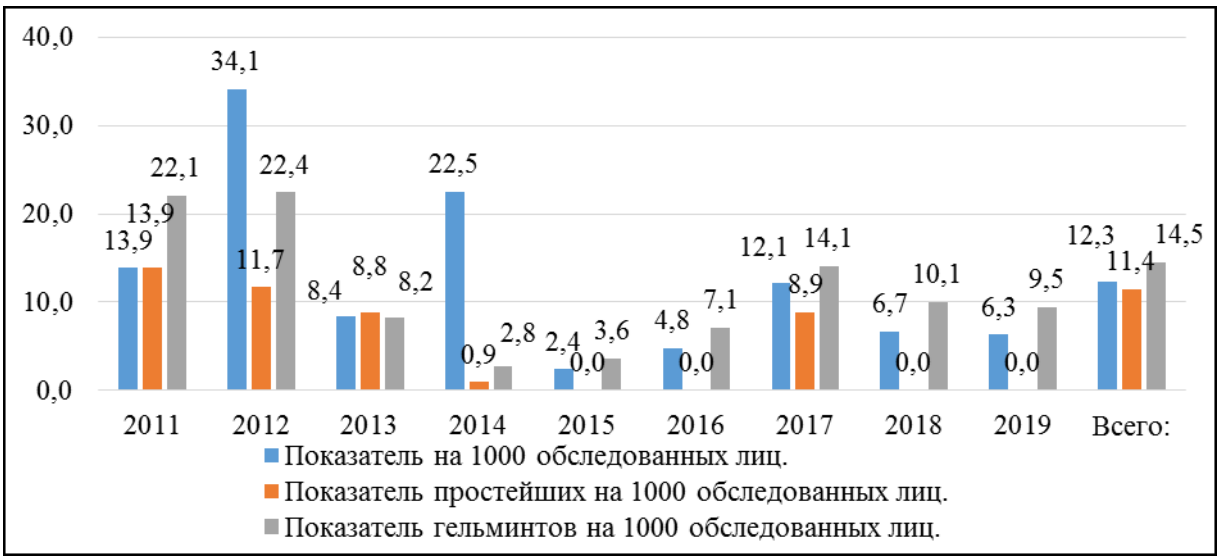


Рис. 1. Показатели инвазированности детей до школьного возраста в г. Бишкек

За исследуемый период (2011-2019) было зарегистрировано 54 случаев лямблиоза. Средний показатель на 1000 обследованных лиц составил 11,4, минимальный – 0,9 (2014), максимальный – 13,9 (2011).

Количество обследованных лиц на гельминтов составляло 9386, из них было выявлено у 136 детей, которые составили 14,5 на 1000 обследованных лиц. Средний показатель на 1000 обследованных лиц составил 11,1, минимальный – 2,8 (2014), максимальный – 22,4 (2012). В основном было выявлено энтеробиоз и гименолепидоз.

За анализируемый период было выявлено 130 случаев энтеробиоза, максимальная выявляемость в 2011 году составил 41 дети с энтеробиозом и со временем число больных сокращались, то есть в 2019 году выявляемость сократился до 10 случаев.

За 9 лет из обследованных лиц с гименолепидозом составил 5,7 на 1000 обследованных лиц.

Заразиться гельминтами в современной жизни довольно просто. Это и увлечение национальными кухнями, где в приготовлении пищи используется термически необработанная рыба и мясо, это и доступность экзотического туризма, купания в сомнительных водоёмах, детские песочницы и многое другое. Поскольку количество гельминтов с течением времени растёт, многие проблемы со здоровьем, вызываемые ими, носят хронический и долговременный характер. Гельминты могут вызывать истощение, поскольку с одной стороны инфицирование приводит к потере аппетита и дети едят меньше, а с другой – пища после её приема не усваивается организмом, надлежащим образом. Дети с хроническими формами течения гельминтозов и большим количеством возбудителей в организме часто бывают низкорослыми и имеют пониженную массу. Тяжёлое заражение круглыми глистами может привести к кишечной непроходимости. Кишечные гельминты также способствуют развитию анемии, особенно опасны в этом плане анкилостомы, которые вызывают кровотечение кишечника, что приводит к потере крови. Хронические инвазии могут приводить к продолжительной задержке в умственном и физическом развитии, а также к тяжёлым осложнениям и даже к смерти.

Основываясь на результатах указанных лабораторных исследований, согласно приказу МЗ КР в период 2009-2018 гг., по республике была проведена массовая дегельминтизация: профилактическое лечение детей с 2-х летнего возраста и взрослых альбендазолом в дозе 400 мг, которое сопровождалось социальной мобилизацией населения на борьбу с гельминтозами. В результате проведенной МД, инвазированность населения республики кишечными паразитозами снизилась от 84,7% до 13,5%.

Распространение паразитов зависит от многих факторов, к которым относятся климатические и социальные условия. Одним из факторов риска можно считать жилищные условия, давность построения жилищ и состояние коммунально-бытового благоустройства. Одним из важных факторов возможного инфицирования служит качество используемый воды. Что исключает возможное заражение водным путем у большинства респондентов. В детском возрасте рациональное питание является основой физического развития и профилактики заражения. Питание и есть первичная профилактика, направленная на предотвращение заболеваний не только желудочно-кишечного тракта, но и других органов и систем.

Меры предупреждения и современное лечение зависит от обращаемости за медицинской помощью, что определяется знанием и образованностью родителей. От того, как они будут прививать гигиенические навыки и правила соблюдения личной гигиены своим детям будет зависать и здоровье ребенка.

Выводы:

1. Инвазированность детей до школьного возраста г. Бишкек остается достаточно высокой несмотря на более лучшее коммунальное благоустройство, чем других населенных пунктах республики.
2. За анализируемый период было обследовано 17176 детей до школьного возраста, из них было выявлено 212 лиц, которые составили в среднем 12,3 на 1000 обследованных детей. Самыми высокими показателями выявляемости было в 2012 году, минимальный показатель 4,8 в 2016 г., максимальный – 34,1 в 2012 г.
3. Структуру паразитов во время обследования составили – лямблиоз, гименолепидоз и энтеробиоз.
3. Наиболее высокая инвазированность детей характерна для новостроек города Бишкек и данные структуры показали, что год за годом улучшается социологические знания, благоустройство и профилактические работы.

Литература

1. *Паразитарные заболевания у детей: учебно-методическое пособие. Файзуллина Р.А., Самороднова Е.А., Закирова А.М.– Казань: КГМУ, 2013 г. Стр. 3-4.*
2. *Посохов П.С., Миропольская Н.Ю. Гельминтозы у детей: учебное пособие. – Хабаровск: Изд-во ГОУ ВПОДВГМУ, 2009. – С. 93.*
3. *Сергиев В.П., Филатов Н.Н. Человек и его паразиты. Соперничество геномов и молекулярное взаимодействие. М., Наука, 2010.*
4. *Манкевич, Р. Н. Паразитозы у детей: учеб.-метод. пособие / Р. Н. Манкевич, А. А. Астапов, И. Г. Германенко. – Минск: БГМУ, 2012. – 56 с.*
5. *Albonico M. et al. Intervention for the control ofsoil-transmitted helminthiasis in the community// Advances in Parasitology. 2006. 61:311-348.*
6. *Паразитарные болезни человека. Протозоозы и гельминтозы. В.П. Сергиев, Ю.В. Лобзин, С.С. Козлов (ред.). СПб, Фолиант, 2011.*
7. *https://www.lvrach.ru/2013/10/15435835*
8. *https://link.springer.com/article/10.1186/1756-3305-4-195*
9. *https://cyberleninka.ru/article/n/parazitarnaya-porazhennost-naseleniya-tadzhkistana-diagnostika-vyyavlyaemost-struktura-invazii*
10. *https://m.az.sputniknews.ru/health/20160301/403964333.html*
11. *Е.Н. Охотникова, д.мед.н.., профессор Т.П. Псачева /Нац. Мед. Акад.Последипломного образования имени П.П. Шупика, Киев «Гельминтозы у детей» –С.32.*
12. *https://health-ua.com/article/5322-gelmintozy-udetej--vashi-voprosy-ekspertu.*
13. *https://www.elibrary.ru/defaultx.asp*
14. *Захидова Н.А. Особенности изменений в обмене веществ и некоторые аспекты патогенеза при смешанных кишечных паразитозах.Автореф. дисс.канд.мед.наук.,Ташкент – 2010*
15. *Ахмедова М.Д., Бабаходжаев С.Н., Захидова Н.А. Особенности клинического течения смешанных кишечных паразитов// Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2009 №3, с-130-132.*
16. *Раимкулов, К.М. Эпидемиологический анализ распространенности паразитарных заболеваний в Кыргызской Республике (1960-2011 гг.) / [К.М. Раимкулов, О.Т. Куттубаев, В.С. Тойгонбаева и др.]// Вестник КГМА.-2014. –Серия сообщение 2, № 4. - С. 30.*
17. *Т.Б. Исаков, В.С. Тойгонбаева, Н.Т. Усенбаев, Г.А. Минбаева, Ж.М. Усубалиева, К.А. Ногойбаева, А.А. Жороев /Оценка влияния дегельминтизации на структуру уровня инвазированности населения Кыргызской Республики. Вестник КРСУ. 2015. Том 15. № 11.*

УДК 616.022.363:616.071: 616-053.2

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19 У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Жаманкулов А.А., Моренко М.А., Гатауова М.Р.
Научный руководитель: д.м.н., профессор Розенсон Р.И.
НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Жаманкулов А.А. – докторант кафедры детских болезней с курсом аллергологии, гематологии и эндокринологии, kazzzah@mail.ru

Актуальность: В декабре 2019 года в городе Ухань (Китай) провинции Хубэй был зарегистрирован случай неизвестной пневмонии, который приводил к тяжелому острому респираторному синдрому

(SARS). В результате исследования был выделен новый тип коронавирусной инфекций – коронавирус-2 [1,2]. Международная комиссия по классификации вирусов дала название новому типу коронавируса-2 - SARS-CoV-2 [3,4]. 11 марта 2020 года Всемирная Организация Здравоохранения объявила о пандемии, так как быстрое распространение COVID-19 в Китае и по всему миру приняло масштабный характер [5].

Цель работы: изучить клинические проявления COVID-19 у детей с рецидивирующими респираторными инфекциями

Материалы и методы исследования: было проведено ретроспективное исследование 74 детей с частыми респираторными инфекциями, которые болели COVID-19 в период с 15.07.2020 по 10.11.2020 год. Возраст детей составил от 3 до 15 лет. Средний возраст 6 ± 3,4 года. Дети были госпитализированы в городской стационар города Нур-Султан (Казахстан), в пульмонологическое отделение с диагнозом внебольничная пневмония, острый бронхит. Мальчиков было 41 (55,4%), девочек 33 (44,6%). Критериями включения были: дети с рецидивирующими респираторными инфекциями (6 эпизодов острых респираторных заболеваний в год или 2 и более пневмонии в течение года), которые болели COVID-19

Результаты исследования: В ходе исследования среднее пребывание в стационаре составило mean (SD) 6,6 ± 0,9 дней, средняя продолжительность катарального периода 6 ± 1,4 дней, средняя продолжительность интоксикационного периода 4,8 ± 1 дней. Основные выявленные клинические симптомы: сухой кашель n=74 (100%), температура n=65 (87,8%), слабость/вялость и отсутствие аппетита n=51 (68,9%), заложенность носа n=68 (91,9%), боль в горле n=28(37,8%), тошнота/рвота n=13 (17,6%), жидкий стул n=6 (8,1%). В лабораторных исследованиях лимфопения была обнаружена n=64 (86,5%), недостаточный уровень витамина D (<30 нг/л) n=59 (79,7%), анемия (Hb<110 г/л) n=45 (60,8%), повышенный С-реактивный белок n= 36 (48,6%), умеренный лейкоцитоз n=36 (48,6%), остальные значения были в пределах референсных норм

Вывод: В нашем наблюдении течение COVID-19 у детей с рецидивирующими респираторными инфекциями чаще проявлялось в виде сухого кашля, интоксикационного и катарального синдромов. Летальности среди этих детей не было. Хотелось бы отметить, что дефицит уровня в крови витамина D, анемия и атопия ребенка играют определенную роль в повышение сопротивляемости организма частым респираторным инфекциям. В литературе можно найти множество рандомизированных клинических исследований, систематических обзоров подтверждающий данную теорию. При устранении этих этиологических факторов, влияющих на состояние иммунной системы можно добиться снижения кратности респираторных инфекций и повышения иммунитета.

Литература:

1. *Lu H., Stratton C. W., Tang Y. W. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle //Journal of medical virology. – 2020. – Т. 92. – №. 4. – С. 401-402.*
2. *Zhu N. et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019 //New England Journal of Medicine. – 2020.*
3. *Gorbalenya A. E. et al. The species severe acute respiratory syndrome related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. Nat Microbiol 5: 536–544. – 2020.*
4. *She J., Liu L., Liu W. COVID‐19 epidemic: disease characteristics in children //Journal of medical virology. – 2020.*
5. *Cucinotta D., Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic //Acta bio-medica: Atenei Parmensis. – 2020. – Т. 91. – №. 1. – С. 157-160.*

ПРЕДСЕРДНЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Арзыкулов А.К., Джакупбеков Ж.Ж.,
научный руководитель д.м.н., проф. Алымбаев Э.Ш., Аматов Д.А.
кафедры факультетской педиатрии КГМА им. И.К. Ахунбаева

Арзыкулов А.К. - очный аспирант кафедры факультетской педиатрии КГМА им. И.К.
Джакупбеков Ж.Ж. – ординатор второго года обучения
кафедры факультетской педиатрии КГМА им. И.К. Ахунбаева

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ. В настоящее время предсердные нарушения сердечного ритма, наряду с врожденными пороками сердца, вышли на одно из первых мест в структуре сердечно-сосудистой патологии у детей. Частота встречаемости тяжелых форм аритмий достигает 1:5000 детского населе-

ния, а жизнеугрожающих аритмий – 1:7000. По данным холтеровского мониторирования, от 50 до 90% условно-здоровых детей имеют те или иные нарушения сердечного ритма.

Актуальность интереса исследователей к предсердным нарушениям сердечного ритма обусловлена риском развития угрожающих жизни ребенка аритмий. Факторами риска развития жизнеугрожающих аритмий и внезапной сердечной смерти являются повторные синкопе и случаи внезапной смерти в семейном анамнезе.

Предсердные аритмии представляют определенные сложности как с точки зрения диагностики, так и лечения ввиду того, что дети ранних лет жизни не могут четко предъявить жалобы, затрудняется использование высокотехнологичных методов обследования.

Так как в настоящее время в Кыргызской Республике не приняты единые протоколы по диагностике, ведению, лечению детей с нарушениями ритма, а также неопределенность осложнений и риска внезапной сердечной смерти, указывает на важность дальнейших исследований в этой области.

Цель исследования: на основании комплексного клинико-инструментального обследования детей с предсердными нарушениями ритма определить структуру, электрофизиологические характеристики, особенности клиники, диагностики, лечения и прогноза различных нарушений сердечного ритма, с последующей разработкой алгоритма врачебной тактики.

Для достижения данной цели необходимо решить следующие задачи:

Задачи исследования:

1. Изучить структуру предсердердных нарушений ритма у детей;
2. Изучить диагностическую значимость неинвазивных методов исследования для выявления нарушений сердечного ритма у детей;
3. На основании сопоставления клинико-электрофизиологических характеристик, данных эхокардиографического обследования и результатов катамнестического наблюдения установить прогноз, предикторы возникновения жизнеугрожающих аритмий и сердечной недостаточности при предсердных нарушениях сердечного ритма у детей;
4. Разработать алгоритм лечения детей с предсердными нарушениями ритма.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Место исследования: консультативно-диагностическое отделение Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМиД).

Критерии включения:

Объект исследования – планируется обследовать 150 детей, в возрасте от 0-18 лет с жалобами на сердечно-сосудистую систему, нарушениями ритма сердца подтвержденным на 12 канальной электрокардиограмме.

Критерии исключения:

- дети с критическими пороками сердца;
- наличие тяжелых соматических и психических заболеваний;
- дети с наследственными заболеваниями.

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ И COVID-19

Касыгулова А.А., Стакеева Ч.А., Жолдошбекова Г.Ж., Тогузбаева Б.Д.
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Касыгулова Адинай Азимбаевна – клинический ординатор 1 г.о. каф. Акушерства и гинекологии №2

Введение. Материнская смертность в Кыргызской Республике продолжает оставаться в числе самых серьезных проблем для системы здравоохранения страны. Появление вируса SARS-CoV-2 вызвало серьезные опасения по поводу воздействия инфекции на беременную женщину, на структуру материнской заболеваемости и смертности в республике.

Цель работы. Изучить структуру материнской смертности среди женщин, погибших от COVID-19.

Материалы и методы. Были изучены все случаи материнской смертности за 2020 г. с клинически и лабораторно подтвержденным диагнозам COVID-19.

Результаты. Мы выявили 27 связанных с COVID-19 случаев материнской смертности. Средний возраст умерших составил 31,8±3,2 лет, возрастной диапазон 22-43 года. Первые роды были у 22,2% (6) женщин, предстоящие вторые роды ожидались у 14,8% (4), третьи – у 22,2% (6), четвертые – 29,6% (8), пятые – 11,1% (3). Дородовый уход получили 20 (74%) умерших женщин, из них 6 (22,2%)

женщин наблюдались в сельских ГСВ, 8 (29,6%) – на уровне районного ЦСМ, на ФАПе – 3 (11,1%) и 3 (11,1%) – в городских ЦСМ. Не состояли на учете по поводу беременности 7 (25,9%) женщины.

Из 27 умерших 8 (29,6%) женщин имели подтвержденную инфекцию SARS-CoV-2 на момент смерти, в 19 (70,4%) случаях был выставлен диагноз «Пневмония».

Согласно медицинской документации, 24 (88,8%) умерших женщин были домохозяйками, постоянную работу имела лишь 1 (3,7%) женщина, в 2 (11,1%) случаях были указаны такие категории, как «частное предприятие, швея», «частное предприятие, визажист» (7,4%).

Большая часть беременных была родоразрешена в доношенном сроке (55,5% – 15), при этом средний срок гестации составил 35,4 недели и находился в пределах 22-40 недель. Преждевременные роды составили 44,4% (12).

В 8 (26,6%) случаях, наряду с COVID-19, отмечались такие осложнения беременности, как преэклампсия тяжелой степени (3 случая – 11,1%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (2 случай – 7,4%), антенатальная гибель плода (2 – 7,4%). При этом экстрагенитальная патология сопровождала этих пациенток в 5 (18,5%) случаях, в том числе сахарный диабет в стадии декомпенсации отмечался в 1 (3,7%) случае, узловой зоб – в 1 (3,7%) случае, в одном случае причиной смерти стал суицид. Таким образом, при COVID-19 сахарный диабет и преэклампсия тяжелой степени являются факторами риска материнской смертности.

Не родив умерли 10 (37,0 %) женщин. После родов умерло 17 (62,9 %) женщин, из них 8 (29,6%) – после оперативного родоразрешения, 9 (33,9%) – после родов через естественные родовые пути.

Заключение.

1. За 2020 г. из всех случаев материнской смертности в Кыргызской Республике от SARS-CoV-2 умерло почти каждая вторая женщина (27 из 63 случаев).
2. Из 27 умерших только треть (29,6%) женщин имели подтвержденную инфекцию SARS-CoV-2 на момент смерти.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПОСЛЕ АОРТО-АОРТАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ИМПЛАНТАЦИИ ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ

А.Э. Орозова, Б.А. Рыскулова, К.К. Карымшакова, Т.А. Сарымсакова
Кыргызско-Российский Славянский Университет
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Орозова Айгерим Эмилбековна – клинический ординатор, каф. акушерства и гинекологии КРСУ,
aigerim.emilbekovna@gmail.com

Актуальность. Неспецифический аортоартериит(НАА, Болезнь Такаясу) – это аутоиммунное заболевание, относящееся к группе васкулитов, воспалительных заболеваний сосудов.

Характеризуется сбоем в системе иммунитета. По неизвестным причинам организм начинает воспринимать собственные клетки как чужеродные и вырабатывать к ним антитела (специфические белки иммунной системы, основной функцией которых является распознавание возбудителя (вируса или бактерии) и дальнейшая его ликвидация), инициируя воспалительный процесс в организме. При артериите воспаление локализуется на уровне сосудистой стенки. В процесс вовлекается аорта и отходящие от нее сосудистые ветви. Существующее воспаление ведет к утолщению стенки артерии, сужению ее просвета и избыточному тромбообразованию, что обусловливает поражение органов, кровоснабжающихся от данного сосуда.

В зависимости от вовлечения в процесс различных артерий выделяют:

1 тип – изолированное поражение дуги аорты и отходящих от нее артерий;

2 тип – изолированное поражение грудного и/или брюшного отдела аорты и ее ветвей;

3 тип – сочетание первых двух типов;

4 тип – преимущественное поражение легочной артерии с возможный сочетанием (или без него) любого из первых трех вариантов.

Причины развития неизвестны. Предполагается, что в основе заболевания лежит генетическая предрасположенность, выраженная в несостоятельности иммунных процессов, реализующаяся в заболевание под воздействием факторов среды (к примеру, в качестве пускового фактора могут выступать различные инфекции, стрессовые ситуации).

Цель исследования: изучить течение беременности и родоразрешения после аорто-аортального шунтирования и имплантации левой почечной артерии.

Материалы и методы исследования: анализ истории индивидуальной карты беременной и истории родов

Результаты: За 2019 год по ГПЦ было проведено 9463 родов, из них оперативным путем родоразрешены 1384(14,6%). Из них 1 клинический случай с заболевания Такаясу , что составляет 0,01% по отношению ко всем родам и 0,07% по отношению к оперативным родоразрешениям .

Беременная, Сейталиева Жаныл Суйутбековна, 1991 года рождения, жительница города Бишкек, поступила в ГПЦ 16.10.19 года 10.40, с жалобами на ноющие боли внизу живота слева в течение месяца, на левый бок не может лежать.

Из анамнеза заболевания выяснено, что в 2011 году при обследовании по месту жительству пациентки был установлен диагноз Неспецифический аорто-артериит. После этого пациентка неоднократно проходила курс иммуносупрессивной терапии с применением кортикостероидов, цитостатиков, бифосфанатов. С 2013 года у пациентки выявлено поражение брюшной аорты (окклюзия в инфраренальном отделе), хирургическое лечение откладывалось в связи с признаками воспалительного процесса. В 2014 году обратилась в Научный центр сердечно – сосудистой хирургии имени А.Н.Бакулева РАМН с жалобами на повышенную утомляемость, слабость в нижних конечностях при ходьбе, эпизоды повышения АД с максимальными цифрами 150/100 мм.рт.ст. Был выставлен диагноз Неспецифический аорто-артериит. Окклюзия брюшной аорты. Стенозы почечных артерий с обеих сторон. Стеноз чревного ствола, верхней брыжеечной артерии. Проведено аорто- аортальное шунтирование 14мм ПТФЭ – эксплантатом 14 мм от нижнегрудного к инфраренальному отделу аорты, имплантацией левой почечной артерии в эксплантат.

Во время данной беременности наблюдалась в ЦСМ в городе Бишкек. Встала на учет на 7-8 неделе беременности. Проходила обследование у стоматолога, уролога, терапевта. По результатам анализов. Общий анализ крови: гемоглобин: 1-9г\л,эритроциты 3,3=* 10(12),ЦП 0,9., лейкоциты 9,1*10(9), тромбоциты 210* 10(9), лимфоциты 11%, моноциты- 5%, СОЭ – 15мм/ч , заключение снижение гемоглобина 109г/л. Анемия легкой степени. Принимала тардиферон 80мг 1 раз в день постоянно до родов. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, плотность 1017, белок 0,033г\л, глюкоза отрицательный, от 5,09,19. на 09.10.19 моча на белок отрицательный. Гемостазиограмма: тромбоциты223*10(9), агрегация тромбоцитов 10, адгезия тромбоцитов 27%, фибриноген- 3,9г\л, время рекальцификации плазмы - 105 , толерантность плазмы к гепарину - 12, протромбиновое время 13, протромбиновый индекс 111%, тромбиновое время 17, этаноловая проба отрицательная, АЧТВ – 31, МНО – 0,88. Узи доплер сосудов: глубокие вены проходимы, сжимаемы, компрессионные пробы положительные. Узи почек без очагов поражения. Во время беременности в 1 триместре наблюдался ранний токсикоз беременных. Лечилась стационарно в сроке беременности 31 недель по поводу угрозы ранних родов

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, розовые. Органы дыхания везикулярное дыхание, частота дыхания 18 в минуту. сердечно- сосудистая система 120\80мм.рт.ст, 120\70 мм.рт.ст, пульс ритмичный 88 ударов в минуту. Система пищеварения без особенностей. Мочевыделитиельная система – сипмтом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. Акушерский статус: Матка в нормотонусе. Положение плода продольное, предлежит головка.над входом в малый таз . Сердцебиение 144 ударов в минуту. Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки отклонена кзади, 2 см. внутренний зев закрыт. Выделение слизистое. Диагноз: Беременность 36-37 недель. Угроза преждевременных родов. Состояние после аорто-аортального шунтирования.

Обследование в момент госпитализации. Общий анализ крови: от 23.10.19 гемоглобин 102 г/л., эритроциты 3,2*10(12); цветной показатель 0,8; лейкоциты 14,2*10(9); гемотокрит 27%; тромбоциты 232*10(9); нейтрофилы: палочкоядерные 5%; сегментоядерные 80%; лимфоцыты 11 %; моноциты 4%; СОЭ 46 мм/ч. Общий анализ мочи 27.10.2019 удельный вес 1014 , белок 0,062г/л, сахар отрицательный, эпителий 5-7; лейкоциты 8-10 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок 65,8 г/л; мочевина 3,36мк моль/л; остаточный азот 11,76; креатинин 74,9; АЛТ 26,2 ед/л; АСТ 12,2ед/л.; общий билирубин 11,0; тимоловая проба 2,55 ед. Свертывающая система крови 23.10.19. фибриноген 3,10г/л; ПИ 98%; АЧТВ30,0; МНО 1,03. ЭКГ - ритм синусовый; ЧСС- 80у/м; УЗИ – 07.09.2019 неспецифический аорта-артериит. Окклюзия инфраренального сегмента брюшной аорты, состояние после аорта-аортального шунтирования. Умеренная двусторонняя пиелоэктезия. Ультразвуковое ангиосканирование аорты. Заключение: Состояние после аортального шунтирования, шунт с участка нижнегрудного до инфраренального сегмента аорты. Тубулярный стеноз брюшного отдела аорты на грани окклюзии с уровня верхней брыжеечной артерии на протяжении 50 мм. Субкомпенсированный стеноз устья верхней брыжеечной артерии и правой почечной артерии. Консультация

ревматолога. Диагноз: Артериит Такаясу, IV Анатомический тип, клиническая ремиссия, с поражением брюшного отдела аорты со стенозом обеих почечных артерий, чревного ствола, верхней брыжеечной артерии. Состояние после операции аорта-аортального шунтирования и пластики левой почечной артерии от 18.01.2014 года. В отделение патологии беременных консилиумом врачей решено закончить роды путем операции кесарева сечения в плановом порядке.

Операция проведено 26.10.2019года. Название операции: лапаротомия по Джоэль-Кохену. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Перевязка маточных сосудов.

Условие: удовлетворительное состояние матери и плода. Вид обезболивания: В\В+ИВЛ. Лапаротомия по Джоэль-Кохену, гистеротомия по Гусакова. Воды светлые 300 мл. В головном предлежании, за подмышечной впадины без затруднений извлечен живой плод доношенный, мужского пола, масса тела 3400 грамм, рост 50см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Плацента по задней стенке матки размером 20*18*3 см. Матка ушита двумя рядами непрерывных швов, перитонизация пузырно-маточной складкой. Придатки без особенностей. Туалет брюшной полости. Передняя стенка ушита послойно наглухо с оставлением микроирригатора. На кожу наложены швы классические. Моча по катетеру,светлая в количестве 50 мл. Общая кровопотеря 500 мл.

Диагноз после операции: роды I срочные, оперативные. Состояние после операции аорто-аортального шунтирования 14 мм. ПТФЭ – эксплантатом. Имплантация левой почечной артерии.

Общее состояние после операции удовлетворительное. Выписывается с ребенком на 5 сутки в удовлетворительном состоянии.

Заключение: По литературным данным, беременность у женщин с заболеванием Такаясу часто заканчивается самопроизвольным выкидышем или преждевременными родами. Беременность вызывает обострение болезни. В нашем случае после операции аорто-аортального шунтирования и имплантации левой почечной артерии удалось пролонгировать беременность до конца и родоразрешить оперативным путем. Родился доношенный мальчик массой 3400 г, длиной 50 см, оценка по шкале Апгар 7\8 баллов. Операция кесарева сечение и послеродовый период протекали гладко. Родильница выписана домой на 5 сутки в удовлетворительном состоянии

Литература:

1. *Болезнь Такаясу , выявление при беременности . Кузьмина И.И., Добрынина И.К, Исиляков А.В. , Сборник трудов . 2018 год , стр 177*
2. *Khashan A.S. Kenny L,S, Lauren – pregnancy and the risk of autoimmune disease/ 2011.\\5*
3. *Adams Waldorf K.M., Nelson J.L. Autoimmune disease during pregnancy and the microchimerism legacy of pregnancy//Immunol.Invest.2008.Vol.37,№5. P. 631-644.*

ДОСТУПНОСТЬ АНТЕНАТАЛЬНОГО УХОДА БЕРЕМЕННЫХ В УСЛОВИЯХ COVID-19

Керимкулова К.К., Стакеева Ч.А., Жолдошбекова Г.Ж., Тогузбаева Б.Д.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызстан

Керимкулова Камилла Кадырбековна – клинический ординатор 1 г.о.,
каф. акушерства и гинекологии №2, kama61@mail.ru

Введение. Появление вируса SARS-CoV-2 вызвало немедленные опасения по поводу воздействия инфекции на беременную женщину. Социальное дистанцирование, домашняя изоляция, сокращение амбулаторных визитов, как необходимость во время пандемии, неизбежно сопровождаются перебоями в предоставлении услуг в области репродуктивного здоровья. Анализ воздействия на репродуктивное здоровье вышеперечисленных мероприятий, предпринятых страной для снижения риска инфицирования COVID-19, позволит понять, как более эффективно могут быть использованы правительственные, гражданские и др. инициативы для обеспечения необходимого доступа к медицинским услугам, принятия иных надлежащих мер для защиты и поддержки беременных женщин.

Цель работы. Изучить влияние изоляции на качество дородового ухода в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 23 карт наблюдения за беременными, состоявших на учете в период с апреля по июнь 2020г. Были изучены течения данных беременностей. Методом опроса были изучены потребности в услугах по антенатальному уходу (АНУ), его доступность, возможные препятствия в предоставлении услуг по АНУ, связанные с мероприятиями по COVID-19 в стране.

Результаты. На начало пандемии и объявления в стране ограничений, связанных с COVID-19, большая часть опрошенных находилась либо на ранних сроках беременности, либо на стадии ее планирования. В случае ведения беременности медицинский работник рекомендовал оставаться дома при условии удовлетворительного состояния пациентки. Однако оценка состояния пациентки проводилась самой женщиной. Средний возраст респонденток составил 30,8 и находился в пределах 22-48 лет. Четверть респонденток (24,6%) отметили, что не удовлетворены такой медицинской услугой, как ведение беременности. Послеродовый патронаж был необходим 1,6% опрошенных и ни одна из этих женщин указанную услугу не получила. Также обращает на себя внимание потребность в услугах по насилию. Не смотря на то, что в данной услуге нуждалось лишь 8,7% респонденток, ни одна из них эту услугу, к сожалению, не получила. 32% опрошенных отметили, что не смогли получить услугу из-за блок. постов. 14% респонденток сознались, что сами побоялись пойти на прием к медицинскому работнику. Практически не было отмечено препятствий при получении услуг в области родов и неотложной акушерской помощи.

Выводы. Основным препятствием в получении услуг были рекомендации медицинского работника оставаться в период изоляции дома.

Отсутствие альтернативного медицинского сопровождения на протяжении всей беременности привело к снижению качества услуг по АНУ.

ЗНАЧЕНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЁННОГО ГИПОТЕРИОЗА

Айбеков Б.А., Осмоналиева М.Э.
Научный руководитель: Искандерова А.М.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.
Клинический родильный дом 6 НЦОМиД

Студенты 5 курса факультет "Педиатрия"
Айбеков Б.А. aibekovbakas98@gmail.com
Осмоналиева М.Э. osmoschka6@gmail.com

Резюме: Экспериментальные и клинические исследования последних десятилетий доказали незаменимость тиреоидных гормонов в развитии головного мозга как во внутриутробном, так и в постнатальном периодах .В последние годы зарубежными исследователями проведены ряд работ, посвященных проблеме умственного развития детей с ВГ, в которых преимущественно анализировался интегральный показатель интеллектуального развития – IQ .У детей при своевременном начале заместительной терапии показатели IQ в большинстве случаев находятся в пределах нормальных значений, однако при сравнении со здоровыми сверстниками этот показатель на 7-10 баллов ниже. У детей с ВГ поздние сроки начала терапии, тяжесть заболевания и недостаточная стартовая доза препаратов левотироксина оказывают неблагоприятное воздействие на интеллектуальный прогноз. Интеллектуальное развитие это интегральный показатель, отражающий состояние множества функций – речи, слуха, памяти, внимания, мышления. В современной литературе данные, указывающие на наличие отклонений в развитии познавательных процессов, особенностях функционирования центров высшей нервной деятельности, головного мозга в целом, оказывающих влияние на психосоциальную адаптацию детей с ВГ, достаточно противоречивы. В связи с этим необходимость комплексной оценки развития детей с ВГ весьма актуальна.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценить эпидемиологию, структуру ,частоту и социальную адаптацию детей с врожденным гипотиреозом.

Ключевые слова: Врожденный гипотериоз,неонатальный скрининг,ТТГ,Т3,Т4.

УДК:616.98-053.2

COVID-19 И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Сулайманова Д.Ш., Эргешбаева А., Эдилбеков Н.Э.,
науч.руководитель - ассистент кафедры Микробиологии,вирусологии и иммунологии
Джумаев А.М
Кыргызская Государственная Медицинская Академия,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Сулайманова Диана Шералиевна - студент 2 курса Лечебного Дела, g-mail: disulaimanova@gmail.com
Эргешбаева А.А. - студент 2курса Лечебного Дела, g-mail: aa.ergeshbaeva@gmail.com
Эдилбеков Н.Э - студент 2курса Лечебного Дела, g-mail: nurdin.edilbekov@gmail.com

Актуальность. Ситуация в мире в связи с коронавирусной инфекцией и её опасностью среди детей, которые подвержены осложнениям после перенесённого COVID-19.

Цель исследования. Провести анализ существующего мониторинга заболеваемости детей новой короновирусной инфекцией и особенностей летальных случаев COVID-19 у детей [3][4]. Установить связь белка ACE-2 с легкой переносимостью COVID-19 у детей , а также изучить возможные осложнения[1][2].

Материал и методы. В статье зафиксировали основные эпидемиологические, клинические проявления коронавирусной инфекции у детей. Проведены исследования данных научных статей о коронавирусной инфекции у детей, постковидного синдрома (Синдрома Кавасаки). Получили основные данные при проведении опроса среди студентов-медиков , ординаторов и врачей по теме COVID-19 у детей, а также осведомленности о синдроме Кавасаки .

Проведен анализ зарубежных исследований по дифференциальной диагностике и лечению COVID-19 у детей.

Заключение. К настоящему моменту большинство авторов сходится во мнении, что COVID-19 у детей протекает легче и зачастую бессимптомно (от 1/5 до 1/3 случаев). Однако по мере накопления новых сведений, стала очевидной возможность тяжелого течения COVID-19 у детей, приводящего к развитию патологии получившей название “мультисистемный воспалительный синдром", который поражает организм в целом .Все это подчеркивает необходимость динамического наблюдения детей, имеющих внутрисемейный контакт с больным COVID-19, с применением не только общеклинических, но и инструментальных методов обследования. Также многие исследователи подчеркивают, что именно детское население, как категория бессимптомного носительства вируса, может стать причиной дальнейшего распространения инфекции.

Ключевые слова: осложнения COVID-19, белок ACE-2, синдром Кавасаки, мультисистемный воспалительный синдром.

Литература:

1. *Journal of human hypertension (2020) “ A historical perspective on ACE2 in the COVID-19 era”*
2. *Вирусы и вирусные инфекции : руководство по вирусологии / под ред. Д.К. Львова – М.: МИА, 2013. – С. 211-217.*
3. *Методические рекомендации “Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой короновирусной инфекцией у детей” (верс.2 ., утв. Минздравом России)*
4. *Всемирная организация здравоохранения. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (2019-nCoV)*

БАЛДАРДАГЫ COVID-19 ИЛДЕТИ ЖАНА АНЫН ТАТААЛДАНЫШЫ

Актуалдуулугу: Коронавирустук инфекциясы менен ооруп айыккандан кийинки таталдануунун кабылган балдардын коопсуздугу жана COVID-19 байланыштуу дүйнөдөгү кырдаал.

Изилдөөнүн максаты: Балдардын жаңы коронавирустук инфекция менен ооруган учурларына мониторинг жана COVID-19 өлүмгө алып келген учурларынын мүнөздөмөсүнө талдоо жүргүзүү [3][4]. Балдарда COVID-19 инфекциясын жеңил көтөрүү менен ACE-2 белогу ортосунда байланышты түзүү, ошондой эле мүмкүн болгон татаалдашууну изилдөө [1][2].

Материал жана усулдар: Макалада балдардагы коронавирустук инфекциянын негизги эпидемиологиялык жана клиникалык көрүнүштөрү жазылган. Бул илимий макалалар боюнча балдардагы ко-

ронавирустук инфекция, ковидден кийинки синдром (Кавасаки синдрому) боюнча изилдөө иштери жүргүзүлдү. Медициналык факультетин студенттердин, резиденттердин жана дарыгерлердин арасында балдардагы COVID-19 темасында жүргүзүлгөн сурамжылоонун жана Кавасаки синдрому жөнүндө маалымдуулуктун негизги маалыматтарына ээ болдук.

Жыйынтык. Бүгүнкү күнгө чейин, көпчүлүк авторлор балдардагы COVID-19 оорусу жеңилирээк жана көп учурда симптомсуз (1/5 учурдан 1/3 учурга чейин) деп эсептешет. Бирок, жаңы маалыматтардын топтолушу менен, балдарда COVID-19 оор курсу жүрүп, жалпы организмге таасир этүүчү «көп тутумдуу сезгенүү синдрому» деп аталган патологиянын өнүгүшүнө жол ачылды. Мунун бардыгы жалпы клиникалык гана эмес, инструменталдык текшерүү ыкмаларын колдонуп, COVID-19 менен ооруган адам менен үй-бүлөлүк байланышта болгон балдарды динамикалык көзөмөлдөө зарылдыгын баса белгилейт. Ошондой эле, көптөгөн изилдөөчүлөр вирустун белгисиз өтүш категориясы катарында балдардын инфекциянын андан ары жайылышын шартташы мүмкүн экендигин баса белгилешет.

Ачкыч сөздөр: COVID-19дун татаалдаштырылышы, ACE-2 белогу, Кавасаки синдрому, көп тутумдуу сезгенүү синдрому.

Колдонулган адабияттардын тизмеси:

1. Journal of human hypertension (2020) " A historical perspective on ACE2 in the COVID-19 era"
2. Вирусы и вирусные инфекции: руководство по вирусологии / под ред. Д.К. Львова – М.: МИА, 2013. –С. 211–217.
3. Методические рекомендации "Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой короновирусной инфекцией у детей" (верс.2 ., утв.Минздравом России)
4. Всемирная организация здравоохранения. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (2019-nCoV)

COVID-19 AND HIS COMPLICATION AMONG THE CHILDREN

Relevance. Situation around the world in connection with coronavirus infection and its danger among children, who are liable to complications after recovering covid-19.

Aim of research. Analyze present monitoring of children morbidity by the new coronavirus infection and peculiarities of COVID-19 lethal cases among children [3][4]. Establish a connection of protein ACE-2 with mild

tolerance of COVID-19 amid children , as well to research possible complications[1][2].

Material and methods. In this article fixated main epidemiologic, clinical symptoms of coronavirus infection among children. Conducted examinations of scientific articles data about coronavirus infection among children and Post-COVID-19 syndrome (Kawasaki syndrome). Basic data were received by conducting a survey amid medical students, residents and physicians about COVID-19 topic, also awareness about Kawasaki syndrome.

Conducted analysis of foreign studies of differential diagnosis and treatment of COVID-19 among children.

Conclusion. Present time most of authors agreed, that COVID-19 among children passes easier and mostly asymptomatically (from 1/5 to 1/3 of all cases). However, as a new data accumulates, possibility of severe passing of COVID-19 among children became obvious, which leads to growth of pathologynamed "multisystem inflammatory syndrome" , which strikes organism in general.

All this emphasizes the necessity for dynamic observation after children, who have domestic contact with COVID-19 sick people, using not only general clinical, but instrumental methods of examination.

As well, many of researchers emphasizes that exactly children population, as the category of asymptomatic carriage of virus, might become the cause of future spreading of infection.

Key words: Complications of COVID-19, protein ACE-2, Kawasaki Syndrome, multisystem inflammatory syndrome.

Literature:

1. *Journal of Human Hypertension (2020) " A historical perspective on ACE-2 in the COVID-19 era"*
2. *Viruses and viral infections : virology guide / under redaction of D.K. Lvov – M.: MIA, 2013.-P. 211-217*
3. *Methodical recommendations " Features of clinical symptoms and treating illness caused by a new coronavirus infection amid the children" (2nd version approved by Ministry of health of Russian Federation)*
4. *Worldwide health organization. Clinical guidance for a treating the patient with severe acute respiratory infection on suspicion of infection with a new coronavirus (2019-nCoV).*

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В КЫРГЫЗСТАНЕ

Токмамбетова А.Дж., науч. руководитель – к.м.н Жакыпова А.К., ассистент кафедры Субанова Н.А.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии №2
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Токмамбетова А.Д.– студент леч. фак. 4 курс 35 группа, e-mail: a200400t@gmail.com

Актуальность. Пролапс тазовых органов **(ПТО)** – распространенная патология, которая наблюдается у 30 % женщин, обращающихся к гинекологу. Одним из важных этапов лечения является раннее выявление признаков ПТО [2]. Для этого в настоящего время разработано большое количество специальных опросников, позволяющих определить частоту ПТО и степень влияния на него отдельных заболеваний.

Материал и методы. Работа была разделена на три этапа. На первом этапе проведено анкетирование 20 женщин репродуктивного возраста при помощи опросника «Пролапс (тазовых органов), дисфункции (тазового дна) и качество жизни» (ПД-КЖ) был взят King's Health Questionnaire, разработанный для англоязычных пациентов с недержанием мочи [1]. После обработки анкет и дополнительной беседы с анкетируемыми некоторые вопросы были исключены или изменена их формулировка. На втором этапе, по измененным анкетам, проведено анкетирование 101 женщины, средний возраст которых составил 36,2 лет (от 23 до 49 лет). На третьем этапе, для подтверждения ПТО, всем женщинам проведены функциональные тесты оценки ПТО (проба Вальсальвы, проба с натуживанием, кашлевая проба, определение тонуса и силы мышц тазового дна). **Результаты.** Среднее число пропущенных вопросов в адаптированной анкете не превысило 2 % (0-6%), все вопросы были легкодоступны для понимания большинству пациенток (96%). Из 101 анкетированной женщины у 61 были выявлены признаки ПТО, которые были дополнительно подтверждены функциональными тестами оценки.

Заключение. Распространенность пролапса тазовых органов в Кыргызстане среди женщин репродуктивного возраста составила 61%. Проведенный статистический анализ показал, что разработанный опросник является валидным, надежным и воспроизводимым, что позволяет рекомендовать его для клинического применения, в том числе для выявления пациентов, которые нуждаются в лечении ПТО. Однако в дальнейшем необходимо получить данные о чувствительности опросника к изменениям в состоянии пациентов после проведенного хирургического лечения.

Литература:

1. *Samuelsson, E.U. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors / Samuelsson E.U., Victor F.T. A., Tibblin G., Svardsudd K.F. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 180. — P. 299–305*
2. *Kelleher, C.J. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women / Kelleher C.J., Cardozo L.D., Khullar V., Salvatore S. // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 1997. – Vol. 104. – P. 1374–1379*

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА ВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Сагынбеков Д.С., Усеналиев Т.У., науч. руководитель – к.м.н. Стакеева Ч.А.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра акушерства и гинекологии №2

Сагынбеков Д.С. – студент 4 курса, 19-группы, лечебного факультета;
Усеналиев Т.У. – студент 4 курса, 19-группы, лечебного факультета, e-mail: tolegen5551@mail.ru

Актуальность: COVID-19 – это острая респираторная инфекция, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2. Вспышка заражения впервые была зафиксирована в декабре 2019 года в Китае, провинция Ухань. 17 марта 2020 года стало известно о первых случаях заражения в Кыргызстане. Появление вируса SARS-CoV-2 вызвало немедленные опасения по поводу воздействия инфекции на беременную женщину. В 2020 году из всех зарегистрированных в Кыргызской республике случаев Ковид-19 доля

беременных/рожениц и родильниц составила **849** (1,0%) случаев. Из них летальным исходом закончилось 27 (3,2%) случаев.

Цель работы: изучить особенности течения беременности у женщин с Covid-19.

Материалы и методы: Согласно Приказа МЗ КР №156 от 17.03.20г., в КР были определены стационары, оказывающие помощь пациентам с COVID-19. Северный регион обслуживал клинический родильный дом №2. Методом сплошной выборки, ретроспективно, был проведен анализ историй родов пациенток с COVID-19 в сроке гестации с 22 по 36^{6}нед., находившихся на стационарном лечении в клиническом родильный дом №2. Сравнивались исходы родов, данные свертывающей системы у пациенток с COVID-19 (n=15) и у беременных в таком же сроке гестации без COVID-19 (n=30). Средний срок гестации в обеих группах составил 31 ±3,2 нед. (от 23 до 36 недель).

Результаты: Средний возраст беременных основной группы составил 28,9±2,2 лет, возрастной диапазон 17-43 года. Из 15 наблюдаемых 4 (26,6%) женщин имели подтвержденную инфекцию SARS-CoV-2, в 11 (73,4%) случаях был выставлен диагноз «Пневмония». Температура при поступлении – 37,1±1,5^{0}С, в интервале 36,0-38,8^{0}С. В 3 (20%) случаях беременность закончилась спонтанными преждевременными родами, в то время, как частота преждевременных родов в группе беременных из «зеленой зоны» составила лишь 2,5%. Анализ свертывающей системы выявил следующее: ПТИ в группе с COVID-19 (основная группа) составил 87,6±3,2% и значимо не отличался в группе беременных без COVID-19 (контрольная). У пациенток основной группы показатель АЧТВ был значительно ниже, чем в контрольной (18,5±2,2 сек. против 25±2,5 сек.). Уровень фибриногена в основной группе составил 4,5±0,5 г/л, что в 1,5 раз превышало уровень фибриногена в контрольной группе (3,1±0,4г/л).

Выводы: COVID-19 является значимым фактором риска преждевременных родов. При развитии COVID-19 отмечаются тромботические нарушения, характерные для ДВС-синдрома.

Литература:

1. *2-я версия обновлена и утверждена приказом МЗ КР №219 от 05.04.2020 г.*
2. *Временное клиническое руководство по диагностике и лечению коронавирусной инфекции (COVID-19) Версия 3, Приказ №387 от 08.06.2020 г.*
3. *Временное клиническое руководство по диагностике и лечению коронавирусной инфекции (COVID-19) (Версия 4) для всех уровней здравоохранения, Приложение 1 к Приказу МЗ КР №649 от 25 августа 2020г.*

АНАЛИЗ ПРОТОКОЛОВ ВСКРЫТИЯ УМЕРШИХ НЕДОНОШЕННЫХ И ПЛАЦЕНТ МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ЖИВЫХ ДЕТЕЙ

Байысбек к А., Кожобекова А. К., Мусабекова Э.Э.
Научный руководитель: асс. каф. Урматова Б. К.
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева.
Кафедра пропедевтики детских болезней, г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Байысбек кызы Асель студентка КГМА, Педиатрия 4-4 aselbaiysbekkyzy@gmail.com
Кожобекова Арууке Кожобековна студентка КГМА, Педиатрия 4-4 arubarmanova@gmail.com
Мусабекова Эльдина Эсендиковна студентка КГМА, Педиатрия 4-4 lucky.xo.88@gmail.com

Актуальность: Недоношенность, как любая морфофункциональная незрелость, является актуальной проблемой современной перинатологии. Несмотря на успехи, достигнутые в перинатологии, частота преждевременных родов не имеет устойчивой тенденции к снижению и составляет 4,5–6,0%.

Ведущая роль в вопросах изучения причин и механизмов развития недоношенности принадлежит нарушению маточно-плацентарного кровообращения и морфофункциональным изменениям в плаценте, что приводит к формированию синдромокомплекса фетоплацентарной недостаточности (ФПН).

Цель исследования: Изучить гисто- морфологические особенности фетоплацентарного комплекса у недоношенных новорождённых.

Материал и методы исследования: Работу проводили в Республиканском патологоанатомическом бюро (РПБ). Материалом исследования явились 175 протоколов вскрытия плодов, недоношенных детей и плацент от родильниц, беременность которых завершилась преждевременно на сроке гестации 22-36 недель (431) за 2018 год. Сопоставлены анамнестические, клинические, макро и микроизменения в плаценте.

Результаты исследования: Большинство умерших недоношенных были из г.Бишкек и Чуйской области (71,40%). 21,7% составляют безадресные дети – дети внутренних мигранток, не имеющих постоянного места жительства и качественного медицинского обслуживания. Основными патолого-анатомическими диагнозами выставлены антенатальная асфиксия плода (ААП), врождённые пороки развития (ВПР) и болезнь гиалиновых мембран (БГМ). По половому соотношению среди умерших превалировали плоды мужского пола. Большинство погибших плодов (74,85%) были с ЭНМТ и ОНМТ, что свидетельствует о тесной коррелятивной связи между степенью недоношенности и исходом патологии: чем ниже масса тела, тем выше смертность. Чаще беременность осложнялась ОРВИ (22,9%, $p<0,001$), анемией (12,0%, $p<0,01$), ранними токсикозами и преэклампсией (7,4% и 8,0%, $p<0,05$), патологией околоплодных вод (5,7%).При гистоморфологических исследованиях плаценты матерей погибших плодов с высокой степенью достоверности (33,7%, $p<0,001$) чаще выявляется хроническая плацентарная недостаточность (ХПН), инфекционно-воспалительные заболевания плаценты (26,9%, $p<0,01$), вирусные воспаления (13,7%, $p<0,05$). В меньшей степени – гематомы (10,9%) и кальцинаты (8,0%) плаценты. При изучении когорты плацент всех матерей, родивших недоношенных детей, выявлено, что из изученных 431 плацент воспалительные изменения выявлены в 225(в 52,21%) и отсутствуют в 206 (в 47,79%) плацентах.

Резюме: Таким образом, выявили, что большинство умерших недоношенных были из наиболее экопатогенной (техногенной, антропогенной и социальной) зоны страны.

Из урогенитальный патологии матерей погибших детей превалируют воспалительные заболевания, обуславливающих несостоятельность маточно-плацентарного плацдарма и могут явиться причиной гибели плода.При гистоморфологических исследованиях плацент отмечаются воспалительные заболевания, неправильное предлежание, гематомы и кальцинаты плацент, снижающих их функциональную способность, что и обуславливает патологию плода.

УДК 616-053.3:613.953.1/.3(470.620)

АНАЛИЗ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ И ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Епинетова А.А., Панявина С.Ю., науч. руководитель – к.м.н., доц. Сутовская Д.В.
Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар, Краснодарский край

Епинетова А.А. – студентка 6 курса педиатрического фак., epinetova.a@yandex.ru
Панявина С.Ю. – клинический ординатор 1 года каф. педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС

Актуальность: Гармоничное развитие детей обеспечивается множественными факторами, и на первом году жизни основную роль отводят питанию. От оптимального поступления пищевых веществ зависит состояние его здоровья в будущем. Процент ГВ на сегодняшний день недостаточно высокий, а искусственное вскармливание (ИВ) не является полноценной заменой материнского молока.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 404 (209 мальчики, 195 девочки) историй развития ребенка (форма 112/у) возрастной категории от 0 до 12 месяцев: на базе ГБУЗ Детская городская поликлиника №1 г. Краснодара - 202, ЦРБ Крымского района - 110 и ЦРБ Абинского района - 92. Проанкетировано 98 матерей по срокам введения прикормов, причинам ИВ и введения докорма, информированности о принципах вскармливания детей первого года жизни. Оценка физического развития проводилась по ИМТ и ежемесячной прибавке роста и веса с использованием центильных таблиц.

Результаты: По результатам исследования средний возраст ГВ составил 4,7±4 мес (5,5±3,9 г. Краснодар, 4±4,1 районы). На ГВ до 1 мес находилось 72,8% детей, до 3 мес - 66,1%, до 6 мес - 58,2%, до 9 мес - 42,8% и до 12 мес - 27,7%. Введение прикорма на ГВ проводилось в следующие сроки: овощное пюре - 6,6±2,4 мес, каша - 6,6±2,5 мес, мясное пюре - 8,3±2,2 мес; на ИВ 5±1,5 мес, 5±1,4 мес, 7,6±1,1 мес соответственно. Введение прикормов соответствовало «окну толерантности» у 14% детей, а у 86% отмечено позднее введение прикормов. Оценка физического развития детей, находившихся на ГВ, показала, что среднее физическое развитие имело 70% детей, ниже среднего 7,7%, низкое 4,3%, выше среднего 15,4% и высокое 2,6%. На ИВ 44,3% детей имели среднее физическое развитие, 5,7%

ниже среднего, 29,5% выше среднего, 11,5% высокое и 9% детей очень высокое. Ежемесячная прибавка веса и роста у детей на ИВ достоверно выше, чем при ГВ (p <0,05). Установлена прямая корреляционная зависимость между ежемесячной прибавкой веса и уровнем потребления белка (r = 1).

Заключение: В ходе исследования установлена достаточно низкая средняя продолжительность ГВ (4,7±4 мес). Установлено позднее введение прикорма у 86% детей. Физическое развитие детей на ИВ достоверно выше как по росту, так и по весу, что коррелирует с уровнем потребления белка.

Литература:

1. *Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: методические рекомендации / ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. П78 – М.: б. и., 2019. – 112 с.*
2. *Лазарева О.А., Лущик М.В. ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 4-2. С. 154-155;*

УДК [611.018.4+613.27:546.41]:616-053.2(470.620)

ПОТРЕБЛЕНИЕ ПИЩЕВОГО КАЛЬЦИЯ И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Карачевцева Д.Я., Иваненко А.С., науч. руководитель - к.м.н., доц. Сутовская Д.В.
Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар, Россия

Карачевцева Д.Я - студентка педиатрического факультета, e-mail: karachevtsevadariya@yandex.ru

АКТУАЛЬНОСТЬ. В детском возрасте происходит формирование так называемой пиковой костной массы и продолжается до 25 лет, гарантируя прочность скелета на протяжении всей жизни человека. Существенно воздействуют на процессы накопления костной массы экзогенные факторы, способствующие модифицированию генетической информации, что приводит к снижению уровня пиковой костной массы. Упущенные возможности профилактики снижения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в детском и молодом возрасте нарушают оптимальное развитие скелета, препятствуют минерализации костной ткани.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить факторы риска снижения МПКТ и потребление пищевого кальция в возрастном аспекте от 3 до 25 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: анкетировано 738 респондентов: 3-6 лет (102), 7-11 (178), 12-14 (177), 15-18 (181), 19-25 (100). Потребление пищевого кальция оценивалось с помощью метода воспроизведения питания. Поступление кальция на уровне 50%-70% от нормы - умеренный дефицит, менее 50%- выраженный.

РЕЗУЛЬТАТЫ: рекомендуемое количество кальция потребляет в 3-6 лет– 63%,7-11– 49%, 12-14– 52%, 15-18– 49%, 19-25– 7%; умеренный дефицит зарегистрирован 3-6 лет – 27%, 7-11– 11%, 12-14– 26%, 15-18– 21%, 19-25– 55%; выраженный дефицит зарегистрирован 7-11 лет– 40%, 12-14– 22%, 15-18– 30%, 19-25– 38%. Средняя величина потребления пищевого кальция: 3-6 лет- 812,5±97,8 мг/сут, 7-11- 690,9±29,2 мг/сут, 12-14- 1033,0±48,5 мг/сут, 15-18- 912,5± 65,7 мг/сут, 19-25- 793,11± 32,2 мг/сут. Уровень витамина D (нг/мл) составил 3-6 лет- 24± 7,1; 7-18 - 18 ± 5,8; 19-25- 15± 4,3. Факторы риска снижения МПКТ: гиподинамия (70%), злоупотребление сладким (46%), более 5 чашек кофе в день (14%). Наличие в анамнезе переломов среди школьников и студентов составило 18,8% и 22% соответственно.

ВЫВОДЫ: установлено низкое потребление пищевого кальция во всех возрастных группах. С увеличением возраста ребенка снижаются потребление пищевого кальция и уровень витамина D.

Литература:

1. *Кондратьева Е.И., Сутовская Д.В., Зобенко В.Я., Хапачева Д.Э. Состояние минеральной плотности костной ткани у школьников города Краснодара // Сибирский медицинский журнал. - 2011. - т. 26. - №4. - С. 232-233.*
2. *Мальцев С.В., Мансуров Г.Ш. Снижение минеральной плотности костной ткани у детей и подростков: причины, частота развития, лечение // Вопросы современной педиатрии. - 2015. т. - 14. №5. - С. 573-575.*

AVAILABILITY OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH SERVICES IN COVID-19

Sushmita Mondal, Shivangi Singh, Stakeeva Ch.A., Zholdoshbekova G.Zh.
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek city, Kyrgyzstan

Introduction. Social distancing, home isolation, reduction in outpatient visits, as a necessity during COVID-19, are inevitably accompanied by interruptions in the provision of sexual and reproductive health (SRH). An analysis of the impact of the pandemic on women in reproductive health will allow us to understand how government, civil and other initiatives can be more effectively used to ensure the necessary access to medical services, and take other appropriate measures to protect and support women of reproductive age.

Aims. To study the effect of the obstacles the in providing SRH services related to the activities of COVID-19 in the Republic of India.

Materials and methods. To achieve this goal was to develop a questionnaire and - a basic set of questions to assess the availability and quality of services, help characterize SRH: in family planning, violence, pre - and post-abortion services and sexually transmitted diseases.

Within 2 days, 20 and 21st of January, 2021y., by the method of a one-stage continuous study, 96 women of reproductive age were interviewed in India.

Results. The average age of the respondents was 30.8 and ranged from 22 to 48 years. Third part of respondents needed to obtain contraceptive services, including IUD (9.8%), and counseling on contraception (19.1%). As a result of the fact that the contraception service was not received, a third of the respondents needed abortion services and most of that in need (88.5%) did not receive this service.

The need for violence services is also noteworthy. Despite the fact that only 9.2 % of the respondents needed this service, none of them, unfortunately, received this service. 29 % of the respondents noted that they could not get the service because of the block post. 16 % of respondents admitted that they themselves were afraid to go to see a medical professional. There were virtually no barriers to accessing childbirth and emergency obstetric care.

Postpartum care was necessary for 2.1 % of the respondents and none of these women received this service. In the study of the availability of laboratory and diagnostic services, it was found that the greatest availability was in the study of general analysis of urine blood. The needs for a chest CT scan, a physician's consultation and a COVID-19 test were met 100%. Perhaps these results are due to the fact that the study was carried out in specialized maternity hospitals that accept patients with COVID-19. Along with the above, attention is drawn to the fact that the need for the study of smears on flora was satisfied only by 30%.

Conclusions. It can be assumed that the lack of contraception counseling has led to unwanted pregnancies and unwanted children. The main obstacle to receiving services was the recommendation to stay at home during the isolation period.

The prioritization of SRH services in favor of obstetrics and emergency obstetric care has made other services unavailable.

COVID-19 И БЕРЕМЕННОСТЬ

Кубанычбек кызы Н., Кочкорбекова З.К.
научный руководитель - асс. Муканбеткеримова Г.М.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Кубанычбек кызы Н. - студентка 5-курса лечебного факультета nazgul.kubanychbekkyzy@list.ru

Актуальность: Информация о влиянии COVID-19 на течение беременности остается ограниченной.[1] Беременные женщины менее толерантны к респираторным патогенам, следовательно, они возможно более восприимчивы и к COVID-19. Наличие сопутствующих заболеваний может увеличить риск появления более тяжелых клинических проявлений. Текущие данные не предполагают повышенного риска выкидыша или преждевременного прерывания беременности у беременных с COVID-19.[2]В настоящее время неизвестно, может ли беременная женщина с COVID-19 передать вирус ребенку во время беременности или родов.[3] Целью данного исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей течения COVID-19 у беременных.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 12 историй болезни беременных с COVID-19 (лабораторно подтверждённых ПЦР), поступивших в Ыссык-Атинскую ТБ в период с октября по ноябрь 2020 года.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных 8,3% составили женщины в I триместре беременности, 25% - в II триместре, 66,7%- в III триместр. По возрастной категории, 41,6% составили женщины 20-30 лет, 50%- 31-40 л, 8,4%- старше 40 л. У 75% беременных выявлен контакт с зараженными коронавирусной инфекцией, при этом продолжительность инкубационного периода составила 6,5 ±4 дня. В первые 3 суток заболевания поступили 41,7% беременных, на 4-6 сутки- 16,6%, на 7-8 сутки - 41,7% женщин. 50% беременных принимали дома самостоятельно антибиотики. Общая слабость и сухой кашель наблюдались у всех женщин, повышение температуры тела отмечалось у 91,5%, головные боли-50%, першение в горле, боль в суставах, заложенность носа -16,7%, аносмия и агевзия – в 25% случаев. У 91,7% женщин была диагностирована внебольничная пневмония, у 41,3% были выявлены признаки дыхательной недостаточности. В общем анализе крови у 91,6% женщин выявлена анемия различной степени и высокий уровень фибриногена. У 3 женщин беременность закончилась физиологическими родами, при этом ни у одного новорожденного не было обнаружено положительных результатов или каких-либо симптомов.

Заключение. Вероятнее всего, течение заболевания после инфицирования SARS-CoV-2 у беременных женщин не отличается от течения у других групп людей. Важно обеспечить для беременных женщин с COVID-19 доступность к медицинской помощи, психологическую поддержку, и соблюдение необходимых мер профилактики для предотвращения дальнейшего распространения COVID-19.

Литература.

1. *Yan J, Guo J, Fan C, et al. Coronavirus disease 2019 in pregnant women: a report based on 116 cases//J Obstet Gynecol.-2020.- P. 223*
2. *Chen L, Li Q, Zheng D, et al. Clinical Characteristics of Pregnant Women with Covid-19 in Wuhan, China. //N Engl J Med.-2020-382(25)*
3. *Juan J, Gil MM, Rong Z, et al. Effects of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcomes: a systematic review. //J Obstet Gynecol. -2020.-P.15–27.*

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Кубанычбек к. Н., научный руководитель – д.м.н., доц. Теппеева Т.Х., Мырзалиева И.З.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Кубанычбек к. Н – студентка 5 курса 6 группа, ЛД№1 email: nazgul.kubanychbekkyzy@list.ru

Актуальность. Удвоение матки и влагалища относятся к достаточно редким врожденным порокам развития, при котором имеются две матки и два влагалища (либо перегородка во влагалище). Этот порок является дисэмбриогенетическим нарушением, развивающимся вследствие неполного слияния парных мюллеровых каналов в процессе внутриутробного развития, распространенность которого составляет 1/1000 -1/30 000 родов.

Течение беременности и родов у женщин с аномалиями развития внутренних половых органов ассоциируется с высокой частотой акушерских осложнений таких как: самопроизвольные выкидыши, истмико- цервикальная недостаточность, преждевременные роды, плацентарная недостаточность, синдром задержки внутриутробного развития плода, преждевременный разрыв плодных оболочек, разрыв матки. Роды у женщин с аномалиями развития внутренних половых органов зачастую заканчиваются путем операции кесарева сечения.

Цель исследования: Изучить и анализировать течение и введение беременностей у женщин аномалиями развитие внутренних половых органов.

Материалы и методы: Проведены проспективный и ретроспективный анализы историй родов беременных с аномалиями внутренних половых органов в Городском Перинатальном Центре (ГПЦ)-один случай и в Чуйском областном родильном доме – три случая в 2019 г. в г. Бишкек. Нами во время курации данных беременных тщательно оценивался анамнез, объективные данные, соматический статус, течение беременности, родов и послеродового периода, а также состояние новорожденных на момент рождения.

Результаты исследования. За 2019 год в Городском перинатальном центре г. Бишкек было проведено 9463 родов. Из них, оперативным путем были родоразрешены 1394 женщин. Частота аномалии развития внутренних половых органов у беременных за 2019 год составила 0,06% из общего числа родов, что особо не отличается по литературным данным.При анализе историй родов выявлено, что среди оперированных женщин на долю беременных с аномолиями развития внутренних половых органов приходится 4 случаев (0,4%).

В 2019 году в ГПЦ мы наблюдали беременность у 26 летней первобеременной пациентки (Пациент А) с полным удвоением матки. 10.12.19 г произведена операция кесарева сечения . В тазовом предлежании из правой матки извлечен живой доношенный плод мужского пола массой 2850 грамм, ростом 33 см , с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. Послеоперационный период протекал без осложнений , пациентка вместе с ребенком переведена на второй этап выхаживания на 10 сутки.

По данным ЧОРД за 2019 год было зарегистрировано 5816 родов, из них 1292 (22,2%) беременные были родоразрешены путем операции кесарева сечения. За 2019 год было выявлено 3 случаи (0,2%) аномалии развития внутренних половых органов у женщин. Двум женщинам было проведено операция кесарева сечения в доношенном сроке. А у одной пациентки был неполный выкидыш в сроке 8 недель.

Заключение. Таким образом описанные клинические случаи входят в редкий процент случаев вынашивания беременности при пороках развития внутренних половых органов.

Современные диагностические исследования позволяют своевременно диагностировать и получить достоверные данные об особенностях течения беременности и родов у женщин с аномалиями развития матки.

Данные, представленные в этой статье, основаны на имеющихся в литературе, являются свидетельством того, что у женщин с удвоением матки возможно спонтанное наступление беременности и успешное ее завершение рождением жизнеспособного плода.

Литература

1. *Кулаков В. И., Кузнецова Л. И., Мартыш Н. С. Ультразвуковая диагностика гинекологических заболеваний у детей и подростков. М.: Аир-Арт. –2004. – 104 с.*
2. *Talebian Yazdi A., De Smet K., Ernst C., Desprechins B., de Mey J. Uterusdidelphys with obstructed hemivagina and renal agenesis: MRI findings. JBR-BTR. 2011; 94(1): 16-8.*
3. *Allegrezza D.M.Uterus didelphys and dicavitary twin pregnancy. J.Diagn.Med. Sonogr. 2016; 23(5): 286-9.*

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА г. БИШКЕК

Кубанычбек к. Н., научный руководитель – д.м.н., доц. Теппеева Т.Х., Макенжанова М.М

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.

Кафедра акушерства и гинекологии №1

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Кубанычбек к. Н – студентка 5 курса 6 группа, ЛД№1 email: nazgul.kubanychbekkyzy@list.ru

Актуальность. Тромбоцитопения может осложнять течение от 5 до 10% беременностей, при этом около 75% впервые выявленных случаев тромбоцитопении непосредственно связаны с беременностью. Также причиной развития тяжелых маточных кровотечений связано с нарушением системы гемостаза: речь идет об изменениях количества и функции тромбоцитов. Как правило, аномальное маточное кровотечение (АМК) при идиопатической тромбоцитопеничекой пурпуре(ИТП) возникают в период становления менструальной функции (около 50%), в репродуктивном возрасте дебют обильных маточных кровотечений встречаются реже.

Цель исследования: Изучить и провести анализ течения беременности и родов у женщин с тромбоцитопенией.

Материалы и методы. Нами проведены проспективный и ретроспективный анализы историй родов трех беременных с тромбоцитопенией в Городском Перинатальном Центре (ГПЦ) г. Бишкек за 2019 год. В протоколах тщательно оценивался анамнез, объективные данные, соматический статус, течение беременности, родов и послеродового периода, состояние новорожденных на момент рождения.

Результаты исследования За 2019 год в Городском перинатальном центре г. Бишкек было проведено 9463 родов. У 8069 женщин зарегистрированы сомастоятельные роды, а оперативным

путем были родоразрешены 1394 женщин. Процент женщин с трмбоцитопенией составил 0,03% (3) от общего количество родов. Все женщины с тромбоцитопенией родоразрешены путем операции кесарева сечения, что составило 0,2% от числа оперированных женщин.

Показаниями к операции кесарева сечения послужили сочетание тромбоцитопении с крупным плодом и несостоятельным рубцом на матке.Послеоперационный период у родильниц с тромбоцитопенией родоразрешенных в ГПЦ в обоих случаях протекал без осложнений. В одном случае родильница с тромбоцитопенией консультирована гематологом и выставлен диагноз: Роды V ранние, операитивные в сроке 33 недель. Миелодисплазия или аплазия костного мозга. Переведена в отделение гематологии для дальнейшего обследования и лечения.

Заключение: Таким образом сопоставляя полученные нами данные с данным литературы следует помнить, что все беременные с тромбоцитопенией должны совместно наблюдаться у акушера гинеколога и гематолога, а перед родоразрешением необходимо консультация анестезиолога.

У беременных с тромбоцитопенией при тромбоцитах менее $80{,}0x10^9$/л , особенно в III триместре беременности , необходим еженедельный контроль общего анализа крови с подсчетом тромбоцитов для последующего назначения терапии и выбора метода и способа родоразрешения. Цель назначения терапии сводится к повышению количество тромбоцитов до минимального уровня, обеспечивающего безопасность вынашивания беременности, рождение жизнеспособного плода и своевременной профилактики возможных аномальных маточных кровотечений.

Литература:

1. *Мазуров А.В. Лабораторная диагностика иммунных тромбоцитопений// Физиология и патология тромбоцитов/ под ред. А.В. Мазурова. М. : Литтерра, 2011. С. 220-222.*
2. *Петрухин В. А., Мареевна М.Ю., Ковалева Л.Г., Марвян С.Р. Тромбоцитопения у беременных// Рос. Вестн. Акуш.-гин. 2011. Т. 11, №2. С. 20-26*
3. *Gernsheimer T., Chronic idiopathic thrombocytopenic purpura: mechanisms of pathogenesis// Oncologist. 2009/ Vol.14, N 10. P/ 12-21*

ЭТИОЛОГИЯ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВУИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Мусабекова Э.Э., Байысбек к.А., Кожобекова А.К.,
Научный руководитель: асс.каф., Урматова Б.К.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра пропедевтики детских болезней
г.Бишкек, Кыргызская Республика

Мусабекова Э.Э. – студент 4 курса 4 группы педиатрии, e-mail: lucky.xo.88@gmail.com
Байысбек к.А. – студент 4 курса 4 группы педиатрии
Кожобекова А.К. – студент 4 курса 4 группы педиатрии

Актуальность: Внутриутробные инфекции приводят к разнообразным нарушениям, в том числе, гибели плода, формированию различных органных пороков, тяжелого инфекционного воспаления или латентно текущего воспалительного процесса в постнатальном периоде.

Цель исследования: Определить этиологию и клинико-лабораторные особенности ВУИ у новорожденных детей.

Материалы и методы: Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни 54 новорожденных, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных ГДКБ СМП г.Бишкек. Было просмотрено 300 историй болезни за период: с ноября 2017 года по июнь 2018 года.

Результаты: В основном, 96% родителей новорожденных проживали в г.Бишкек. По половому признаку превалировали мальчики (n=31), девочки (n=23), соответственно 57% и 43%. При сборе акушерско-гинекологического анамнеза матерей выяснилось, что большинство детей (75%) родились доношенными, на сроке гестации – 37-40 недель. Вес новорожденных при рождении колебался в пределах нормы, свыше 2500 грамм отмечался у 79%. Чуть меньше 20% новорожденных имели низкую массу тела при рождении. Поражение нервной системы было обнаружено у 62% новорожденных (n=23), с частыми проявлениями гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) и синдрома угнетения нервной системы. Следующий признак – неонатальная желтуха, занимает второе место по частоте проявлений 58% (n=18), которая сопровождалась повышением уровня общего билирубина

свыше 140 мкмоль/л у 61% (n=33) новорожденных, за счет непрямой фракции. Во время беременности каждая третья (30%) женщина страдала от дефицитной анемии, и каждая пятая (20%) женщина перенесла ОРВИ. Всем 54 новорожденным был проведен ИФА анализ крови на ВУИ. В структуре ВУИ преобладали ЦМВ (74%) и ВПГ (42%). Поражение органов дыхания отмечались у 22% (n=12) новорожденных, с острым течением пневмонии и бронхита. В общем анализе крови у 83% диагностирована анемия, где уровень гемоглобина был ниже 130г/л.

Заключение: Таким образом выявление у новорожденных таких состояний, как недоношенность, задержка пренатального развития должны рассматриваться в качестве факторов риска реализации внутриутробной инфекции. Разнообразная этиология и однотипность симптомов затрудняют подтверждение врожденных инфекций, в чем и заключается необходимость своевременного проведения специальных исследований.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У БЕРЕМЕННОЙ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Нечаевская Е.В., Стакеева Ч.А., Жолдошбекова Г.Ж.
Кафедра «Акушерства и гинекологии» №2

Актуальность. Беременность – физиологическое состояние, увеличивающее риски заражения респираторными вирусными инфекциями и вероятность тяжелого течения данных заболеваний, учитывая физиологическую перестройку иммунной системы женщины.

Также у беременных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 возможно молниеносное развитие критического состояния на фоне довольно стабильного течения заболевания.

Наиболее высокий риск развития тяжелого течения COVID-19 возникает у беременных, имеющих соматические заболевания, что и описано в данном клиническом случае.

Материал и методы. В данном материале описан случай течения COVID-19 у беременной с ХОБЛ.

Описание случая. Беременная 28 лет была переведена в Клинический родильный дом №2 из ЦСМ №1 08.08.20 г. с диагнозом: «Беременность 23 недели. Внебольничная правосторонняя очаговая пневмония». На момент осмотра общее состояние пациентки тяжелое. Тяжесть состояния обусловлена дыхательной недостаточностью 2-3 ст. Пациентка предъявила жалобы на приступ удушья, чувство нехватки воздуха, одышку, кашель частый, приступообразный с трудноотделяемой вязкой мокротой, повышенную потливость, сухость во рту, жажду. Популяция «В»- цефтриаксон. Из анамнеза заболевания известно, что пациентка была в контакте с ковид больным в июле месяце, который перенес COVID-19 в легкой форме. Беременную в течение 20-25 дней беспокоил редкий кашель, в последние 5-6 дней присоединилась субфебрильная температура до 38,0°С, озноб, одышка в ночное время. Больная дважды была на приеме у пульмонолога, терапевта, акушер-гинеколога. Назначено: Дорамицин 500мг 2 раза в день, Амбросан 2 раза в день и Сальбутамол при приступах удушья.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые умеренно акроцианозные, отеков нет. Дыхание самостоятельное, ЧД-28-32 в мин. Аускультативно дыхание жесткое, выслушиваются свистящие хрипы на расстоянии. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура грудной клетки, шеи. Дыхание через нос затруднено. Аускультативно дыхание проводится с обеих сторон, прослушиваются сухие, свистящие хрипы преимущественно на выдохе. SpO_2=95-97% + постоянно получает оксигенотерапию в объеме 5л/мин через кислородный концентратор. При дыхании атмосферным воздухом SpO_2=93%. Перкуторно: коробочный звук. Сердечные тоны приглушены. Выраженная пульсация шейных сосудов, тахикардия, А/Д-119/61 мм рт. ст. ЧСС-115-120 уд в мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Зев и миндалины гиперемированы, умеренно отечны. С целью уточнения характера процессов в легких была выполнена рентгенография грудной клетки, по заключению которой имелась правостороння очаговая пневмония с очагом воспаления 2%. Результаты анализов от 08.08.2020: РАК. Hb-125 г/л, эр-4,0, ц,п-0,93, лейк.-7,0, СОЭ-40 мм/час, п/я-5%, с/я-73%, лимф.-18%, эоз.-1%, моноциты-3%. БХА: общий белок-65,6 г/л, мочевина-5,6, остат. азот-19,0, креатинин-86,0, билирубин-12,6, сахар-нет реакции, Тимол проба-3 ед., СРБ-отр. Свер. система: ПТИ-94%, ПВ-17'', фибриноген-5,77 г/л, Гематокрит-39%. ОАМ: уд. вес-1016, белок-0,01, эпителий-2-2-3, лейкоциты-4-2-3, слизь. Выставлен предварительный Д/З: «Беременность 23 недели, COVID-19 (не подтвержденный лабораторно), правосторонняя очаговая пневмония, очаг воспаления 2%. ДН-2-3 ст. Бронхиальная астма. Астматический статус. Хронический бронхит. ХОБЛ». В связи с ухудшением состояния, пациентку было решено перевести в ОРИТ для динамического наблюдения и дальнейшего лечения 09.08.2020 в 00:00. С целью купирования приступа бронхиальной астмы было сделано: Сальбутамол 2 вдоха, ин-

галяционно и Sol. Euphillini 2.4% -10.0+ Sol.Dexametazoni 12mg+ Sol. NaCl 0.9%-200.0 в/в капельно, медленно. После совместного осмотра зав. отделением ОРИТ и акушер-гинеколога, пациентке была предложена оксигенотерапия через кислородный концентратор 5-7 литров в минуту, антибактериальная терапия Левокс 500мг 2 раза в день, Гепарин 5000 ЕД, отхаркивающее средство амброксан 30мг по 1 таб. 2-3 раза в день, бронхолитическая терапия Эуфиллином 2.4%-10.0 на физ. р-ре в/в капельно, Дексаметазон 12мг в/в на физ. р-ре, антигистаминная терапия по 1 таб. 2 раза в день для купирования приступа и симптоматическая терапия. На первый день пребывания в ОРИТ общее состояние пациентки стабильное, без ухудшений. Оценивается как тяжелое, обусловлено ДН 1-2ст. Явных признаков БА нет. ЧД-20 в мин, ЧСС-84 уд. в мин., А/Д-100/60 мм. рт. ст., температура тела 36,2 С, SpO_2=95-96% с подачей увлажненного О2 через кислородный концентратор в объеме 5л/мин. При дыхании атмосферным воздухом SpO_2=93%. С целью седации назначен Сибазон 2,0 (10мг) в/м. 11.08.20 был получен результат ИФА- SARS-CoV-2 IgG -положительный, ферритин-14,1, D-Димер-1,45. Диагноз: «Беременность 23 недели, COVID-19 (подтвержденный лабораторно SARS-CoV-2 IgG положит. от 11.08.2020), правосторонняя очаговая пневмония. ДН 0. Бронхиальная астма. ХОБЛ. Хронический бронхит». 12.08.2020 учитывая стабильное состояние и отсутствие симптомов ДН, для дальнейшего лечение переводится в палату. Общее состояние в динамике без ухудшений, со слов пациентки, состояние лучше. Дыхание самостоятельное, адекватное, проводится с обеих сторон, в нижних отделах единичные свистящие хрипы. ЧД-20 в мин., получает периодически увлажненный О2, 4 л/мин. SpO_2=96-97%, АД=105/75 мм рт.ст., ЧСС-92-88 уд. в мин. 17.08.2020г учитывая удовлетворительное состояние беременной, была выписана с рекомендациями: продолжить антикоагулянтную терапию Кардиомагнилом 0,75 по 1 таб. 1 раз в день 1,5 месяца, наблюдение у терапевта и акушер-гинеколога по месту жительства.

Заключение

Несмотря на то, что поражение легких на рентгенограмме составило только 2%, у беременной были признаки дыхательной недостаточности 2-3 ст. обусловленные, прежде всего, бронхиальной астмой. Комплексный подход к диагностике и терапии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у данной пациентки с экстрагенитальной патологией привел к благополучному исходу для беременной и плода. Опыт в лечении пациенток с COVID-19, приобретенный коллективом стационара во время пандемии SARS-CoV-2, в дальнейшем помог более оперативно справляться с заболеванием, несмотря на то, что в структуре инфекционной заболеваемости новая коронавирусная инфекция COVID-19 относится к особо опасным инфекциям с возможным непредсказуемым молниеносным течением.

УДК 616.8-056.76, 616.155.194.125

СОЧЕТАННАЯ НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА: БЕТА-ТАЛАССЕМИЯ И ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ ДЮШЕННА

Чихичина А.Ю., науч.руководитель- к.м.н., доцент Статова А.В.
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

Чихичина А.Ю. – студентка 6 курса, 9 группы, педиатрического факультета,
e-mail:alin.chihichina@yandex.ru

Актуальность. По данным ВОЗ 5-7% новорожденных имеют наследственную патологию, из них - моногенные формы составляют 3-5%.

Материалы и методы. Ребенок К., 25.11.2013 года рождения, находившийся на обследовании и лечении в отделении медицинской генетики РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. Медицинская карта стационарного больного, данные параклинических методов обследования (генетические, лабораторные и функциональные).

Результаты. Мальчик 7 лет поступил с жалобами на слабость мышц рук, ног, быструю утомляемость после физической нагрузки, боль в икроножных мышцах. Из анамнеза заболевания выяснено, что пациент болен с 9 месяцев, когда во время планового обследования выявлено снижение гемоглобина до 84 нг/л. В ходе обследования выявлена бета-талассемия. Так же было отмечено повышение печеночных ферментов, КФК в десятки раз. С 2 лет мать стала замечать небольшую шаткость при ходьбе, периодические падения. При объективном осмотре выявлены стигмы дизэмбриогенеза. Отмечается походка пациента по типу «утиной», псевдогипертрофия икроножных мышц. Сухожильные рефлексы с рук и ног снижены. Рефлекс Бабинского вызывается с двух сторон. В позе Ромберга по-

шатывается, без четкой разницы сторон. В ходе дополнительного исследования отмечается снижение содержание гемоглобина (94 г/л), повышение АЛТ (539,5 МЕ/л), АСТ (294,1 МЕ/л), КФК (11920 МЕ/л), ЛДГ (911 Е/л). Проведено генетическое исследование, выявлен вариант нуклеотидной последовательности в экзоне 35 гена DMD в гетерозиготном состоянии, приводящей к нонсенс-замене p.Trp167 Ter. Ребенку установлен диагноз «Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна. Бета-талассемия».

Клинические проявления мышечной дистрофии у данного пациента не выражены, обращает внимание повышение трансаминаз в десятки раз. Проведенные генетические исследования позволили установить диагноз, определить тактику дальнейшего лечения.

Заключение. Своевременное выявление и терапия наследственной патологии поможет избежать развития жизнеугрожающих осложнений.

Литература:

1. *Всё о миопатии Дюшенна: генетические факторы и полный перечень симптомов [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://nevrology.net (дата обращения 15.01. 2021 года)*
2. *Ryder S., Leadly R.M., Armstrong N., et al. The burden, epidemiology, costs and treatment for Duchenne muscular dystrophy: an evidence review // Orphanet J Rare Dis. – 2017. - 12:79.*
3. *Гончарь М.А. Современные принципы диагностики и лечения мышечной дистрофии Дюшенна / Гончарь М.А., Логинова О.Л., Помазуновская Е.П. и др. // Современная педиатрия. – 2018. - № 4 (92). – С. 91-97.*

IMPACT OF COVID-19 ON THE OUTCOME OF PREGNANCY

Falak Tareen, Sadiyah Muskan, Amiraeva Zh.N., Stakeeva Ch.A.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva,
Bishkek, Kyrgyzstan

Introduction. In December 2019. a series of unexplained pneumonia cases have been reported in China. Subsequent studies have identified a new strain of coronavirus, SARS-CoV-2, which has raised immediate concerns about the effects of the infection on a pregnant woman. Social distancing, home isolation, and reduced outpatient visits, as a necessity during the SARS-CoV-2 pandemic, have been accompanied by disruptions to services for pregnant women.

Aim. To study the course of pregnancy and childbirth during isolation associated with coronavirus infection at the Bagdam District Hospital, Kashmir State, India.

Materials and methods. The study design included comparative analysis the course of labor that took place during the period of complete isolation associated with coronavirus infection (May-July 2020) at the Bagdam District Hospital, Kashmir State, India and for the same period in 2019, outside the COVID-19 pandemic. A total of 3300 birth histories were retrospectively analyzed for the period May - June 2020. (main group) and 3304 deliveries for the same period in 2019. (control group).

Results. The incidence of COVID-19 during the study period was 3% (100 pregnant / parturient women with laboratory-confirmed or clinically confirmed SARS-CoV-2). Most often, coronavirus infection was observed at the age of 30-35 years old (75%), at the age of 25-30 years, the frequency of COVID-19 was detected in 20% of cases, 35-40 years old - in 5% of cases. During the isolation period, premature births were noted in 25% (825 patients) of cases, while in the same period in 2019. premature birth was observed only in 12.5% (413) cases; premature rupture of amniotic fluid in the main group was 25.3% (834) of cases, while in the control - 17% (550); diseases of the genitourinary system in the main group were detected in 14% (462) cases, which was 3.6% more than in the control group - 10.6% (350). Moreover, more cases of severe preeclampsia were observed in the main group (7.6% versus 5.4% in the control group).

Conclusion. The prevalence of COVID-19 among pregnant / parturient / postpartum women admitted to the Bagdam District Hospital (Kashmir State, India) was 3%. The incidence of COVID-19 had a statistically significant impact on the rate of preterm birth and pregnancy complications such as severe preeclampsia and premature rupture of amnio

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ COVID-19

Дуйшенакунова К.А., асс.кафедры Субанова Н.А. к.м.н Жакыпова А.К., к.м.н. Керималиева М.К.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии №2
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Дуйшенакунова К.А.– студент леч.фак. 4курс 21группа, e-mail: kasiet.baktybek@mail.ru

Актуальность. Коронавирусная инфекция (COVID-19) – острое инфекционное заболевание, вызываемое новым штаммом коронавируса SARS CoV-2 с аэрозольно-капельным и контактно-бытовым механизмом передачи. Патогенетически COVID-19 характеризуется виремией, локальным и системным иммуновоспалительным процессом, гиперактивностью коагуляционного каскада, эндотелиопатией, гипоксией, что приводит к развитию микро- и макротромбозов; протекает от бессимптомных до клинически выраженных форм с интоксикацией, лихорадкой, поражением эндотелия сосудов, легких, сердца, почек, ЖКТ, центральной и периферической нервной систем с риском развития осложнений ОДН, ОРДС, ТЭЛА, сепсис, шок, СПОН, приводящих к материнской и перинатальной смертности и заболеваемости [1-2].

Материал и методы. На базе КРД №2 был проведен ретроспективный анализ историй беременности 36 пациенток, которые проходили стационарное лечение в 2020 году(июнь-август) с диагнозом CoVid-19 и беременность.

Результаты. Средний возраст беременных составил 28 лет. Из 36 беременных CoVid-19 выявлен до 13 недель в 3-случаях (8,4%), в сроках 14-26 недель-10 случаев (27,8%), в 27-40недель беременности - 23 случая (63,8). Двухсторонняя полисегметарная пневмония подтверждена в 23-случаях (63,8%), в 13-случаях (36,2%) диагностировано одностороннее поражение легких. Среди экстрагенитальной патологии отмечались: анемия -19 случаев (52,7%), хронический пиелонефрит-6 случаев (16,6%), заболевания сердечно-сосудистой системы-1 случай (2,7%), ХОБЛ с бронхиальной астмой-1 случай (2,7%), варикозное расширение вен наружных половых органов – 1 случай (2,7%), сахарный диабет II типа – 1 случай (2,7%), гепатит С – 1 случай (2,7%), у 5 беременных (13,8%) экстрагенитальная патология не наблюдалась. Во время беременности в 4-случаях (11,1%) отмечалась угроза прерывания беременности, в 5-случаях (13,8%)-ФПН, в 2-случаях (5,5%) отмечалось тазовое предлежание плода, и у 15 женщин (41,6%) беременность протекала на фоне ЖДА, в 10-случаях (27,7%) беременность протекала без осложнений. Родоразрешено 5 женщин (13,8%), среди них-преждевременные роды-1 случай (2,7%), антенатальная гибель плода-1 случай (2,7%), в 3 случаях (8,3%) – роды срочные, с оценкой новорожденного по шкале Apgar-7/9 баллов. Время пребывания в стационаре составило 7-10 дней. Все беременные и родильницы получали антибактериальную, антикоагулянтную и симптоматическую терапию. С выздоровлением и пролонгированием беременности выписались 31 женщина (86,2%).

Заключение. На основание проведенного анализа можно утверждать, что на течение и прогноз беременности, осложненной CoVid-19, не маловажную роль играет наличие экстрагенитальной патологии и присоединение сопуствующих акушерских осложнений.

Литература:

1. *Turpie AG, Bauer KA, Eriksson BI, Lassen MR. Fondaparinux vs enoxaparin for the prevention of venous thromboembolism in major orthopedic surgery: a meta-analysis of 4 randomized double-blind studies. Arch Intern Med. 2002;162:1833-1840.*
2. *Eriksson BI; Dahl OE; Huo MH et al.Oral dabigatran versus enoxaparin for thromboprophylaxis afterprimary total hip arthroplasty (RE-NOVATE II*)Thrombosis and Haemostasis ; 2011;105:1-11*