**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ им. И.К. АХУНБАЕВА**

КММАнын ЖАРЧЫСЫ

ВЕСТНИК КГМА

(часть II)

Дни науки КГМА 2019,
посвященные 80 – летию КГМА им. И.К. Ахунбаева

ОРГКОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

Председатель

Профессор И.О. Кудайбергенова – ректор КГМА им. И.К. Ахунбаева;

Заместители председателя

Проф. А.А. Сопуев – проректор по научной и лечебной работе;

Проф. Э.Ш. Алымбаев – проректор по учебной работе;

Проф. К.Б. Ырысов – проректор по государственному языку и воспитательной работе;

Проф. Г.А Джумалиева. – проректор по международным связям и стратегическому развитию.

Члены оргкомитета

Маматов Н.Н. – к.м.н., заведующий отделом научно-инновационной и клинической работы, Штрафун И.М. – заведующий сектором ПКиНО, к.м.н., доц. Стамбекова К.Н. - начальник учебно-методического отдела, д.м.н., и.о. проф. Усубалиев М.Б. – председатель олимпиады по семейной медицине, д.м.н., проф. Жолдошбеков Е.Ж., д.м.н., доц. Авасов Б.А., Кылчыкбаев А.К., д.м.н., проф. Калканбаева Ч.К., Атакулов Н.А., к.м.н. Байсалов М.К., д.м.н., проф. Шаршембиев Ж.А., к.фарм.н. Дооталиева С.Ч., Джусупбеков С.Д., к.м.н., доцент Исаков Э.О., Кулукеева А.Т., к.м.н., доцент Абаева Т.С., к.х.н. Келгенбаева Ж.К., Эрбаев А.Т., Овчаренко К. Е. – специалист ОНИиКР, Токтосопиев Ч.Н. – председатель НОМУС, Осмонов Д.Т. – зам. пред. НОМУС.

ЖЮРИ КОНКУРСА

Председатель жюри д.м.н. Маматов С.М.

Члены жюри: к.м.н., доцент Жумагулова А.Ш., к.м.н., доцент Саяков У.К., к.м.н., доцент Тойгонбаев А.Т., д.м.н., д.м.н. проф. Куттубаева К.Б., д.м.н., проф. Шаршембиев Ж.А., д.м.н., проф. Алымкулов Р.Д., к.м.н., доцент Чынгышева Ж.А. к.м.н., доцент Ишаева Э.Ш.

Аспиранты:

Кудаяров Э., Мамырбаев А., Атакозиев А., Турусбекова А., Жайлообаева А., Кутболсун у., Ашимов С., Жантаев А., Беделбаев М., Рыскулов Н., Шамбетов Ж., Эгембергенов Ч., Рыскулбеков Н., Ниязов К., Талантбекова Н., Шолпонбай у. М., Султаналиева М., Абышев Б., Бакасов С., Келдибеков Ч., Суеркул у. А., Ниязбеков А., Шаршенбеков Б., Исмаилов У., Бакиева К., Болотбекова Ж., Маралбаева А., Туратбекова К., Курбаев У., Султанов Т., Сакеев А., Мамыров М., Далбаева А., Бейшеналиева Ф., Тихонова Т., Давлетова С., Камчыбекова А., Шеримкул у. К., Абдыбачаева М., Мамажанова А., Абдубаитов Н., Эркинбеков А., Айтикеев А., Арстанбекова М., Арстанбаева А., Байтелиева А., Айтбаева А., Кушбакова А., Ботобеков О., Иязова А., Абдылдаев Н., Намазов А., Калыбекова Б., Советбекова Б.

Клинические ординаторы:

Исакова З., Алтынбекова А., Инаятилла к. А.

Студенты:

Эрнисова М., Анашбаев Ж., Сулайманова Н., Батырканова А., Келгенбаев Д., Гайфулин Р., Кадыралы у. Б., Токтосунова А., Жумабекова А., Салбаева А., Жолдошева Ж., Саламатов А., Кыдыралиева А., Сонг У., Шыйкыманаров Э., Секалиева Д., Каламбеков Ч., Нурбек у. Э., Осмонов Д., Оморова А., Валеева Л., Жусупжанов А., Карабаев Б., Калмуратова А., Сагындыкова А., Женишбеков А., Кусеинов А.

Уважаемые участники международного научного форума «Дни науки КГМА»!

В 2019 году исполняется 80 лет со дня образования нашей Alma Mater – Кыргызской государственной медицинской академии, носящей имя великого врача Кыргызстана Исы Коноевича Ахунбаева. Выпускники нашего ВУЗа - выдающиеся личности, академики, профессора, искатели новых путей в медицине. Их силами, опытом и знаниями КГМА достигла огромных успехов на ниве медицинского образования.

Тысячи выпускников множат славу Медакадемии посредством мудрой работы, спасения и исцеления людей. Мы гордимся, что в КГМА был получен наш врачебный диплом. Где бы ни пришлось трудиться нам, не забудутся дни, проведенные в стенах медакадемии, ведь мы являемся наследниками лучших ее традиций! Быть питомцем столь славного ВУЗа великая честь!

Несомненно, важную роль в развитии КГМА играет расширение научных знаний, и значение «Дней науки КГМА», которые в этом году мы проводим уже в юбилейный 25 раз, в этом плане бесценно.

Такие мероприятия способствуют привлечению к исследовательскому поиску талантливой молодежи, которой еще только предстоит определить свой жизненный путь. И, конечно, Дни науки КГМА — это всегда праздник, яркое, значительное событие в жизни академии.

В рамках Дней науки 2019 года проходят:

1. Межвузовская Универсиада по семейной медицине;
2. Научная конференция, посвященная 80-летию КГМА им. И.К. Ахунбаева;
3. Круглый стол на тему: «Сердечно - сосудистая хирургия и онкология»;
4. Круглый стол на тему: «Инновационные методы преподавания лингвистических дисциплин в медицине»;
5. Школа практических врачей;
6. Выставка современных лекарственных препаратов.

С пленарными докладами и обзорными лекциями, посвященными наиболее важным вопросам клинической медицины, выступят известные ученые КР.

Главная цель проведения Дней науки заключается в обмене передовым опытом и знаниями в различных отраслях медицины, и надеюсь, что основным итогом нашего научного форума будет дальнейшее развитие медицинской науки в Кыргызстане, а предложенные рекомендации действительно найдут своё применение в практической деятельности.

Научный форум, посвященный 80-летию КГМА, собрал на этот раз очень большое количество участников, в том числе из России, Казахстана, Узбекистана. Мы будем рассматривать интереснейшие доклады не только по традиционным разделам – внутренним болезням, хирургическим дисциплинам, педиатрии и акушерству, но и по вопросам кардиохирургии, фармакологии и фармации, морфологии, многочисленным вопросам гуманитарных предметов.

От лица всего Оргкомитета и себя лично хочу выразить всем участникам благодарность и пожелать успешных выступлений и побед, в первую очередь для себя!

Ректор ***И. Кудайбергенова***

СОДЕРЖАНИЕ

1.	**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН**	**5**
2.	**ВОПРОСЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**	**119**
3.	**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ**	**174**
4.	**ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ И ОФТАЛЬМОЛОГИЯ**	**194**
5.	**ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**	**203**
6.	**ГУМАНИТАРНЫЙ БЛОК**	**241**

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

А.И. Мусаев, М.К. Жаманкулова, Б.О. Сайфулаев
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.),
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен анализ результатов оперативного лечения 7 больных с кишечными анастомозами. При выполнении операций использовалось наложение анастомозов ручным способом непрерывным однорядным кишечным швом без захвата слизистой. Для лучшей герметизации линии швов использовали фибрин-коллагеновую субстанцию.

Во время операции осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде у одного больного отмечался парез кишечника, который разрешился на четвертые сутки, у остальных отклонений не отмечалось. Ни у одного больного в раннем послеоперационном периоде признаков несостоятельности кишечных анастомозов не выявлены. При проведении колоноскопии в период до 6 месяцев других осложнений, таких как стеноз анастомоза, не было выявлено.

Ключевые слова*:* кишечные анастомозы, несостоятельность швов анастомоза, фибрин-коллагеновая субстанция, профилактика несостоятельности кишечного анастомоза.

ИЧЕГИ-КАРЫН АНАСТАМОЗУН КУДУРЕТСИЗДИГИН АЛДЫН АЛУУ ЫКМАСЫ

А.И. Мусаев , М.К. Жаманкулова , Б.О. Сайфулаев
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
(ректор-м.и.д., профессор И.О.Кудайбергенова)
Комбустиология курсу бар жалпы практикалык хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Ичеги-карын анастомоздору менен 7 оорулуунун оперативүү дарылануусунун жыйынтактарына анализ жүргүзүлгөн. Операция жасоодо анастомоздорду коюда былжырды кармоосуз үзгүлтүксүз бир ката ичеги-карын тигилиштеринде кол ыкмасы колдонулган. Тигилиштерди эн жакшы герметизациясы үчүн фибрин-коллагендик субстанцияны колдонулган.

Операция учурунда оорлошуп кетүүлөр болгон жок, операциядан кийинки сонку убакта бир оорулууда ичеги-карын парези катталды, ал төрт суткада чечилди, калгандарында татаалдашуу байкалган жок. Бир дагы оорулууда эрте операциядан кийинки убакта ичеги-карын анастомоздорунун кудуретсиздиги табылган жок, 6-айга чейинки убакта колоноскопия жүргүзүүдө анастомоздордун стенозу сыяктуу башка оорлошуулар болгон жок.

Негизги создор*:* Ичеги-карын анастомоздору, ичеги-карын тигилишинин кудуретсиздиги, фибрин-коллагендик субстанция, ичеги-карын анастомоздорунун кудуретсиздигин алдын алуу.

METHOD FOR PREVENTION OF INSOLVENCY OF INTESTINAL ANASTOMOSES

A.I. Musaev, M.K. Zhamankulova, B.O. Sayfulaev
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – d.m.s, professor Kudaibergenova I.O),
Department of surgery of general practice with a course of combustiology
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The results of surgical treatment of 7 patients with intestinal anastomosis were analyzed. When performing operations the anastomosis was applied manually using a continuous single-core intestinal suture without capturing the mucous. For better sealing of the suture line the fibrin-collagen substance was used.

During the operation there were no complications. In the early postoperative period one patient had an intestinal paresis, which was resolved on forth day, the other deviations were not observed. No patient in the

early postoperative period showed signs of insolvency of intestinal anastomoses. No other complications such as anastomotic stenosis were detected during colonoscopy for up to 6 months.

Key words: Intestinal anastomosis, the failure of the seams anastomoses, fibrin-collagen substance, prevention of insolvency of intestinal anastomoses.

Введение. Несмотря на усовершенствование техники соединения тканей за последние десятилетия, применение многочисленных методов прогнозирования, профилактики и ранней диагностики, в решении проблемы несостоятельности швов кишечных анастомозов, радикальных изменений не наблюдается. Количество больных, которым требуются операции с наложением межкишечных анастомозов, неуклонно растет.

Осложнения, связанные с формированием анастомозов, такие как их несостоятельность, кровотечение, стриктура, являются потенциально опасными для жизни, их возникновение связано с увеличением длительности лечения и повышением летальности [1, 2].

Несостоятельность кишечных анастомозов является одной из актуальных тем абдоминальной хирургии. По литературным данным, самым частым показанием к релапаротомии является несостоятельность швов (24,5% среди всех причин релапаротомии) [3], в раннем послеоперационном периоде осложнения развиваются в 19-25% наблюдений [4, 5], в 0,4-8% случаев развивается несостоятельность швов анастомоза, приводящая к развитию гнойно-септических процессов в брюшной полости [4, 5]. Данное осложнение наблюдается в 2-3,5% случаев при операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК), в 3-9% при операциях на тонкой и в 5-25% случаев при операциях на толстой кишке [6, 7, 8, 9]. По данным разных авторов летальность достигает от 5,7 до 89,0 % [10, 11].

Данная ситуация обусловливает необходимость поиска и исследования новых способов восстановления полых органов желудочно-кишечного тракта, а также методов профилактики несостоятельности их швов.

Цель работы: изучить результаты формирования анастомозов желудочно-кишечного тракта путем наложения однорядного шва и с применением фибрин-коллагеновой субстанции для профилактики несостоятельности анастомоза.

Материалы и методы:

Выполнен анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения 7 больных, оперированных в экстренном и плановом порядке, которым проведены резекции различных участков кишечника с наложением кишечных анастомозов, в период с февраля 2018 до января 2019 г. в хирургических отделениях ГКБ №1.

Возраст больных составлял от 23 до 72 лет (в среднем - 48,9 лет), соотношение мужчин и женщин – 1,31/1. В экстренном порядке оперированы больные с острой кишечной непроходимостью – 3 больных, среди которых со спаечной кишечной непроходимостью – 2 больных, один больной с узлообразованием. Во всех трех случаях определялась высокая кишечная непроходимость. Также в экстренном порядке был прооперирован один больной с острым тромбозом верхней брыжеечной артерии.

В плановом порядке прооперированы больные: двое больных с долихосигмой и один больной, которому выполнена реконструктивная операция, направленная на восстановление непрерывности кишечной трубки после предшествующей операции Гартмана, которая выполнена за 4 месяца до восстановительной операции.

При первичном обследовании и осуществлении послеоперационного мониторинга пациентов использованы традиционные лабораторные методики (с обязательной количественной оценкой электролитных показателей, определением уровня белковых фракций крови, анализом гематологических индексов – лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ)), ультрасонографические, эндоскопические исследования. Эндоскопическое исследование включало колоноскопию, вне зависимости от нозологии, ставшей первопричиной резекции участка кишечника.

При выполнении операций использовалось наложение анастомозов ручным способом «конец в бок», «бок в бок», «конец в конец» непрерывным однорядным кишечным швом без захвата слизистой. Для лучшей герметизации линии швов, использовали фибрин-коллагеновую субстанцию (ФКС).

Результаты и их обсуждение.

Больные, оперированные в плановом порядке по поводу долихосигмы обследованы на колоноскопии и рентген-контрастном исследовании ЖКТ, где выявлено удлинение толстого

кишечника, что явилось показанием для резекции толстого кишечника. На рентген исследованиях больных, поступивших в экстренном порядке, выявлялись признаки кишечной непроходимости, такие как «чащи Клойбера», раздутые петли кишечника в виде «арок».

Всем больным до операции проведена предоперационная подготовка, включавшая, в зависимости от тяжести состояния больного и причины оперативного вмешательства инфузионную терапию для восполнения объема циркулирующей крови (ОЦК) и поддержания водно-электролитного состава крови, для декомпрессии желудочно-кишечного тракта устанавливался назогастральный зонд, очистительные клизмы. С целью предупреждения инфекционных осложнений проводили предоперационную антибиотикопрофилактику – цефазолин 1,0 в/в струйно за 30 минут до операции.

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. После всех этапов резекции кишечника формировали анастомозы. Техника формирования анастомоза непрерывным однорядным швом заключалась в следующем: после резекции участка кишечника и обработки анастомозируемых концов 70% спиртом, производилось отсепаровывание брыжейки от серозной оболочки кишки на 5-6 мм с целью четкой визуализации слоев кишечной стенки, что гарантировало серозно-мышечно-подслизистый характер шва. Технически, при наложении однорядного кишечного шва основными моментами считали следующие:

1. Формирование анастомоза начинали одним серозно-мышечно-подслизистым узловым швом.

2.Начиная с брыжеечного края, находящегося на противоположной стороне от хирурга, наложение шва производили «на себя».

3.Ассистент осуществлял постоянную тракцию за свободный конец нити, не допуская ослабления уже наложенных швов.

4.Формирование анастомоза завершали серозно-мышечным швом, и концы используемой нити связывали между собой.

По окончании анастомоз проверяли на проходимость и герметичность.

Литературные данные указывают, что местный инфекционный процесс вызывает несостоятельность анастомоза быстрее, чем происходит синтез коллагеновых волокон, являющихся основным фактором герметичности анастомоза. В связи с чем, для укрепления линии швов проводилась аппликация фибрин-коллагеновой субстанции «Тахокомб». При этом препарат наносится в один слой. Конфигурация пластины должна моделировать линию шва с захождением краев препарата на серозный покров не менее чем на 2 см. Перед аппликацией препарат смачивали, кратковременно (1-2 сек.) поместив в раствор антибиотика широкого спектра действия, который предполагалось использовать в послеоперационном периоде парентерально. Фиксация осуществлялась смоченным в том же растворе марлевым тампоном в течение 5 минут. Удалять тампон необходимо с осторожностью, обязательно от края к центру, придерживая соответствующий край инструментом.

Аппликацию препарата проводили в последнюю очередь перед зашиванием раны передней брюшной стенки. На данный способ профилактики несостоятельности кишечного анастомоза нами получено удостоверение на рационализаторское предложение № 49\18-19 (ОИСНТИ КГМА).

Операции заканчивались установкой в брюшную полость страховочных дренажей через отдельные контраппертуры и ушиванием раны.

В послеоперационном периоде антибактериальную терапию продолжали получать больные, которым наложение анастомозов проводилось на фоне перитонита.

В раннем послеоперационном периоде у всех больных отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных показателей до третьих суток. Кишечные шумы выслушивались уже в первые сутки после операции, газы отошли на вторые сутки. У одного больного, оперированного по поводу тромбоза верхней брыжеечной артерии, отмечался парез кишечника, для лечения которого к инфузионной терапии добавляли внутривенное вливание KCl 4% -10,0 на растворе 5% глюкозы. Парез кишечника разрешился на четвертые сутки послеоперационного периода. На третьи сутки в анализах крови и при УЗИ отклонений не выявлено. Ни у одного больного в раннем послеоперационном периоде признаки несостоятельности кишечных анастомозов не выявлены.

Отдаленные результаты изучены у 4 больных через 6 месяцев и один год после операций. Всем больным проведена колоноскопия, где признаки стриктуры анастомозов не были выявлены.

Таким образом, наши немногочисленные исследования показали, что фибрин-коллагеновая субстанция усиливает механическую прочность, герметичность линии швов и ускоряет репаративные процессы, тем самым предотвращая несостоятельность швов анастомозов. В клинической практике применение фибрин-коллагеновой субстанции в пластических целях особенно показано при наложении кишечного шва в неблагоприятных условиях - при перитоните, кишечной непроходимости, выраженных воспалительно-инфильтративных изменениях органов.

Литература

1. Mortensen, N.J. Intestinal Anastomosis Ashraf S. 29 // ACS Surgery: Principles & Practice, 2008. — 10.2310/7800.S05C29. — 14 p.
2. Matthiessen, P. Defunctioning stoma reduces symptomatic anastomotic leakage after low anterior resection of the rectum for cancer: a randomized multicenter trial /P. Matthiessen, O. Hallbook, J.Rutegard // Ann Surg. — 2007. — Vol. 246, N.2. — P. 207-214.
3. Золотарёва, Е.В. Повторные операции в неотложной хирургии органов брюшной полости // Вестник РГМУ. - 2006. - Т. 49, № 2. - С. 130.
4. Проблема надежности кишечного шва при перитоните и кишечной непроходимости / [В.А. Горский и др.] // Трудный пациент. - 2005. - Т. 23, № 4. - С. 27.
5. Профилактика недостаточности анастомозов желудочно-кишечного тракта [А.Ф. Черноусов, Т. В. Черноусов, О.Н. Хоробрых и др.]// Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. -2005. - № 12. - С. 25-29.
6. Бабаджанов, Б.Д. Новые подходы к лечению послеоперационных перитонитов / Б.Д. Бабаджанов, О.Р. Тешаев, Г.И. Бекетов. // Вестник хирургии. — 2002. — № 4. — С. 25-28.
7. Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии [В.К. Гостищев, М.Д. Дибиров, Н.Н. Хачатрян и др.] // Хирургия. — 2011. — № 10. — С. 56-60.
8. Anastomotic dehiscence after resection and primary anastomosis in left-sided colonic emergenies / S.Biondo, D. Pares, E. Creisltr, et al. // Dis Colon Rectum. — 2005. — Vol. 48. — 2272-2280.
9. Branagan, G. Prognosis after anastomotic leak in colorectal surgery / G. Branagan, D. Finnis. // Dis Colon Rectum. — 2005. — Vol. 48. — 1021-1076.
10. К вопросу о выборе шовного материала для формирования различных видов межкишечных соустий / [Е.С. Василеня и др.] // Фундаментальные исследования. – 2014. – №7-1. – С. 174-176.
11. Однорядный непрерывный шов в абдоминальной хирургии / [В.М. Буянов, В.Н. Егиев, В.И. Егоров и др.] // Хирургия. – 2000. – № 4. – С. 13-18.

УРОВЕНЬ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ВЫПУСКНОГО КУРСА КГМА ИМ.И.К.АХУНБАЕВА ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Г.У. Толбашиева, Ж.А. Чынгышова, К.Н.Кулданова, А.Ж. Токтобаева, А.Б. Ким
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор - д.м.н., профессор И.О . Кудайбергенова)
Кафедра Анестезиологии и интенсивной терапии до- и последипломного обучения
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Данное исследование было проведено с целью оценки уровня подготовленности студентов выпускного курса КГМА при оказании первой неотложной помощи с применением базовой сердечно-легочной реанимации(СЛР). Для проведения исследования были привлечены 302 студента КГМА, обучающихся на факультетах: «Лечебное дело», «Стоматология», «Педиатрия», «Высшее сестринское образование», среди которых был проведен опрос и получены статистические данные. В результате был обнаружен недостаточный уровень подготовленности по оказанию мероприятий базовой СЛР.

Ключевые слова: Первая неотложная помощь, студенты, базовая сердечно- легочная реанимация.

И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КММАНЫН БҮТҮРҮЧҮ КУРСУНУН ОКУУЧУЛАРДЫН КҮТТҮСҮЗ БИРИНЧИ ЖАРДАМ КӨРСӨТҮ БОЮНЧА ЖАНА ЖҮРӨК-ӨПКӨНҮН КАЙРАДАН ЖАНДАНДЫРУУ НЕГИЗГИ ЫКМАСЫН ДАЯРДЫК ДЕҢГЕЛИ

Г.У. Толбашиева, Ж.А. Чынгышова, К.Н. Кулданова,А.Ж. Токтобаева, А.Б. Ким
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
дипломдон кийинки жана дипломго чейин билим берүү анестезиология- кайра жандандыруу кафедрасы Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын бүтүрүчү курсунун окуучулардын күттүсүз биринчи жардам көрсөтү боюнча жана жүрөк-өпкөнүн кайрадан жандандыруу негизги ыкмасын даярдык деңгелин аныктоо үчүн изилдөө жүргүзүлгөн изилдөө жүргүзүчүү КММАнын Дарылоо иши, Стоматология, Педиатрия жана Жогорку мээрмандык билим беруу факультеттеринен 302 окуучу

тартылды. Алардын арасында суроо жүргүзүлдү жана статистикалык маалыматтар алынды. Изилдөө жыйынтыгы көрсөткөндөй, окуучулардын даярдыгы жетишсиз денгел экендиги табылды.

Негизги сөздөр: күттүсүз биринчи жардам, окуучулар, жүрөк-өпкөнүн кайрадан жандандыруусу.

KYRGYZ STATE MEDICAL ACADEMY SENIOR STUDENTS LEVEL OF PREPARADENESS FOR EMERGENCY CARE WITH BASIC CARDIOPULMONARY RESUSCITATION

G. Tolbashieva, J. Chyngyshova, K. Kuldanova, A. Toktobaeva, A. Kim.
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department of Anaesthesiology and Intensive Care before and after clinical training
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The study was conducted to assess the level of First aid education and knowledge of basic cardio-pulmonary resuscitation among KSMAs senior-year students, a question survey was administered to Faculty of Medicine, Pediatrics, Dental Medicine, Faculty of Nursing students. The completed forms of 302 participants were evaluated. In conclusion, most of medical student's state of study are inadequate in the performance of cardiopulmonary resuscitation.

Key words: first aid education, students, cardiopulmonary resuscitation.

Введение

Первая помощь как учебный предмет является основой профессиональных качеств медицинского работника, вне зависимости от специальности. Качественное обучение студентов медицинской академии с самого начала их карьеры будет способствовать улучшению показателей выживаемости благодаря профессионально подготовленным кадрам.

В практической деятельности каждый врач сталкивается с неотложными и критическими состояниями.

По статистике при своевременном оказании первой помощи, на примере базисной сердечно-легочной реанимации снижается риск осложнений и повышается эффективность дальнейшего лечения. По данным Американской ассоциации сердца(AHA) имеются четкие доказательства повышения уровня выживаемости после остановки сердца, когда случайный свидетель проводит сердечно-легочную реанимацию(СЛР)[1].

По данным St. John Ambulance (Великобритания) ежегодное оказание первой помощи способно спасти около 140 000 жизней. Примерно столько же людей ежегодно умирает от онкологических заболеваний [2].

Целью данного исследования является определение уровня подготовленности студентов выпускного курса разных факультетов Кыргызской Медицинской Государственной Академии им. И.К. Ахунбаева в оказании первой неотложной помощи с применением базовой СЛР.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось методом поперечных срезов среди студентов факультетов: «Лечебное дело», «Стоматология», «Педиатрия», «Высшее сестринское образование» в период с октября 2018 года по январь 2019 года.

Опросники были созданы в соответствии с клиническими рекомендациями Американской ассоциации сердца, КАВАР (Кыргызская Ассоциация Врачей Анестезиологов Реаниматологов) и другими протоколами [1,3,4,5].

Студенты должны были заполнить структурированный опросник, который состоял из 20 вопросов, из которых 17 вопросов затрагивали навыки оказания первой помощи; 3 вопроса — субъективная оценка подготовленности студента и качества обучения. В бланк тестирования были включены вопросы, оценивающие знания базисной сердечно-легочной реанимации, оказания первой помощи при неотложных состояниях, таких как гипертонический криз, острый инфаркт миокарда, анафилактический шок, ожоги, отморожения, электротравма, эпилептический приступ (рис.).

Результаты исследований обрабатывались традиционными методами статистики с помощью статистических программ Excel Microsoft Office.

Дорогой студент!

Данное тестирование является добровольным и анонимным. Благодарим за помощь.

1) Соотношение компрессий и вдохов при базовой сердечно-легочной реанимации у взрослых и детей:
А) 30:2; 15:1
Б) 15:1;30:1
В) 30:1;15:2
Г) 15:2 ;30:2

2) Первая помощь при остром инфаркте миокарда:
А) морфин,нитроглицерин,аспирин
Б) каптоприл,тромбоасс,магния сульфат
В) адреналин,дексаметазон
Г) лидокаин,амиодарон

3) Глубина компрессий для эффективной сердечно-легочной реанимации:
А) 2-4см
Б) 4-6см
В) 6-8см
Г) не важна

4) Длительность проведения сердечно-легочной реанимации:
А) 5минут
Б) 15минут
В) 30минут
Г) не важна

5) Первая помощь при гипертоническом кризе:
А) адреналин,дексаметазон
Б) лидокаин,амиодарон
В) каптоприл,тромбоасс,магния сульфат
Г) морфин,нитроглицерин,аспирин

6) Правильный алгоритм оказания первой помощи по системе АВС:
А)ВАС
Б) АВС
В) САВ
Г) не важна

7) С какой целью проводится прекардиальный удар:
А) возобновить работу сердца
Б) с целью дефибрилляции
В) привести в сознание
Г) усилить насосную функцию сердца

8) Первая помощь при фибрилляции:
А) дефибрилляция
Б) прекардиальный удар
В) введение адреналина
Г) сердечно-легочная реанимация

9) На каких артериях определяется пульс при потере сознания:
А) лучевых
Б) сонных
В) бедренных
Г) подмышечных

10) Препаратом выбора при анафилактическом шоке является:
А) адреналин
Б) амиодарон
В) новокаин
Г) преднизолон

11) Первая помощь при носовых кровотечениях:
А) запрокидывание головы
Б) приложение холода
В) тампонада
Г) усиление изгнания крови

12) Цель которую необходимо достичь, оказывая первую помощь при эпилептическом припадке:
А) предотвращение ЧМТ
Б) сохранение целостности кожных покровов
В) предотвращение западения языка
Г) попытаться остановить приступ

13) Наложение жгута:
А) выше места кровотечения на 30 минут летом и на 1 час зимой
Б) ниже места кровотечения на 30 минут летом и на 1 час зимой
В) выше места кровотечения на 30 минут зимой и на 1 час летом
Г) место и время не важно

14) Первая помощь при ожогах:
А) нанесение мазей
Б) наложение асептической повязки
В) вскрытие волдырей, если таковые имеются
Г) холод в течении 15-20 минут

15) Какую мазь нельзя использовать при ожоге:
А) левомеколь
Б) Вишневского
В) гентамицин
Г) троксевазин

16) Первая помощь при обморожении:
А) алкоголь внутрь
Б) обтирание
В) теплое питье и укутывание
Г) горячая ванна

17) Первая помощь при электротравме:
_____

18) Как вы оцениваете свои знания и подготовленность по оказанию первой помощи:
А) отлично
Б) хорошо
В) приемлемо
Г) плохо

19) Если ваши знания не удовлетворительны, то почему:
А) отсутствие интереса
Б) занятость
В) недостаточное предоставление знаний

20) Довольны ли вы преподаванием предмета первой помощи:
А) да
Б) нет

Рис. Модифицированный опросник по оказанию неотложной помощи.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании приняли участие 302 студента, из которых 140(46,4%) – студенты факультета «Лечебное дело», 75 (24,8%) - «Стоматология», 77 (25,5%) - «Педиатрия», 10 (3,3%) - «ВСО».

Правильно ответили на все теоретические вопросы 61 студент, что составляет 20,2% всех опрашиваемых. Из них 41 (13,6%) являются студентами факультета «Лечебное дело», 10 (3,3%) - «Педиатрия», 8 (2,64%) – «Стоматология», 2 (0,66%) – «ВСО».

Непрямой массаж сердца обеспечивает кровоток в первую очередь за счет увеличения внутригрудного давления и непосредственного компрессионного сжатия сердца, что необходимо для притока крови, обогащенной кислородом к сердцу и головному мозгу. Рекомендуемая глубина вдавливания составляет не менее 5 см, но не более 6 см, при превышении порогового значения возможно развитие осложнений [1]. 93(30,8%) респондента считают, что глубина вдавливаний должна составлять 2-4 см, 12 (3,9%) – 6-8 см, а 15 (4,9%) ответили, что глубина компрессий не важна. 182 (60,3%) студента ответили правильно.

Чередование компрессионных сжатий с искусственным дыханием в соотношении 30:2 у взрослых и 15:1 у детей не знали 87 (28,8%) опрошенных, 215 (71,2%) ответили верно.

С 2010 г. последовательность основных мероприятий по поддержанию жизнедеятельности А-В-С была заменена на последовательность С-А-В (компрессионные сжатия, освобождение дыхательных путей, искусственное дыхание) [1]. Большинство опрошенных – 164 (54,3%), считают прежний алгоритм верным, только 83 (27,5%) респондентов предпочли С-А-В.

Длительность проведения базовой сердечно-легочной реанимации должна составлять по клиническому протоколу 30 минут -138 (45,7%) студентов ответили правильно, остальные 164 (54,3%) опрошенных имеют неверное представление о точном времени проведения базовой СЛР.

Прекардиальный удар у 139 (46,02%) респондентов использовался для возобновления сердечной деятельности, 40 (13,24%) считают, что при помощи удара можно усилить насосную функцию сердца, 116 (38,41%) применяют его с целью дефибрилляции.

При фибрилляции 46 (15,23%) предпочитают начинать мероприятия с сердечно – легочной реанимации; 160 (53%) используют дефибриллятор.

Пульс на сонных артериях при потере сознания определяют 241 (79,8%) студентов, остальные 61(20,2 %) предпочитают определять пульс на артериях других локализаций (лучевых, бедренных, подмышечных).

Эпинефрин (адреналин) – препарат первой линии для лечения анафилаксии (А). По данным Европейского Совета по реанимации -2015 и Национального Совета по реанимации (Россия): Раннее распознавание и немедленное внутримышечное введение адреналина остается основой лечения анафилаксии [3]. Для 206 (68,2%) респондентов эпинефрин является препаратом выбора при

анафилаксии, 68 (22,51%) предпочитают глюкокортикоиды. Кортикостероиды не относят к препаратам первой линии для лечения анафилаксии, так как они не влияют на исход острой анафилаксии, но могут предотвратить вторую фазу реакций спустя 24–72 ч после начальных симптомов, таких как бронхоспазм, ангионевротический отек, уртикарная сыпь, резкое снижение АД.

Первую неотложную помощь при остром инфаркте миокарда и гипертоническом кризе умеют оказывать 240 (79,5%) и 241 (79,8%) студентов соответственно.

Целью, необходимой для достижения во время оказания первой неотложной помощи при эпилептическом припадке 170 (56,3%) считают предотвращение западения языка, 24(7,9%) попытались бы остановить приступ и только для 92 (30,46%) ставят в приоритет предотвращение возникновения черепно-мозговой травмы, которая усугубит основную патологию.

Технику правильного наложения жгута при наружных кровотечениях знают 189 (62,6%) студентов, 103 (34,1%) не имеют представления о взаимосвязи между временем наложения жгута и температурой окружающей среды. Первую неотложную помощь при носовых кровотечениях оказывают правильно 251 (83,1%) респондента.

При ожогах применяют холод на пораженное место в течение длительного времени и накладывают асептическую повязку 283 (93.7%). Нежелательно применение линимента Вишневского на ожоговые поверхности – об этом знают 148(49%) студентов.

При отморожениях 223 (74%) считают правильным дать горячее питье, укутать и согреть пострадавшего.

Вопрос, касающийся электротравмы требовал самостоятельного ответа, на который из 302(100%) опрошенных дали ответ только 144(47,68%) респондента, из них 103(34,1%) описали правильный алгоритм оказания первой неотложной помощи при электротравме.

Свои знания и подготовленность по оказанию первой неотложной помощи оценивают на «отлично» - 21 (6,9%), «хорошо» - 95 (31,45%), «приемлемо» - 124 (41,05%). «плохо» - 62 (20,52%) студента.

Студенты считают, что отсутствие интереса в 18% (54) является причиной неудовлетворительности знаний, в 27% случаев (82) занятость повлияла на качество обучения, и 55% (166) студентов отметили недостаточное предоставление знаний по предмету первой помощи.

58%(175) студентов считают, что выделено недостаточное количество часов для практических занятий на предметы по оказанию первой неотложной помощи.

Выводы

По результатам данного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Был обнаружен недостаточный уровень подготовленности студентов по оказанию мероприятий базовой СЛР, так как превалирующее количество неправильных ответов было получено касательно ее основных мероприятий: глубина компрессий(39,6%), длительность ее проведения(54,3%), алгоритм по системе АВС(72,5%).
2. Предоставление часов на преподавание по оказанию первой неотложной помощи не соответствует важности знания предмета в дальнейшей практической деятельности врача.

Рекомендации

1. Необходимо сделать акцент на обучение навыкам оказания первой неотложной помощи, а именно базовой сердечно-легочной реанимации: глубина компрессий, длительность ее проведения, алгоритм по системе АВС.

Литература

1. American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care/ [Robert W. Neumar, Michael Shuster, Clifton W. Callaway et al.] -2015.-132.- S315–S367.

2.Недостаточная подготовленность к оказанию неотложной помощи и ее последствия [Электронный ресурс].- Режим доступа: https://www.theguardian.com/society/2012/sep/17/first-aid-deaths-tv-campaign.

3.Министерство Здравоохранения Российской Федерации(Республика Бурятия).- Клинические рекомендации по реанимации и интенсивной терапии анафилактического шока [Электронный ресурс].- Режим доступа: http://www.minzdravrb.ru/minzdrav/docs/Klinicheskie-rekomendatsii-po-reanimatsii-i-intensivnoj-terapii-anafilakticheskogo-shoka.pdf

4.American Heart Association and American Red Cross Guidelines Update for First Aid.Circulation /[Eunice M. Singletary, Nathan P. Charlton, Jonathan L. Epstein et al.] -2015.- 132(suppl 2).-S574–S589.
5. Комбустиология: Учебник. / Э.Я. Фисталь, Г.П. Козинец, Г.Е. Самойленко. - Донецк, 2005.- 315 с.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТРАХЕОСТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

А.К.Молдоташова, М.М.Акимов, А.Б.Исмайылова, А.К.Накыспек, Б.М.Маматалиева
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье приведены сравнительные литературные данные относительно техник вмешательства, эпидемиологии, показаний, оптимальных сроков и методов проведения трахеостомии, так как в нашей стране в настоящее время большинство трахеостомий проводится по открытой хирургической методике, несмотря на то, что в развитых странах предпочтение отдается чрескожной дилятационной технике трахеостомии.

Ключевые слова: трахеостомия, реанимационное отделение, искусственная вентиляция легких через трахеостомическую трубку, чрескожная дилятационная трахеостомия, осложнения трахеостомии.

КАЙРА ЖАНДАНДЫРУУ БӨЛҮМҮНДӨГҮ БЕЙТАПТАРГА ТРАХЕОСТОМА ЖАСОО ТУУРАЛУУ АКТУАЛДУУ МАСАЛЕЛЕР. МАСЕЛЕНИН УЧУРДАГЫ АСПЕКТИЛЕРИ

А.К.Молдоташова, М.М.Акимов, А.Б.Исмайылова, А.К.Накыспек, Б.М.Маматалиева
Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорлатуу медициналык институтунун анестезиология-кайра жандандыруу кафедрасы КМКДжАЖМИ
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада трахеостома жасоонун кийлигишүү ыкмалары, эпидемиологиясы, көрсөтмөсү жана оптималдуу убакыты жөнүндө салыштырмалуу, жарыяланган маалыматтар берилген, анткени чет мамлекетте терини кенейтип трахеостома жасоо ыкмасы артык көрүлсө, бизде азыркы убакытта көпчүлүк трахеостомалар ачык хирургиялык ыкмасы боюнча жасалат.

Негизги сөздөр: кайра жандандыруу бөлүмү, трахеостомия, трахеостома түтүкчөсү менен өпкөнүн жасалма желдөөсү, терини кенейтип трахеостома жасоо, трахеостомиянын сезгенүүлөрү.

ACTUAL TRAHEOSTOMY ISSUES IN PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT. MODERN ASPECTS OF THE PROBLEM

A.K.Moldotashova, M.M. Akimov, A. B. Ismayilova, A. K. Nakyspek, B.M. Mamatalieva
Department of Anaesthesiology and Intensive Care of KSMIRandIQ
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: This article presents comparative literature data on intervention techniques, epidemiology, indications, optimal timing and methods for tracheostomy, since in our country at present most tracheostomies are performed according to open surgical techniques, despite the fact that in developed countries preference is given to percutaneous dilatation tracheostomy technique.

Key words: tracheostomy, intensive care unit, artificial ventilation of the lungs through the tracheostomy tube, percutaneous dilatation tracheostomy, complications of the tracheostomy**.**

Трахеостомия является одним из наиболее часто проводимых хирургических вмешательств пациентам, находящимся в условиях реанимационного отделения на искусственной вентиляции легких (ИВЛ). В здравоохранении в настоящее время установился стереотип, что постановка трахеостомической трубки является прерогативой врача-оториноларинголога, несмотря на то, что трахеостомия и трахеотомия входят в список необходимых манипуляций, которыми должны владеть врачи всех специальностей хирургического профиля, включая врачей анестезиологов-реаниматологов. По-прежнему наиболее дискутабельными вопросами трахеостомии являются оптимальные сроки ее проведения и деканюляции пациентов. В данной статье нами приведен

литературный обзор на тему эпидемиологии, показаний, оптимальных сроков проведения и исходов трахеостомии среди пациентов, прошедших ИВЛ.

Показания для проведения трахеостомии.

Основными показаниями к проведению трахеостомии являются острая дыхательная недостаточность, когда предполагается проведение продленной ИВЛ, «отлучение от ИВЛ», необходимость в частой санации нижних дыхательных путей, обструкция верхних дыхательных путей с подтвержденным снижением сатурации крови, невозможность интубации, а также изоляция нижних дыхательных путей после операций на челюстно-лицевой области, травмах головного мозга и неврологических заболеваниях [1, 2], а также травматические и сосудистые поражения головного мозга, сопровождающиеся необходимостью в длительной ИВЛ. Накладываем трахеостому пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и черепно-мозговой травмой (ЧМТ), сопровождающимися угнетением сознания, с сепсисом, с тяжелой пневмонией, острым респираторным дистресс синдромом (ОРДС), тромбоэмболией легочной артерии ТЭЛА, миастенией с выраженной дыхательной недостаточностью. Одним из осложнений продленной интубации является рубцовый стеноз трахеи и подскладкового отдела гортани. Механизмы развития, уровень стеноза и его морфология при трансларингеальной интубации и интубации через трахеостому отличаются [3]. Считается, что при трансларингеальной интубации стеноз трахеи либо подскладкового отдела гортани возникает в 30% случаев в области раздутой манжеты в связи с ее давлением на слизистую оболочку трахеи.

Трахеостомия позволяет исключить повреждение гортани при длительной интубации, создает удобство для частой санации нижних дыхательных путей. В сравнении с трансларингеальной интубацией, трахеостома позволяет уменьшить сопротивление при ИВЛ. Дополнительными преимуществами трахеостомии является простота санации глотки, уменьшение сроков начала энтерального питания и мобилизации пациента, уменьшение количества использования седативных препаратов [4].

Преимущества вентиляции через трахеостомическую канюлю над вентиляцией через эндотрахеальную трубку (ЭТТ):

• Больший комфорт для пациента.

• Облегчение сестринского ухода за больным.

• Облегчение оценки динамики неврологических нарушений (гортанные и глоточные рефлексы, высовывание и артикуляция языка, возможность говорить, принимать жидкую и твердую пищу).

• Профилактика травм гортани.

• Профилактика вентилятор ассоциированной пневмонии (ВАП).

• Меньшая седация.

• Большая мобильность пациента (профилактика вестибулярных расстройств, суставных контрактур, возможность вертикализации длительно лежащих больных.)

• Отсутствие необходимости замены канюли (реже происходит обтурация густой мокротой, в отличие от ЭТТ, при использовании канюль со сменным внутренним вкладышем, проблема снимается вовсе).

• Отлучение больного от ИВЛ проходит легче.

• Сокращается время пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Какую трахеостомию проводить?

На данном этапе развития медицины приняты два основных метода: традиционный (вертикальный разрез кожи, тупое разделение тканей, мобилизация трахеи, рассечение межкольцевого промежутка трахеи, зачастую вместе с хрящевым кольцом, формирование стомы, заведение трубки, ушивание) и чрескожный дилятационный (ЧДТ) с эндоскопическим контролем.

Основные чрескожные методики:

• Одноступенчатая дилятация (Smiths-Portex).

• Последовательная дилятация (Rusch).

• Дилятационный зажим Ховарда-Келли (методика Григгса Smiths-Portex).

• Методика «вкручивания»(Rusch).

Преимущества чрескожной дилятационной трахеостомии над традиционной:

• Нет необходимости транспортировать пациента в операционную.

• Нет необходимости привлекать к работе хирургов, оториноларингологов, персонал оперблока.

• Значительно сокращается время выполнения процедуры (в идеале ЧДТ занимает 6-10 минут)

• Возможность выполнения процедуры при сохранении положения больного с поднятым на 30 градусов головным концом, что важно для профилактики повышения внутричерепного давления (ВЧД) у больных с ЧМТ и ОНМК.

• Меньше травматизация трахеи (исключается пересечение хрящевых колец).

• Ниже риск кровотечения (зоны выполнения обычно «в стороне» от щитовидной железы, отсутствует фаза острого доступа, за исключением кожи. Естественная тампонада канюлей за счет «плотного» трахеостомического канала).

• Лучше герметичность стомы.

• Отсутствует необходимость наложения швов.

• Быстрое закрытие стомы после удаления канюли, отсутствие необходимости наложения вторичных швов.

• Лучший косметический эффект.

• Ниже риск стриктур трахеи (за счет сохранения целостности хрящевых колец, формирование стомы минимально необходимого диаметра для прохождения трубки).

Оптимальные сроки проведения трахеостомии.

Учитывая развитие технологий и разработку новых материалов, используемых в изготовлении эндотрахеальных трубок, в настоящее время в происходит пересмотр оптимальных сроков проведения трахеостомии пациентам, находящимся на вентиляционной поддержке [5,6,7].

В настоящее время невозможно определить оптимальную длительность трансларингеальной интубации. Клиническое состояние и развитие осложнений в конкретном случае могут диктовать необходимость наложения трахеостомы, однако нет общих для всех пациентов объективных критериев, которые могут служить показанием к изменению пути вентиляции легких с трансларингеального на транстрахеальный [8,9].

Было проведено несколько крупных исследований и проведены метаанализы. На современном этапе в большинстве исследований ранней трахеостомией называется трахеостомия, проводимая в сроки от 3 до 10 дней с момента начала ИВЛ, а сроки поздней варьируют от 7-14 дней, 14-28 дней либо более 28 дней.

В 2005 году был проведен систематический обзор и мета анализ четырех рандомизированных контролируемых исследований оптимальных сроков проведения трахеостомии пациентам, находящимся на ИВЛ [10, 11, 12, 13]. При проведении ранней трахеостомии отмечалось значительное сокращение сроков ИВЛ и длительности пребывания пациентов в реанимационном отделении [14].

В 2010 году опубликованы результаты многоцентрового рандомизированного исследования. Основной задачей исследования было определение зависимости частоты развития ВАП от сроков проведения трахеостомии. По данным исследования, трахеостомию не следует проводить ранее, чем через 13-15 суток после трансларингеальной интубации [15].

На основании результатов двух рандомизированных многоцентровых исследований (Италия, 2010; Великобритания, 2013), Cheung N.H. с соавторами [16] пришли к выводу, что пациенту следует проводить трансларингеальную ИВЛ в течение 10 дней, после чего проводить оценку состояния пациента и прогноз в отношении необходимости дальнейшей длительной вентиляционной поддержки. В то же время есть группы пациентов, которым абсолютно показана ранняя трахеостомия в связи с тем, что им либо требуется незначительная дыхательная поддержка, либо снятие с ИВЛ - это пациенты с острыми нарушениями мозгового кровообращения, травмами головного или спинного мозга. Для таких групп проводились специальные исследования, согласно которым трахеостомию следует проводить спустя 7-8 дней от начала ИВЛ, и целью операции является защита дыхательных путей от аспирации и облегчение манипуляций, связанных с санацией трахеобронхиального дерева [17,18,19].

Осложнения трахеостомии и методы их профилактики.

Все осложнения трахеостомии можно разделить на интраоперационные, ранние послеоперационные (менее 7 дней с момента операции) и поздние послеоперационные (более 7 дней с момента операции).

В целях минимизации риска развития осложнений трахеостомию по открытой методике следует проводить в условиях операционной, где имеется соответствующее оборудование (свет, аспиратор, электрокаутер) [20,21,22]. Риск развития осложнений у пациентов отделений интенсивной терапии выше, чем у других групп пациентов, так как часто их заболевание имеет полиорганный характер. Когда таким пациентам требуется трахеостомия, их везут в операционную [23,24].

Другим важным направлением профилактики осложнений являются противоишемические мероприятия. Известно, что при давлении на ткани, превышающем капиллярно-артериальное давление, равное 20-30 мм рт. ст., возникает ишемия с последующим воспалением и некрозом. Инфицирование зоны поражения вызывает некроз слизистой оболочки, рост грануляционной ткани, лизис хрящей, что впоследствии приводит к формированию рубцового стеноза трахеи, трахеомаляции и развитию свищевых ходов в соседние для трахеи органы [25,26,27,28]. В связи с этим в настоящее время все большую популярность получают трахеостомические трубки из поливинилхлорида либо силикона с манжетами большого объема и низкого давления. Оптимальным давлением в манжете является 20-25 мм рт. ст., которое следует определять при помощи специального манометра [29, 30]. Таким образом, необходим контроль давления в манжете с регулярным (с интервалом 1,5-2 часа) снижением его, адекватный подбор размера канюли. При выполнении трахеостомии необходимо изолировать хрящи трахеи от внешней среды кожно-трахеальными лоскутами. Все манипуляции на трахее должны проводиться с соблюдением асептики, при этом замену трубки на стерильную следует производить не реже, чем каждые двое суток. Антибактериальные препараты должны применяться профилактически с учетом чувствительности к ним микрофлоры [31].

Заключение:

Трахеостомией должны владеть и проводить все врачебные специальности хирургического профиля, а также анестезиологи-реаниматологи. В настоящее время не существует единой научно обоснованной тактики ведения пациентов, находящихся на ИВЛ. Статистически обоснованным является подход, при котором врач-реаниматолог определяет показания к трахеостомии спустя 10 дней от начала ИВЛ на основании дальнейшего прогноза для пациента. При предполагаемом продлении ИВЛ до 21 дня с момента интубации и более следует проводить трахеостомию.

ИВЛ через трахеостому имеет ряд существенных преимуществ, а именно: создает удобство для санации нижних дыхательных путей и глотки, позволяет уменьшить сопротивление при ИВЛ, сокращает сроки начала энтерального питания и мобилизации пациента, уменьшает количество использования седативных препаратов.

Литература

1. Богданов, А. Б. Интубация трахеи / В.А.Корячкин — СПб.: Санкт-Петербургское книжное издательство, 2004. — 183 с.

2. Паршин, В. Д. Трахеостомия. Показания, техника, осложнения и их лечение / В.Д.Паршин — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 176 с.

3. Молдоташова, А.К. Искусственная вентиляция легких неврологических больных/ А.К.Молдоташова, Е.А.Анищук, М.М.Акимов// Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2018. — №2. — С.30—34.

4. Перельман, М. И. Рубцовый стеноз трахеи — профилактика и лечение: профилактика, диагностика и лечение рубцовых стенозов трахеи /М.И.Перельман — М., 1999. 3—4с.

5. Тришкин, Д.В. Постинтубационная болезнь трахеи: клинико-морфологические варианты / Д.В. Тришкин, В.Н.Новиков, Н.В.Ложкина// Российская оториноларингология. — 2008. — №6. — С.137—142.

6. Bittner, E. A., The ventilator liberation process: update on technique, timing, and termination of tracheostomy / E.A.Bittner, U.H.Schmidt// Respir. Care. — 2012.— №10. — P. 1626—1634.

7. Bouderka, M. A. Early tracheostomy versus prolonged endotracheal intubation in severe head injury/ M.A.Bourderka, B.Fakhir, A.Bouaggad// J. Trauma. — 2004. — №2. — P. 251—254.

8. Cheung, N. H., Tracheostomy: Epidemiology, Indications, Timing, Technique, and Outcomes/ N.H.Cheung. L.M.Napolitano// Respir. Care. — 2014. — №6. — P. 895—891.

9. Colice G. L. Resolution of laryngeal injury following translaryngeal intubation // Am. Rev. Respir. Dis. — 1992. — №2, Pt 1. — P. 361—364.

10. Cox, C. E. Increase in tracheostomy for prolonged mechanical ventilation in North Carolina/ C.E.Cox, S.S.Carson, G.M.Holmes // Crit. Care Med. — 2004.— №11. — P. 2219—2226.

11. De Leyn, P. Tracheotomy: clinical review and guidelines/ P. De Leyn, L.Bedert, M.Delcroix // Eur. J. Cardiothorac. Surg. — 2007. — Vol. 32. — №3. — P. 412—421.

12. Durbin, C. G. Jr. Indications for and timing of tracheostomy // Respir. Care. — 2005. — Vol. 50. — №4.

13. Durbin C. G. Tracheostomy: why, when and how? // Respir. Care. — 2010. — Vol. 55. — №8. — P. 1056—1068.

14. Engels, P. T. Tracheostomy: from insertion to decannulation/ P.T.Engels S.M.Bagshaw, M.Meier, P.G.Brindley // J. Can. Chir. — 2009. — Vol. 52. — №5. — P. 427—433.

15. Freeman, B. D. Relationship between tracheostomy timing and duration of mechanical ventilation in critically ill patients / B.D. Freeman, I.B.Borecki, C.M.Coopersmith, T.G.Buchman // Crit. Care Med. — 2005. — Vol. 33. — №11. — P. 2513—2520.

16. Frova, G. New simple method for percutaneous tracheostomy: controlled rotating dilating. A preliminary report/ G.Frova. M.A.Quintel// Intensive Care Med. — 2002. — Vol. 28. — P. 299—303.

17. Frutos-Vivar, F. Outcome of mechanically ventilated patients who require a tracheostomy // Crit. Care Med. — 2005. — Vol. 33. — №2. — P. 290—298.

18. Griffiths, J. Systematic review and meta-analysis of studies of the timing of tracheostomy in adult patients undergoing artificial ventilation // BMJ. — 2005. — Vol. 330. — №7502. — P. 1243.

19. Goodall, E. W. On infectious diseases and epidemiology in the Hippocratic collection: Section of the History of Medicine // Proc. R. Soc. Med. — 1934. — Vol. 27. — №5. — P. 525—534.

20. Hess D. R. Tracheostomy tubes and related appliances // Respir. Care. — 2005. — Vol. 50. — P. 497—510.

21. Nathens, A. B. Variations in rates of tracheostomy in the critically ill trauma patient // Crit. Care Med. — 2006. — Vol. 34. — №12. — P. 2919—2924.

22. Plummer, A. L. Consensus conference on artificial airways in patients receiving mechanical ventilation / L.A.Plummer, D.R.Gracey // Chest. — 1989. — Vol. 96. — №1. — P. 178.

23. Rana, S. Tracheostomy in critically ill patients // Mayo Clin. Proc. — 2005. — Vol. 80. — №12. — P. 1632—1638.

24. Remacle, M. Surgery of larynx and trachea/ M.Remacle — Berlin.- Springer, 2010. — 368 p.

25. Rodriguez, J. Early tracheostomy for primary airway management in the surgical critical care setting // Surgery. — 1990. — Vol. 108. — №4. — P. 655—659.

26. Rumbak M. J. A prospective, randomized, study comparing early percutaneous dilatational tracheostomy to prolonged translaryngeal intubation (delayed tracheostomy) in critically ill medical patients // Crit. Care Med. — 2004. — Vol. 32. — №8. — P. 1689—1694.

27. Saffle, J.R. Early tracheostomy does not improve outcome in burn patients // J. Burn. Care Rehabil. - 2002. - Vol. 23. — №6. — P. 431 — 438.

28. Scales, D.C. The effect of tracheostomy timing during critical illness on long-term survival // Crit. Care Med. — 2008. — Vol. 36. — №9. — P. 2547—2557.

29. Terragni, P. P. Early vs late tracheotomy for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adult ICU patients: a randomized controlled trial // JAMA. — 2010. — Vol. 303. — №15. — P. 1483—1489.

30. Young, D. TracMan Collaborators. Effect of early vs late tracheostomy placement on survival in patients receiving mechanical ventilation: the TracMan randomized trial // JAMA. — 2013. — Vol. 309. — №20. — P. 2121—2129.

31. Zias, N. Posttracheostomy and postintubation tracheal stenosis: report of 31 cases and review of the literature // BMC Pulm. Med. — 2008. — Vol. 8. — №18.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Толбашиева Г.У., Чынгышова Ж.А., Аликжанов А.А., Ашырбаев А.А.
Кыргызская Государственная Медицинская академия имени И.К.Ахунбаева
(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.),
Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии
до- и последипломного обучения КГМА,
Национальный Госпиталь Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье представлены данные изучения различных методы применения интубации трахеи при операциях в челюстно-лицевой области (ЧЛО) и был проведен их сравнительный анализ. Было изучено 210 историй болезни. Проведен ретроспективный анализ интубаций трахеи в отделении челюстно-лицевой хирургии Национального Госпиталя Кыргызской Республики в период с 2016 по 2017 гг. и проспективный анализ за 2018 г.

Ключевые слова: интубация трахеи, трудные дыхательные пути, анестезия в челюстно-лицевой хирургии, фибро-оптическая интубация.

КАРА ЖААК-БЕТ ОБЛУСУНУН ОПЕРАЦИЯЛАРДЫ ЖҮРГҮЗҮҮДӨ КЕКИРЕКТИН ИНТУБАЦИЯСЫ МЕТОДДОРУ ОПТИМАЛДАШТЫРУУ

Толбашиева Г.У., Чынгышова Ж.А., Аликжанов А.А., Ашырбаев А.А
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
Анестезиология,реанимация жана интенсивдуу жардам дипломго чейинки
жана андан кийинки билим кафедрасы
Кыргыз Республикасынын Улуттук Госпиталь Саламаттык Сактоо Министрлигинин
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Беренесинде берилген маалыматтарды изилдөөнүн ар түрдүү методдорун колдонуу интубации трахея караштуу операциялар жаак-бет (ЧЛО) жана өткөрүлгөн алардын

салыштырма талдоосу. Иликтөөгө алынды 210 тарых оорусу. Семинар ретроспективдүү талдоо интубаций трахея бөлүмдө жаак-бет хирургиясы Улуттук Госпиталдын чейинки мезгилде Кыргыз Республикасынын 2016-жылдан 2017-жж. жана проспективный талдоо үчүн 2018-ж.

Негизги сөздөр: кекиртек интубациясы, оор дем алуу жолдору, жаак-бет хирургиясында анестезия, фибро-оптикалык берүү чубалгысы-интубация

OPTIMIZATION OF THE METHODS OF THE TRACHEAL INTUBATION DURING FACIAL-MAXILLAR SURGERY

G.U. Tolbashieva, Zh.A.Chyngyshova, A.A. Alikzhanov, A.A. Ashyrbaev
Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Anesthesiology Resuscitation and
Intensive care under and post graduate education
National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: the purpose of the study was to survey the methods of the tracheal intubation during facial-maxillar surgery. 210 medical files has been studied. The retrospective analysis of the tracheal intubations was performed in the department of facial-maxillar surgery of the Kyrgyz Republic's National Hospital during the time period of 2016 to 2017 years and prospective analysis of the 2018 year.

Введение: Анестезиологическое обеспечение в челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) традиционно является наиболее проблемным в контексте поддержания проходимости верхних дыхательных путей (ВДП) вследствие высокой частоты осложнений. Особое место занимают больные с новообразованиями рото-гортаноглотки и костей лицевого черепа, которые нарушают анатомию и топографические ориентиры, выступая в просвет дыхательных путей [1]. Такие анатомические изменения связаны не только с опасностью трудной интубации трахеи из-за невозможности визуализировать голосовую щель, но и с развития ситуации, известной как «невозможно вентилировать – невозможно интубировать» после индукции в анестезию и введения миорелаксантов [2].

Оперативные вмешательства в челюстно-лицевой области имеют ряд особенностей: высокая рефлексогенность зоны операции, повышенная кровоточивость операционной раны, наличие постоянной угрозы аспирации крови и ограниченный обзор операционного поля при внутриротовых операциях. Так, при флегмонах челюстно-лицевой области в воспалительный процесс вовлекаются анатомические структуры полости рта и ротоглотки, в результате чего часто бывает невозможно выполнить интубацию трахеи методом прямой ларингоскопии [3]. Поэтому существует необходимость в оптимизации методов проведения интубаций трахеи при различных операциях в ЧЛО.

Цель исследования. Оптимизировать методы проведения интубаций трахеи при операциях в челюстно-лицевой области.

Материал исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ за 2016-2017 гг., в результате было выявлено использование методов оро- 84 (52,5%), назотрахеальной – 17 (10,5%) и фибро-оптической – 59 (37%) интубаций трахеи у 160 больных, которым были проведены хирургические операции по поводу различных патологических состояний в челюстно-лицевой области в отделении челюстно-лицевой хирургии Национального Госпиталя МЗ КР.

В ходе изучения и сбора материала особый интерес вызвал метод фибро-оптической интубации (ФОИ) трахеи. В последние годы интубация с помощью ФБС пациента, находящегося в сознании, стала «золотым стандартом» в ситуациях, когда трудную интубацию предвидели заранее [4]. О необходимости шире осваивать и внедрять фиброскопическую технику при предполагаемой трудной интубации говорят многие авторы [5.6.7.8.9]. Так, Буров Н.Е [10] указывает, что за помощью к эндоскопической службе при трудной интубации обращались в 3% случаев. О повышении безопасности больного на этапе обеспечения проходимости дыхательных путей с использованием фиброоптического бронхоскопа в случае прогностически трудной интубации сообщают Гурьянов В.А. и соавт.[]

Из 210 больных 150 больных были мужчины (71%) и 60 больных были женщинами (29%). В исследуемой группе 70 (33,3%) пациентам интубация была проведена под фибро-оптической

интубацией (ФОИ) трахеи, а остальным 140 (66,7%): под оро- (107 пациентов – 76%) и назотрахеальной (33 пациента – 24%) интубацией трахеи.

Из 70 больных с проведенной ФОИ трахеи было 49 мужчин (71%) и 21 женщин (29%). Их возраст колебался в пределах от 21 года до 50 лет. По возрастным группам пациенты с ФОИ трахеи распределились следующим образом:

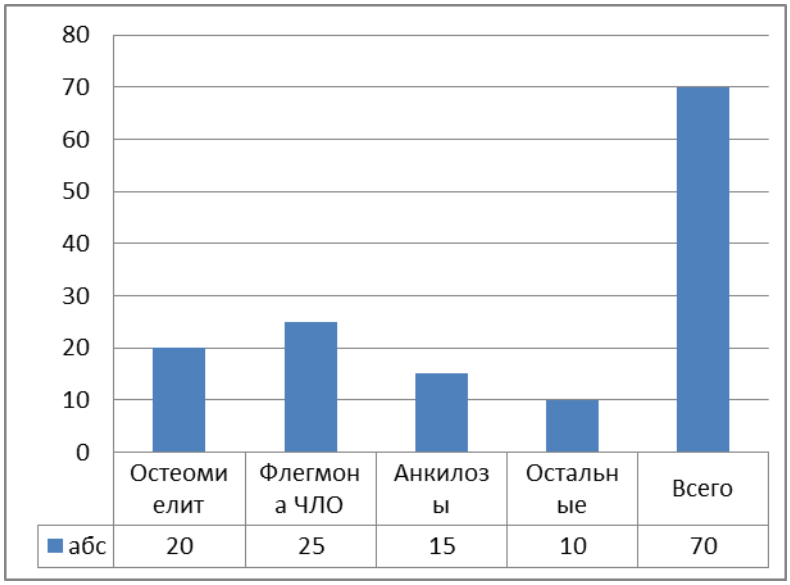
• от 21 до 30 лет: 14 больных
• от 31 до 40 лет: 31 больных
• от 41 до 50 лет: 20 больных
• от 50 лет и более: 5 больных.

Таблица 1 – Распределение больных по полу и возрасту

Пол		**Всего**		**Из них в возрасте (в годах)**			
		абс	%	21-30	31-40	41-50	51 и более
Женский		21	29	4	3	2	1
Мужской		49	71	10	28	18	4
Всего	абс	70		14	31	20	5
	%		100	20	44	29	7

Анализ патологических состояний челюстно-лицевой области, требовавших ФОИ отражен в рисунке 1 и таблице 2

Таблица 2



Патологические состояния	**абс**	**%**
Остеомиелит	20	29
Флегмона ЧЛО	25	36
Анкилозы	15	21
Остальные	10	14
Всего	70	100

Рисунок 1.

Выводы:

1. ФОИ является методом выбора для обеспечения проходимости дыхательных путей при тяжелых формах ФЧЛО.
2. Оротрахеальная ФОИ трахеи выполняется чаще назотрахеальной ФОИ трахеи. При невозможности выполнить ФОИ трахеи, необходимо быть готовым к выполнению интубации через предварительно наложенную трахеостому.
3. Применение более щадящей манипуляции - пункционной дилатационной трахеостомии при невозможности проведения ФОИ.

Литература:

1. Зайцев А. Ю., Светлов В. А., Дубровин К. В. [и др.] Опухоль корня языка, тактика интубации трахеи // Анестезиология и реаниматология. 2014. № 1. С. 63–65.

2. Practice guidelines an updated report by the American Society of Anesthesiologists. Task force on management of the difficult airway, 2013. Anesthesiology. 2013 Feb; 118 (2):251–70

3. Комплексное лечение абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи. Метод. пособие. Национальный Госпиталь Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики, КГМА им. И.К. Ахунбаева, Бишкек 2012, стр. 5-6

4. Jepsen C.H., Gätke M.R., Thøgersen B., et al. Tracheal intubation with a flexible fibreoptic scope or the McGrath videolaryngoscope in simulated difficult airway scenarios: a randomised controlled manikin study. Eur. J. Anaesthesiol. 2014; 31(3): 131–136. PMID: 24145800. DOI: 10.1097/ EJA.0b013e32836590a7. 17. Jepsen C.H., Gätke M.R., Rosenstock C.V. Reply to: performance of videolaryngoscope and flexible fibreoptic endoscope in simulating difficult airways. Eur. J. Anaesthesiol. 2015; 32(3): 208–209. PMID: 24739518. DOI: 10.1097/EJA.0000000000000087

5. Буров Н.Е., Волков О.И. Тактика и техника врача-анестезиолога при трудной интубации. Клин анестезиол. и реаниматол. 2004; 1(2): 68–74.)

6. Молчанов И.В., Буров Н.Е., Пулина Н.Н., Черкавский О.Н. Алгоритм действия врача при трудной интубации. Клиническая практика. 2012; (2): 51–57) (

7. Оболенцев Н.И., Шевченко Б.В. Профилактика осложнений связанных с интубацией. В кн.: Зайцев А.Е., Никонов В.В. (ред.) Неотложная медицинская помощь: сб. статей Харьковской город. клин. больницы скорой неотложной медицинской помощи. Вып. 7. Харків: Основа, 2004: 210–212.)

8. Ульянов В.Ю., Бажанов С.П., Макаркина Е.В., Щуковский В.В. Особенности интубации трахеи у больных с патологией шейного отдела позвоночника. Фундаментальные исследования. 2012. (4–2): 367–370)

9. Любченко А.В., Фесенко У.А. Трудная интубация трахеи при артропластике височно-нижнечелюстного сустава у детей. Український журнал екстремальної медицини ім. Г.О. Можаєва. 2011; 12(2): 64–71

10. Буров Н.Е. Протокол обеспечения проходимости дыхательных путей. Клин анестезиол. и реаниматол. 2005; 2(3): 2–12.

11. Гурьянов А.В., Чурадзе Б.Т., Ялич А.Ю. Трудная интубация трахеи: сравнительная оценка значимости прогностических критериев при использовании ларингоскопов MACINTOSH и TRUVIEW. Анестезиология и реаниматология. 2010; (3): 42–44.

АНАЛИЗ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Г.У. Толбашиева, Ж.А. Чынгышова, А.Т. Осмонова, А.А. Аликжанов
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор - д.м.н., проф. Кудайбергенова И. О.)
Кафедра Анестезиологии,реаниматологии и интенсивной терапии
до - и последипломного обучения, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье представлен анализ анестезиологического пособия, используемого для выполнения торакотомии у 47 больных с диагнозом: «буллезная болезнь легких, осложненная спонтанным пневмотораксом».

Ключевые слова: буллезная болезнь легких, спонтанный пневмоторакс, однолегочная вентиляция, пропофол.

ӨПКӨ БУУЛЛАЛАРЫНЫН ПАЙДА БОЛУ ЖАНА ЖАРЫЛУУ НАТЫЙЖАСЫНДА КЕЛИП ЧЫККАН ПНЕВМОТОРАКСТЫ НАРКОЗ БЕРҮҮ ЖОЛУ МЕНЕН АНАЛИЗДӨӨ

Г.У. Толбашиева, Ж.А. Чынгышова, А.Т. Осмонова А.Т., А.А. Аликжанов
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
Анестезиология,реанимация жана интенсивдуу жардам дипломго чейинки жана андан кийинки билим кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада өпкө буллаларынын пайда болу жана жарылуу натыйжасында келип чыккан пневмоторакс оруусу менен ооруган 47 бейтапты наркоз берүү жолу менен торакотомия жасалганы көрсөтүлдүү.

Негизги сөздөр: Өпкө буллаларынын пайда болу жана жарылуу оорусу, натыйжасында келип чыккан пневмоторакс, бир өпкөлүк вентиляциясы, пропофол.

ANALYSIS ANESTESIOLOGICAL SUPPORT USED ON BULLOUS LUNG DISEASE COMPLICATED BY SPONTANEOUS PNEUMOTORAX

G.U. Tolbashieva, Zh.A.Chyngyshova, A. T. Osmonova, A.A. Alikzhanov
Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Anesthesiology Resuscitation and Intensive care
under and post graduate education, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: the article presents an analysis of the anesthesia used to perform thoracotomy in 47

patients with a diagnosis of bullous lung disease complicated by spontaneous pneumotorax.

Key words: bullous lung disease, spontaneous pneumotorax, single lung ventilation, propofol.

Введение: За всю историю торакальной хирургии во многих отечественных и зарубежных научных работах исследовались методы лечения спонтанного пневмоторакса различного генеза [1,2,3]. Однако, несмотря на такое большое количество статей лишь в немногих из них рассматриваются методы лечения спонтанного пневмоторакса, причиной которого является буллезная болезнь легких [4,5]. На сегодняшний день одним из основных методов лечения буллезной болезни легких является хирургический, а именно торакотомия с ушиванием булл. Данная операция характеризуется трудностью оперативного доступа и особо сложной техникой выполнения, а также выбором методов анестезиологического пособия. Для успешного проведения этих оперативных вмешательств требуется достаточная глубина наркоза с легкой управляемостью в сочетании с минимальным риском развития отдаленных последствий после проведенной тотальной внутривенной анестезии с интубацией легких.

Цель исследования: изучить современные методы анестезиологического пособия, используемые в отделении торакальной хирургии НГ МЗ КР; изучить возможность улучшения данного анестезиологического пособия и внедрения новых методов.

Материал и методы исследования:

Проведено исследование 47 больных, находящихся на лечении в отделении торакальной хирургии НГ МЗКР в период с 2016 по 2018 гг. с клиническим диагнозом: буллезная болезнь легких, осложненная спонтанным пневмотораксом

Из 47 больных женщин было 7(15%), мужчин 40 (85%). Возраст их колебался от 18 до 70 лет, большинство из них были в наиболее трудоспособном возрасте(от 20 до 50 лет) (табл.).

Таблица - Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего		Из них в возрасте (в годах)					
	Абс.	%	До 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
Жен.	7	15	0	3	3	0	1	0
Муж.	40	85	1	12	11	10	3	3
всего	Абс.	47	0	6,5	6,5	0	2	0
	%	100	2	26	23	21	6,5	6,5

Результаты исследования. Среди исследуемых больных преобладали жители Чуйской области (66%), включая г. Бишкек (28% от общего числа больных) (рис.).

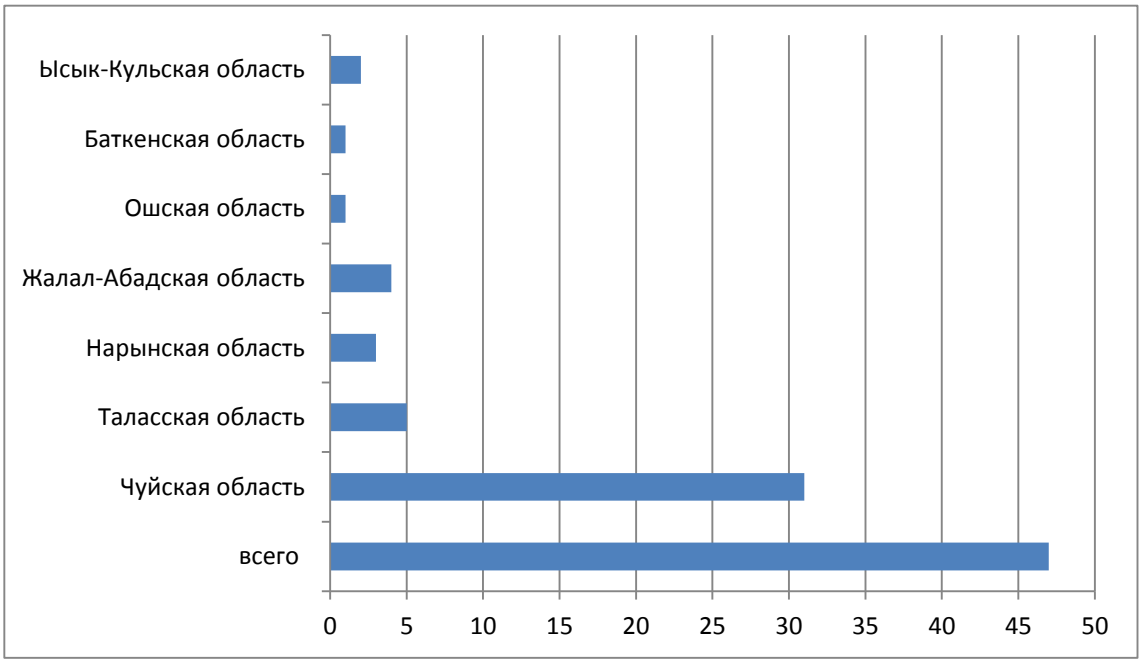


Рис. Распределение исследуемых больных по областям.

Такое преобладание жителей Чуйской области среди больных связано с повышенным уровнем

загрязнений атмосферного воздуха [6]. При вдыхании атмосферного воздуха загрязняющие вещества патологически изменяют ткань легкого, что приводит к образованию буллы. При разрыве стенки буллы атмосферный воздух попадает в плевральную полость, возникает спонтанный пневмоторакс. Дренирование плевральной полости является одним из методов лечения пневмоторакса. 17 больным в исследуемой группе было проведено дренирование плевральной полости с использованием 0,5% раствора новокаина. Остальным 30 больным было проведено оперативное вмешательство: торакотомия с ушиванием булл. При проведении анестезиологического пособия использовался 1% раствор пропофола во время вводного наркоза и поддержания общей анестезии. Данный препарат обеспечивает быстрое пробуждение вследствие быстрого перераспределения и кратковременного полувыведения и минимальную частоту развития послеоперационных побочных эффектов [7]. Пропофол лишен обезболивающих свойств, поэтому, как правило, его комбинируют с опиоидными анальгетиками [8], в качестве которого использовался 0,005% раствор фентанила. Сочетанное действие этих препаратов позволяет провести необходимое анестезиологическое пособие. Для полной мышечной релаксации применялись миорелаксанты.

Всем больным в исследуемой группе для интубации трахеи использовалась однопросветная трубка «Portex» различных размеров, которая вводилась до уровня бифуркации трахеи, тем самым в ИВЛ участвовали оба легких. Однако одной из особенностей анестезиологического пособия при операциях на легких являются возможные сложности обеспечения вентиляции, связанные со значительным количеством выделяемой мокроты, слизи и крови в дыхательные пути и необходимостью в однолегочной вентиляции во время наркоза [9:327]. Поскольку буллезная болезнь легких является абсолютным показанием для использования однолегочной вентиляции [9:328], рекомендуется использовать двухпросветные трубки для интубации трахеи или же использование однопросветной интубационной трубки с тупым концом для введения в правый главный бронх[9:330], тем самым «выключая» оперируемое легкое.

В среднем время проведения торакотомии у пациентов с буллезной болезнью легких,осложненной спонтанным пневмотораксом составило 2ч 23 мин. При этом интраоперационные осложнения не возникали.

После проведенной торакотомии вся группа исследуемых больных находилась в отделении реанимации в среднем 1-2 суток. В послеоперационном периоде больные отмечали головокружение и головные боли, но при выписке из стационара данные жалобы отсутствовали. За исследуемый период летальные исходы среди больных с буллезной болезнью легких, осложненной спонтанным пневмотораксом не наблюдались.

Выводы:

1. Использование пропофола в качестве препарата для вводного наркоза и поддержания общей анестезии позволило снизить риск развития отдаленных реакций и осложнений у больных с диагнозом буллезная болезнь легких, осложненная спонтанным пневмотораксом.
2. Использование однолегочной вентиляции уменьшает вероятность развития интра - и послеоперационных осложнений у больных с диагнозом буллезная болезнь легких, осложненная спонтанным пневмотораксом.

Литература:

1. Вачев, А.Н. Оптимизация хирургической тактики при лечении больных со спонтанным пневмотораксом / А.Н. Вачев, Э.Э. Адыширин-Заде, Е.В. Фролова // Хирургия. - 2013. - №6. - С. 26-28.
2. Кобелевская, Н.В.Неспецифический спонтанный пневмоторакс : клиника, диагностика, лечение : дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук.:14.00.27 / Кобелевская Н.В. ; Российская Медицинская академия последипломного образования. - М., 2002. – 23 с.
3. Михеев, А.В. Аспекты хирургического лечения пациентов с спонтанным пневмотораксом / А.В. Михеев, М.А. Баскевич// Наука молодых - Eruditio Juvenium. - 2013. - № 4. - 133 с.
4. Максимова, С.М. Буллезная эмфизема легких, осложненная спонтанным пневмотораксом. Случай из практики / С.М. Максимова, И.Г. Самойленко, Э.В. Бухтияров // Здоровье ребенка.- 2013. - № 7.- 6 с.
5. Жынжыров, Б.К. Особенности клиники, диагностики и методов лечения буллезной болезни легких, осложненной спонтанным пневмотораксом : дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук.:14.01.17 / Жынжыров Б.К.; Кыргызско-Российский Славянский Университет. – Бишкек, 2012.-110 с.
6. Атабеков, К. К. Особенности современного состояния атмосферного воздуха г. Бишкек . //Известия ТулГУ. Технические науки. -2015. №7. – 5с.
7. Уайт, П.Ф. Амбулаторная анестезия: новые препараты и методы./ П.Ф. Уайт // Освежающий курс лекций / Под ред. проф. Э.В. Недашковского ; пер. с англ. – Архангельск, 2003. №8. – С. 162-173.
8. Машковский, М.Д. Лекарственные средства / .М.Д. Машковский .-16-е изд.,перераб.,испр. и доп.- М.:Новая волна,2012.-.26.
9. Руководство по анестезиологии : под ред. Ф.С. Глумчера, А.И. Трещинского / [М.М. Багиров ,

М.В. Бондарь, А.Ф.Бубало и др.].– Киев: Медицина, 2008.- 607 с. - С.327; С. 328; С. 330.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

А.И. Мусаев, С.А Ахматов
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика
(ректор -д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),
Кафедра хирургии общий практики с курсом комбустиологии
Ахматов С А клинический ординатор 2го года хирургии общий практики с курсом комбустиологии
05501111065 sanjar.said.ahmatov@mail.ru

Резюме: Представлены результаты оперативного лечения 64 больных с деструктивными формами острого аппендицита. С целью профилактики несостоятельности культи червеобразного отростка у 38 выполнен метод заглушки культи ЧО тахокомбом, а у 26 был использован метод перитонизации мобилизованной брыжейкой. Анализ течения послеоперационного периода не выявил преимуществ какого-либо метода по сроку нормализации температуры тела, выраженности болевого синдрома в правой подвздошной области после операции и моторной активности кишечника. Не зарегистрированы интраоперационные и послеоперационные внутрибрюшные осложнения при обоих способах обработки культи ЧО. В клинике не было летальных исходов от аппендицита. В отношении тайминга оперативных вмешательств метод герметизации Тахокомбом имеет большие перспективы в современной неотложной хирургии.

Ключевые слова: червеобразный отросток, тифлит, деструктивный аппендицит, тахокомб, герметизация, перитонизация, аппендэктомия

СОКУР ИЧЕГИНИН ДҮМҮРЧӨГҮНҮН АЧЫЛЫП КЕТҮҮСҮН АЛДЫН АЛУУДА БИОМАТЕРИАЛДАРДЫ КОЛДОНУУНУН МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮ

А.И. Мусаев, С.А. Ахматов
И.К.Ахунбаева атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы (ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.),
Комбустиология курсу бар жалпы практикалык хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада курч аппендициттин деструктивдүү түрү менен кабыл алынган 64 бейтаптын хирургиялык жол менен даарылоо жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Сокур ичегинин ачылып кетүүсүн алдын алуу үчүн, 38 бейтапка Тахокомб биоматериалы колдонулуп, 26сына пеританизациалоо жолу колнонулду. Бул эки түрдө тең операциядан кийин дене табынын нормалдашуусу, ичтин оң жагында оорунун пайда болуусу жана ичегилердин иштешинде айырмачылыктар байкалган жок. Сокур ичегинин дүмүрчөгүнүн ачылып кетүүсүн алдын алууда интра жана пост-операциялык өтүшүп кетүүсү жана өлүм саны жок. Ал эми хирургиялык операция жасоодо Тахокомб биоматериалын колдонуу артыкчылыктуу жыйынтыктарды көрсөттү.

Негизги сөздөр: сокур ичеги, тифлит, дестриктивдүү аппендицит, Тахокомб, герметизация, перитонизация, аппендектомия.

THE ADVANTAGES OF USING BIOMATERIALS IN PREVENTION OF APPENDIX STUMP FAILURE

A.I. Musaev. S.A. Akhmatov
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector-d.m.s., prof. Kudaibergenova I.O.),
Department of General Surgery with a course of Combustiolgy
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract: The results of surgical treatment of 64 patients with destructive form of acute appendicitis are presented. To prevent the dehiscence of the stump of the vermiform appendix, 38 patients were done by using Tachocomb biomaterial, and for 26 patients we used the peritonisation method. During postsurgical period there were no differences of both methods in terms of temperature shift from high to normal,

excessive postsurgical pain syndrome in the right iliac region and peristalsis of intestines. There were no intra-surgical and postsurgical complications in both methods of surgery of vermiform appendix. Lethal cases were not registered in our hospital. In cases of urgent need in surgical operation the method of sealing with Tachocomb biomaterial has a big perspective in modern surgery.

Key words: vermiform appendix, typhlitis, destructive appendicitis, Tachocomb, *sealing*, peritonisation, appendectomy.

Введение. Аппендэктомия является самой частой операцией в неотложной хирургии. В 1884 г. Krönlein впервые выполнил аппендэктомию ампутационным (лигатурным) методом, при этом культя отростка не перитонизировалась [1]. Впервые метод перитонизации культи червеобразного отростка при выполнении аппендэктомии предложил Тревес в 1888 г. В 1894 г. Добари предложил погружать культю ЧО в кисетный шов (цит. по [2]). Именно этот способ стал наиболее распространённым, и к настоящему времени существуют более 30 модификаций погружного способа обработки культи ЧО.

Иногда при остром воспалении червеобразного отростка инфильтрат охватывает значительную часть купола слепой кишки. В этой ситуации, вследствие ригидности стенки, погрузить культю червеобразного отростка рекомендуемым способом не удается — швы прорезываются. Осложнения при этом часты, причины осложнений очевидны: в результате соскальзывания лигатуры с культи отростка или ее некроза возникает разлитой перитонит. Нередко у больных с воспалительным процессом в области слепой кишки формируются кишечные свищи. Т.Н. Багрицкая отмечает, что частота кишечных свищей по этой причине составляет 49,3%. Если инфильтрация купола слепой кишки значительна, то наложение кисетного шва затруднено. И.Л. Ротов рекомендует накладывать погружные узловые швы, отступив от зоны воспаления на 2-2,5 см. Это приводит к образованию в области слепой кишки большой полости, на дне которой находится культя отростка. Способ опасен тем, что в связи с продолжающимся воспалительным процессом в образовавшейся полости накопившийся гной приведет к расхождению швов и перитониту [3].

Цель: представить возможности применения биоматериалов в профилактике несостоятельности культи червеобразного отростка при деструктивных формах острого аппендицита.

Материал и методы. Исследование основано на результатах наблюдения взрослых больных, оперированных в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1 г. Бишкек, за период с 2016 по декабрь-месяц 2018 гг. включительно. За этот период в ГКБ №1 с диагнозом «Острый аппендицит» пролечено 482 больных, из них осложненные формы выявлены в 13,2 % случаев, у 64 больных. Из анализа исключены больные с аппендикулярным инфильтратом.

Из 64 больных женщин было 38, мужчин – 26. Преобладали пациенты в возрасте от 16 до 30 лет (31,3%), меньший удельный вес составила группа больных до 40 лет (23,5%) (табл. 1).

Таблица 1 – Распределение больных по полу и возрасту

Возрастная группа (в годах)	**Женщины**	**Мужчины**	**Всего**	
	Абс.	Абс.	Абс.	%
16-30	12	8	20	31.3
31-40	9	6	15	23.5
41-50	7	5	12	18.9
51-60	6	4	10	15,7
Старше 60 лет	4	3	7	10,1
Всего	38 (59,3%)	26 (40,7%)	64	100

Все больные были госпитализированы в экстренном порядке, из них по линии скорой медицинской помощи (СМП) поступили 32 чел., по направлению Центра семейной медицины – 18, самонаправление было в 14 случаях.

Пациенты обследованы по принятому в клинике алгоритму: общий анализ крови, динамический анализ на лейкоцитоз, общий анализ мочи, эхография брюшной полости и малого таза.

Для облегчения трактовки результатов клинико-лабораторных данных мы использовали шкалу Альварадо (табл. 2).

Таблица 2 – Шкала Alvarado

ПРИЗНАКИ	Баллы
Болезненность в правой подвздошной области	+2
Повышение температуры >37,3° С	+1
Симптом Щеткина	+1

СИМПТОМЫ	
Миграция боли в правую подвздошную область (симптом Кохера)	+1
Потеря аппетита	+1
Тошнота / рвота	+1
ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ	
Лейкоцитоз > $10x10^9$/л2	+2
Сдвиг лейкоцитарной формулы влево (нейтрофилов > 75%)	+1
Всего	10

Оценка данных:

менее 5 баллов - острый аппендицит маловероятен

5-6 баллов - острый аппендицит возможен и пациент нуждается в наблюдении

7-8 баллов - острый аппендицит вероятен

9-10 баллов - острый аппендицит имеется и пациенту требуется экстренное хирургическое вмешательство.

Общие симптомы аппендицита включали боль в животе у 100%, анорексию – у 92%, тошноту - у 90%, и миграцию боли в правый нижний квадрант – 59,3%. У 100% исследуемых количественная оценка составила более 8 баллов.

Выполнены аппендэктомии: 18 (28,1%) — при флегмонозном, 26 (40,7%) — при гангренозном и 20 (31,2%) — при гангренозно-перфоративном. Из них 50 (78,1%) операций выполнены через традиционные доступы и 14 (21,9%) — лапароскопическим путём.

В сравнении изучали 2 метода обработки культи ЧО при явлениях тифлита – это перитонизация культи ЧО мобилизованным жировым подвеском по способу В.Б. Биличенко и метод «заглушки» клеевой субстанцией Тахокомбом (изготовитель - Хафслунд НИКОМЕД ФАРМА АГ, Линц, Австрия; регистрационный номер - П-8-242 № 005524 от 25.11.94) и

Методика перитонизации: В рану выводили купол слепой кишки с червеобразным отростком. В условиях выраженного тифлита, проявляющегося утолщением и отеком стенки слепой кишки вокруг основания червеобразного отростка, когда типично погрузить культю червеобразного отростка в кисетный, а затем Z-образный шов ввиду прорезывания нитей невозможно, выводили жировой подвесок илеоцекального угла и мобилизовали его дистальный участок, далее укладывали на культю червеобразного отростка и подшивали его к куполу слепой кишки П-образными серозно-мышечными швами, укрывая таким образом культю червеобразного отростка. Операцию заканчивали в этих случаях санацией брюшной полости и малого таза и дренированием брюшной полости дренажной трубкой, которую выводили через контрапертуру.

Нас заинтересовала возможность использования пластических свойств Тахокомба – комбинированной фибрин-коллагеновой субстанции (ФКС), с целью герметизма для укрепления швов в прогностически неблагоприятных условиях, когда имеется высокий риск их несостоятельности. Препарат представляет собой готовую к применению стерильную коллагеновую пластину, клеящий слой которой состоит из фибриногена, тромбина, апротинина и рибофлавина [4]. При контакте с тканевыми жидкостями происходит реакция полимеризации фибринового покрытия, а коллаген в течение 3-5 минут образует водо - и воздухонепроницаемый слой.

При использовании Тахокомба, брюшную полость осушали, далее накладывали пластину. Во время этого процесса пластина Тахокомба должна быть плотно прижата к раневой поверхности. Она хорошо адаптируется к бугристым поверхностям, а механическая стабильность коллагеновой пластины обеспечивает дополнительную защиту.

При оценке послеоперационного течения использовали Вербальную описательную шкалу оценки боли (Verbal Descriptor Scale), при которой возможны 6 вариантов: 0 - нет боли; 2 - слабая боль; 4 - умеренная боль; 6 - сильная боль; 8 - очень сильная боль; 10 - нестерпимая боль (рис.).

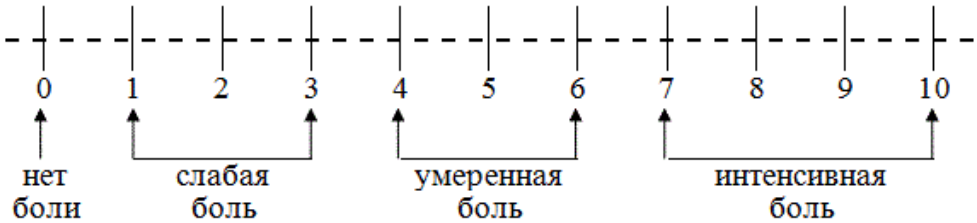


Рис. Вербальная описательная шкала оценки боли.

Результаты и их обсуждение. Из 64 больных у 38 мы применили метод заглушки тахокомбом, а у 26 был использован метод перитонизации. Длительность оперативных вмешательств в выделенных группах имеет статистически значимые различия. Продолжительность аппендэктомии в первой группе с обработкой культи червеобразного отростка тахокомбом длилась значимо меньше — в среднем 22,3±5,1 мин, $p<0,05$, сравнительно со второй группой больных, где выполнение аппендэктомии заняло в среднем 28,1±6,4 мин, что сокращает длительность операции в среднем на 8 мин.

Показанием к применению метода перитонизации служили наличие хорошо выраженного жирового привеска, его подвижность и возможность мобилизации, а также отсутствие выраженных фибринозных наслоений в правой подвздошной области. При астеническом телосложении, плохо выраженных жировых подвесках в илеоцекальной области, наличии спаечного процесса наилучшим способом профилактики несостоятельности культи ЧО считали применение пластины тахокомба.

Гнойно-воспалительные раневые осложнения в первой группе выявлены у у одного (2,6%), а во второй группе - 3 пациентов (11,5%), что статистически значимо меньше на 8,9%, или в 4,4 раза.

Лихорадочный период у пациентов обеих групп наблюдался в среднем в первые трое суток, средняя температура в первой группе в первые сутки достигала 38,0±1,9ºС, в динамике снижаясь до 36,3±0,7ºС на 7-е сутки. Во второй исследуемой группе температура больных повышалась в среднем до 37,9±2,1ºС, к моменту выписки у всех пациентов достигала нормальных показателей – 36,6±1,0ºС. Разница данных показателей статистически не выявлена, $p>0,05$.

Выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде по шкале VDS в первые сутки более 7 баллов в первой группе составила 70,4%, во второй 77,9%, в динамике удельный вес больных, испытывавших сильные боли, снизился до 3,4% и 4,6% соответственно на 5-е сутки, и до 0 и 2,3% - на 7-е сутки (табл. 3). Мы связываем такие данные с развившимися гнойно-воспалительными осложнениями во второй группе, где использовался метод перитонизации.

Таблица 3 – Динамика болевого синдрома в исследуемых группах в динамике

Баллы	1 сутки		3 сутки		5 сутки		7- сутки	
	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа	1 группа	2 группа
0	0	0	0	0	1	0	19	18
1-3	4	3	15	6	25	15	13	5
4-6	9	6	11	9	9	7	6	3
7-9	11	9	7	8	3	3	0	0
10	14	8	5	3	0	0	0	0

Также, отметим, что моторная функция желудочно-кишечного тракта восстанавливалась у пациентов первой группы через 7,5±1,9 часа, стул был через 22,2±3,7 часов. Во второй группе данные статистически отличались ($p<0,05$): газы отходили в течение 12,6 ±2,6 часов, а стул был через 49,5±9,2 часов.

Заключение.

Таким образом, анализ течения послеоперационного периода не выявил преимуществ какого-либо метода по сроку нормализации температуры тела и выраженности болевого синдрома в правой подвздошной области после операции и. Не зарегистрированы интраоперационные и послеоперационные внутрибрюшные осложнения при обоих способах обработки культи ЧО. В клинике не было летальных исходов от аппендицита. Однако учитывая результаты исследования в отношении тайминга оперативных вмешательств, срока восстановления моторной активности кишечника, преобладания гнойно-септических осложнений в группе, где мы использовали метод перитонизации культи ЧО, считаем, что метод герметизации Тахокомбом имеет большие перспективы в современной неотложной хирургии.

Литература

1. Krönlein. Uber die operative Behandlung der acuten, diffusern jauchigeitrigen Peritonitis // Arch. Klin. Chir. 1886, Bd. 33, S. 507– 524.

2. Лёнюшкин, А.И. Методика обработки культи червеобразного отростка при аппендэктомии: Автореф. дис. … канд. мед.наук. М., 1961. 22 с.

3. Татти Я.Я., Ванюкова О.В. Перитонизация культи червеобразного отростка при воспалительной инфильтрации купола слепой кишки / // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 2001.-N 3.-С.79-80.

4. Горский, В.А. Проблемы гемостаза и герметичности хирургического шва. Техника аппликации препарата «Тахокомб» в хирургии брюшной полости / В.А. Горский, И.В. Леоненко, П.К. Воскресенский // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8, №7. - С.96-102.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

У.С.Мусаев[1], Д. Мамасали уулу[1], К.К. Кенжекулов[1], А.Т.Талантбеков[2]
[1]Городская клиническая больница №1
[2]Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, кафедра факультетской хирургии, г. Бишкек, Кыргызская Республика
Талантбеков Азамат Талантбекович - клинический ординатор, кафедра факультетской хирургии, e-mail: t.a.t_94@list.ru

Резюме: цель – улучшить результаты лечения острого аппендицита за счет применения озонированных растворов и инфракрасного облучения. Оперировано 105 больных по поводу острого деструктивного аппендицита: флегмонозная форма у 85, гангренозная у 11 и у 9 осложненная местным перитонитом. С целью профилактики использованы озонированные растворы для орошения раны, дренирование подкожно-жировой клетчатки и инфракрасное облучение операционной раны в послеоперационном периоде. Осложнения возникли у 6 больных (5,7%) из них нагноение раны у 3 и у 3 инфильтрат.

Ключевые слова: острый аппендицит, оперативное лечение, осложнения, меры профилактики, озонированные растворы, инфракрасное облучение.

КУРЧ МҮНӨЗДӨГҮ АППЕНДИЦИТТЕ ЖАРАТТЫН КАБЫЛДООЛОРУНУН АЛДЫН АЛУУ ЧАРАЛАРЫНЫН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ

У.С.Мусаев[1], Д. Мамасали уулу[1], К.К. Кенжекулов[1], А.Т.Талантбеков[2]
[1]№1 Шаардык клиникалык оорукана.
[2]И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы, факультеттик хирургия кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Максаты- озон эритмеси жана инфракызыл нурунун жардамы менен курч мүнөздөгү аппендициттин жыйынтыктарын жакшыртуу.

Курч мүнөздөгү деструктивдүү аппендицит боюнча 105 бейтап операция болду:флегмозноза түрү 85,гангрена (чирүү) 11 жана 9 бейтапта перитониттин чектелген түрүнүн кабылдоосу.

Алдын алуу максатында жаратты тазалоо үчүн озон эритмеси, теринин астындагы чарым-майды түтүктөө жана операциядан кийинки мезгилде операциядагы жаратка инфракызыл нуру колдонулду.

Кабылдоолор 6 бейтатпа (5,7%) алардын ичинен 3 жараттын ириндөөсү жана 3 бейтапта инфильтраттар пайда болду.

Негизги сөздөр: Курч мүнөздөгү аппендицит, операция жолу менен дарылоо, кабылдоо, алдын алуу чаралары, озон эритмеси, инфракызыл нуру.

EFFECTIVENESS OF PREVENTION MEASURES FOR WOUND COMPLICATIONS IN ACUTE APPENDICITIS

U.S Musaev[1],D.Mamasali uulu[1], K.Kenzhekulov[1], A.T. Talantbekov[2]
[1]City Clinical Hospital No. 1
[2]Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, department of faculty surgery,Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The goal is to improve the results of treatment of acute appendicitis through the use of ozonized solutions and infrared irradiation. 105 patients were operated on acute destructive appendicitis: phlegmonous form in 85, gangrenous in 11 and in 9 complicated by local peritonitis. For the purpose of prophylaxis, ozonized solutions were used for irrigation of the wound, drainage of subcutaneous fat and infrared irradiation of the wound in the postoperative period. Complications occurred in 6 (5.7%) patients, from them suppuration of a wound at 3 and at 3 infiltration.

Key words: acute appendicitis, surgical treatment, complications, preventive measures, ozonized solutions, infrared irradiation.

Введение.

Больные с острым аппендицитом составляют в хирургических стационарах наибольший удельный вес и многие исследователи отмечают высокую частоту деструктивных форм, при которых наиболее часто возникают раневые осложнения. Этому способствуют ряд факторов: инфицирование подкожно-жировой клетчатки в момент операции, снижение иммунологической защиты и немаловажную роль играет госпитальная инфекция [1,2,3,4]. Возникновение раневых осложнений существенно влияет на течение послеоперационного периода, ухудшает общее состояние больных, увеличиваются сроки стационарного лечения. Для профилактики этих осложнений применяют антибиотики различного способа их введения в организм больного (внутримышечно, внутривенно, внутриартериально, с лимфотропной смесью и др.), использование физических факторов (ультрафиолетовое облучение раны и крови, низкоинтенсивный лазер, инфракрасное облучение) и применение озонированных растворов местно и внутривенно [5,6]. Однако, несмотря на большое число рекомендаций, процент осложнений снизился незначительно. Учитывая это положение идут постоянные разработки все новых и усовершенствование известных мер профилактики, чтобы улучшить результаты лечения больных с острым аппендицитом.

Цель исследования – улучшение результаты лечения больных с острым аппендицитом за счет применения озонированных растворов и инфракрасного облучения раны.

Материал и методы обследования

Под наблюдением находились 105 больных с острым аппендицитом, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы №1, г. Бишкек в период с 2015 по 2017гг. Мужчин было 72, женщин -33. В разработку были взяты больные с деструктивными формами, которые в последующем были верифицированы гистологическим исследованием. Возраст больных колебался от 17 до 82 лет.

Сроки поступления в стационар: до 6 часов – 18 чел. (17,1%), от 6 до 12 – 16 чел. (15,2%), от 12 до 24 часов – 47 чел. (44,8%), от 1 до 3 суток – 21 (20,0%) и 3 больных (2,9%) поступили со сроком заболевания более 3 суток. В сроки от 12 до 24 часов от начала заболевания госпитализировано 47 чел. (44,8%).

В обследовании использовали общий анализ крови с вычислением лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), как наиболее информативного показателя в оценке воспаления и интоксикации [7,8] и эхоморфометрию операционной раны, как показатель наиболее информативный о течении раневого процесса [9].

Все поступившие оперированы в первые часы поступления, кроме 4 у которых были тяжелые сопутствующие заболевания (гипертоническая болезнь) и выражены явления интоксикации, им была проведена кратковременная предоперационная подготовка, а затем аппендэктомия. Операцию выполняли под внутривенным обезболиванием и лишь у 22 больных под местной анестезией.

Методика профилактики раневых осложнений: после выполнения аппендэктомии предлежащая часть брюшной полости и операционную рану орошали озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл, осушали, малый таз дренировали при гангренозной форме аппендицита, ушивали брюшину и мышечно-апоневротический слой брюшной стенки, в подкожную жировую клетчатку укладывали дренаж (с просветом 1,5-2 мм) с боковыми отверстиями, на кожу швы. После операции два раза в сутки озонированным раствором 5-10 мл, орошали подкожную клетчатку с последующей активной аспирацией отделяемого. Озонированный раствор вводили на протяжении 3-4 суток, а затем дренаж удаляли. Выполняли УЗ контроль раны каждые 2-3 дня.

Начиная со вторых суток после операции выполняли инфракрасное лазерное облучение раны аппаратом «Мустанг» с экспозицией 10 минут, на курс лечения 5-6 сеансов. После операции учитывали температуру, интенсивность боли, количество лейкоцитов и лейкоцитарный индекс интоксикации и результаты ультразвукового исследования послеоперационной раны.

Больные получали обезболивающие средства по показаниям, антибиотики внутримышечно (цефазолин или ампициллин) и инфузионную терапию в зависимости от состояния больных.

При гангренозной форме аппендицита через дренаж, стоящей в малом тазу вводили канамицин 1,0 на 0,5% растворе новокаина в количестве 10мл.

Результаты и их обсуждение.

После выполненной аппендэктомии оценивали клинические показатели: температура нормализовалось на 2-3 сутки (2,4±0,37 дней), лишь у 4 больных с гангренозной формой температура снизилась до нормы на четвертые сутки, болевой синдром снижался на вторые сутки (2,1±0,21 дней),

ЛИИ на 3 сутки составил 2,1±0,03, на 5 сутки 1,3±0,02 и лишь у 6 больных ЛИИ на 6 сутки составил 1,6±0,01. Довольно ценным было УЗ исследование раны. У больных с флегмонозным аппендицитом зона инфильтрации раны на 3 сутки увеличивалась незначительно (2,5±0,05см против 2,1±0,06 через сутки после операции), а при увеличении зоны инфильтрации на 5-6 сутки в сравнении с показателями на 3 сутки – усиливали противовоспалительную терапию и выполняли ревизию раны, что предотвращало возникновение раневого осложнения – нагноение.

В послеоперационном периоде раневые осложнения были выявлены у 6 больных (5,7%), из них нагноение раны у 3 и у 3 инфильтрат в области раны, который удалось излечить использованием лазерного излучения. Внутрибрюшных осложнений не было. Пребывание в стационаре составило 7,1±0,18 койко-дней.

Полученные нами результаты после применения нашего подхода к мерам профилактики мы сопоставили с группой больных 54 чел., у которых были деструктивные формы (флегмонозная у 45 и у 9 гангренозная) и с целью профилактики использовали антибиотики внутримышечно, и как в нашей группе, обезболивающие и инфузионную терапию. Осложнения раневые возникли у 9 больных (16,7%), из них у 7 нагноение раны и у 2 инфильтрат. Среднее пребывание в стационаре в этой группе составило 10,2±0,42 койко-дней, которое достоверно отличалось от основной группы, в которой мы более широко использовали меры профилактики.

Оценивая результаты лечения больных с острым деструктивным аппендицитом следует отметить, что улучшение результатов обусловлено использованием озонированных растворов, которые обладают бактерицидным, антиоксидантным, противовоспалительным и иммунокоррегирующим действием. Инфракрасное облучение также обладает бактерицидным действием и усиливает регенераторные процессы в ране. Оба метода обладают потенцирующим действием и способствуют улучшению результатов лечения больных острым аппендицитом и уменьшению сроков стационарного лечения.

Выводы.

1. Традиционные меры профилактики, включающие антибиотики не предотвращают возникновение раневых осложнений при деструктивных формах аппендицита.
2. Использование озонированных растворов для орошения подкожно жировой клетчатки с активной аспирацией в сочетании с инфракрасным лазерным излучением являются хорошей мерой профилактики раневых осложнений и метод может быть использован и при других воспалительных заболеваниях органов брюшной полости.

Литература

1. Светухин, А.М. Гнойная хирургия, современное состояние проблемы /под редакцией В.С. Савельева. [Текст]/ А.М. Светухин, Ю.А. Амиросланов.- М.: Медицина, 2004.- 752с.
2. Оболенский, В.И. Вакуумтерапия в профилактике раневой инфекции [Текст] / В.И. Оболенский // Российский мед. журнал.- 2010.- Том №18.- С. 1064-1072.
3. Мусаев, А.И. Госпитальная инфекция в хирургии и меры ее профилактики [Текст] / А.И. Мусаев, Т.К. Керималиев // Известия ВУЗов. Спец. Выпуск. Бишкек.- 2003.- №1.- С. 40-43.
4. Семина, Н.А. Внутрибольничная инфекция как проблема биобезопасности [Текст] / Н.А. Семина // Вестник Российской академии наук.- 2002.- №10.- С. 48-50.
5. Осмоналиев, Э.Ж. Эффективность использования инфракрасного излучения в профилактике раневых осложнений при деструктивных формах аппендицита и холецистита [Текст] / Э.Ж. Осмоналиев: Автореф. дисс. канд. мед. наук, 14.00.27.- Бишкек, 2008.- 20 с.
6. Родоман, Г.В. Озонотерапия в лечении больных с хирургической инфекцией [Текст] / Г.В. Родоман, Л.А. Лаберко, В.Н. Оболенский // Российской медицинский журнал.- 2009.- №4.- С. 32-38.
7. Кальф-Калиф, Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении [Текст] / Я.Я. Кальф-Калиф // Врачебное дело.- 1941.- №1.- С. 31-33.
8. Шебуев, М.Г. Лейкоцитарный индекс интоксикации в динамике острого аппендицита [Текст] / М.Г. Шебуев: Автореф. дисс. канд. мед. наук, 14.00.27. Куйбышов,- 1984, 26 с.
9. Оморов, Р.А. Эхоморфометрический метод контроля за течением раневого процесса при деструктивных формах острого аппендицита и холецистита [Текст] Р.А. Оморов, Э.Осмоналиев // Хирургия Кыргызстана.- 2007.- №1.- С. 42-45.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Р.А. Оморов., Б.К. Осмоналиев, Ж.Т. Конурбаева., Кубатбеков Р.К., Пак А.Г.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра факультетской хирургии (зав. кафедрой – д.м.н., профессор, член-корр. НАН КР Р.А Оморов.) г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: в данной работе представлены результаты хирургического лечения 40 пациентов с неопухолевой патологией кардиоэзофагеальной зоны. После рутинных общеклинических инструментальных и специфических (эндоскопический и рентгенологический) методов обследования была произведена операция в объеме крурорафии и фундопликации по Ниссену под эндотрахеальной анестезией. Специфических осложнений, связанных с операцией, не было. Летальных случаев не отмечено. Пациенты после операции были выписаны из клиники с улучшением. Полученные хорошие результаты, улучшение качества жизни пациентов оправдывает выбранный нами метод хирургического лечения неопухолевой патологии кардиоэзофагеальной зоны.

Ключевые слова: неопухолевая патология кардиоэзофагеальной зоны, диагностика и хирургическое лечение.

КАРДИОЭЗОФАГИАЛДЫК АЙМАГЫНЫН ШИШИКТИК ЭМЕС ПАТОЛОГИЯСЫНЫН ДИАГНОСТИКА ЖАНА ХИРУРГИИЯЛЫК ДАРЫЛООСУ

Р.А. Оморов, Б.К. Осмоналиев, Ж.Т. Конурбаева, Кубатбеков Р.К., Пак А.Г.
И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медицина академиясы, факультеттик хирургия кафедрасы (кафедра башчысы – м. и. д., профессор, КР УИАнын мүчө-корр. Р.А. Оморов) Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Бул иште кардиоэзофагиалдык аймагын шишик эмес патологиясы менен 40 бейтаптардын хирургиялык дарылоонун жыйынтыктары берилген. Күнүмдүк жалпы клиникалык жана аспаптык конкреттүү (эндоскопиялык жана рентген нурлары) колдонунгандан кийин эндотрахея анестезиясы астында көлөмү операция Крурофии жана Ниссен фундопликациясы ишке ашырылган. Хирургиялык жол менен байланышкан белгилүү бир кыйынчылыктар, болгон эмес. Каза белгиленген эмес. Хирургиялык кийин бейтаптар жакшыртуу менен ооруканадан чыкты. Алынган жакшы жыйынтыктар, бейтаптардын жашоо сапатын жакшыртуу кардиоэзофагиалдык аймагынын башка оорулардын хирургиялык дарылоонун биздин тандалган ыкмасы актайт.

Негизги сөздөр: Кардиоэзофагиалдык аймагынын шишик эмес патологиясы, диагностика жана Хирургиялык дарылоо.

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF NON-TUMOR PATHOLOGY OF THE CARDIOESOPHAGEAL ZONE

R.A. Omorov, B.K. Osmonaliev, J.T. Konurbaeva, Kubatbekov R.K.,Pak A.G.
The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaev, Chair of faculty surgery, (Head of the department - MD, professor, corresponding member, R.A. Omorov National Academy of Sciences). Bishkek city, Republic of Kyrgyzstan.

Resume: This paper presents the results of surgical treatment of 40 patients with non-neoplastic pathology of the cardio-esophageal zone. After routine clinical and instrumental and specific (endoscopic and x-ray) examination methods, an operation was performed in the volume of krororafiya and fundoplication according to Nissen under endotracheal anesthesia. There were no specific complications associated with the operation. Lethal cases are not observed. Patients after surgery were discharged from the clinic with improvement. The obtained good results, improving the quality of life of patients justifies our chosen method of surgical treatment of non-tumor pathology of the cardio-esophageal zone.

Key words: non-neoplastic pathology of the cardioesophageal zone, diagnosis and surgical treatment.

Ведение. Неопухолевая патология кардиоэзофагеальной зоны, которая в основном представлена гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются на сегодняшний день одной из сложных хирургических проблем, их объединяют существенные анатомо-функциональные нарушения в кардиоэзофагеальной зоне [1, 2, 3].

ГЭРБ одно из самых частых и многоликих заболеваний, проявляющееся пищеводными и внепищеводными симптомами. Установлено, что 10% населения Европейских стран и США имеют

различные проявления ГЭРБ [3, 4]. Наиболее частой причиной развития ГЭРБ являются различные виды ГПОД [3, 5].

Из-за высокой распространенности среди населения патологий кардиоэзофагеальной зоны, которые протекают с атипичными клиническими проявлениями, ухудшают качество жизни пациентов и приводят к таким осложнениям, как язва и пептическая стриктура пищевода, пищевод Барретта, диагностика и лечение данной категории пациентов затруднены. Для определения функционального состояния пищеводно-желудочного перехода требуется комплексный подход, включающий в себя рутинные (лабораторные и инструментальные) и специальные (рентгенологический, эндоскопический, pH-метрия, морфологический) методы исследования [6, 7].

Широко применяемые консервативные методы лечения патологий кардиоэзофагеальной зоны из-за длительного диспансерного наблюдения приводят к позднему обращению пациентов в хирургическую клинику, зачастую тяжелым рефлюкс-эзофагитом, осложненным кровотечением, пептической язвой, стриктурой пищевода или малигнизацией метаплазированного эпителия Барретта [7, 8].

На сегодняшний день в арсенале хирургических методов насчитывается более 35 способов оперативного лечения патологий кардиоэзофагеальной зоны, выполняемых как классическими методами, так и с использованием новых, малоинвазивных технологий позволяющим восстановить функцию кардиального жома и, следовательно, устранить гастроэзофагеальный рефлюкс с целью профилактики его осложнений. Вместе с тем, результаты антирефлюксных операций при ГЭРБ не удовлетворяют полностью современным требованиям - осложнения наблюдаются до 17,2% случаев. Из них рецидив рефлюкса у оперируемых пациентов наблюдаются от 6 до 15%, а в 3-6% случаев необходимо выполнение повторных операций [5, 6, 7, 8].

Таким образом, актуально стоит проблема комплексной диагностики и хирургического лечения ГЭРБ и ГПОД, которые позволили бы снизить вероятность развития послеоперационных осложнений и рецидива заболевания.

Материалы и методы. Данный раздел основан на результатах 40 пациентов с ГПОД и сопутствующей ГЭРБ находившихся на лечении в хирургических отделениях Городской клинической больницы (ГКБ) №1 г. Бишкек, за период с 2016 года по 2018 год включительно. Среди прооперированных пациентов было 13 (22%) мужчин, женщин – 27 (78%). Возраст колебался от 31 до 81 лет, средний возраст составил 51 год

Длительность заболевания была от 6 месяцев до 5 лет. У 12 (30%) пациентов имелась сопутствующая патология: КБС (5 пациентов), атеросклероз (4), гипертоническая болезнь (3), хронический пиелонефрит (4), бронхолегочные заболевания (4). До госпитализации пациенты были консультированы специалистами для коррекции сопутствующей патологии.

Предоперационное обследование включало в себя рутинные лабораторные и инструментальные методы обследования: общий анализ крови и мочи, печеночные и почечные тесты, свертываемость крови, глюкоза крови, группы крови и резус фактора, маркеров вирусного гепатита В, С, ИФА на ВИЧ, RW, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ). Также специальные методы обследования: эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) и полипозиционное рентгенологическое исследование с сульфатом бария.

Эндоскопия является важным этапом в оценке пациентов с ГЭРБ и ГПОД, которым планируется оперативное лечение. Мы проводили пациентам видеоэзофагогастродуоденоскопию на аппаратах FUJINON VP-3500HD и PENTAX EPK-1000. Пищевод исследовали на наличие повреждений слизистой оболочки из-за гастроэзофагельного рефлюкса, включая изъязвления, пептические стриктуры и пищевод Барретта. Для оценки эндоскопической картины эзофагита использовали классификации Савари-Миллера и Лос-Анджелесскую.

Классификация Савари-Миллера отражает преимущественно глубину поражения эпителия, Лос-Анджелесская классификация отражает распространенность поражения эпителия при эзофагите. II-III степени по Савари-Миллеру и C-D стадии по Лос-Анджелесской классификациям являются патогномоничными при ГЭРБ. Данные проведенных нами эндоскопических исследований у пациентов представлены в таблице 1.

В эндоскопию также включалась оценка гастроэзофагеального створчатого клапана Губарева (Gastroesophageal flap valve – GEFV) по классификации Hill LD и соавторов. При исследовании эндоскоп ретрофлексировали на 180 градусов в желудке, чтобы визуализировать нижне пищеводный сфинктер снизу. Клапан закрывается от 1 до 4 в соответствии с длиной клапана и плотностью прилегания к эндоскопу. При эндоскопии обращается внимание на наличие ГПОД. Грыжа должна

измеряться как в верхне-нижнем, так и в боковых измерениях. I, II степени оценивают как норму, III, IV степени определяют как патологию. Эндоскопические данные по классификации Hill LD и соавторов у обследованных нами пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1.
Данные проведенных эндоскопических исследований.

Виды классификаций	**Классификация Савари-Миллера при эзофагите** (отражает глубину поражения).				**Лос-Анджелесской классификация при эзофагите** (отражает распространенность поражения).				**Классификация Hill LD и соавт. Для оценки ГПОД.**			
Степени и стадии	I	II	III	IV	A	B	C	D	I	II	III	IV
	-	23	16	-	-	18	22	-	-	-	7	33
Всего	40				40				40			

Всем пациентам при подтверждении эндоскопических признаков ГПОД с сопутствующей ГЭРБ была проведена полипозиционная рентгенологическое исследования с контрастированием. Рентген исследование с сульфатом бария обеспечивает подробную анатомическую оценку пищевода, желудка, размер и анатомические характеристики ГПОД. Также рентген исследования с контрастированием выявляют дополнительные желудочно-пищеводные состояния, как дивертикулы пищевода, опухоли, стриктуры, ахалазию, нарушение моторики и гастропарез.

Операции проводились под эндотрахеальным наркозом. После верхне-срединной лапаротомии, ревизии органов брюшной полости и мобилизации левой треугольной связки печени, анестезиологом через ротовую полость в желудок проводился специальный буж №36 (применяемый для бужирования стриктур пищевода), для предотвращения дисфагии после фундопликации по Ниссену. Затем со стороны малого сальника за пищеводом выделялись обе ножки диафрагмы, пищевод брался на держалку (рис. 1), определялась величина отверстия между ними и для решения вопроса о крурорафии. Обе ножки диафрагмы сшивались 2-3 узловыми нерассасывающими швами позади пищевода (рис. 2). В области угла Гиса мобилизовали пищеводно-желудочный переход, и производилась фундопликацию по Ниссену с 2-3 швами с обязательным захватом стенки пищевода (рис. 3), данная манипуляция применялась для предотвращения такого осложнения как, «соскользнувшей» антирефлюксной манжетки. Если большую кривизну желудка удерживали спайки или короткие желудочные сосуды, их предварительно рассекали до тех пор, пока проведение желудка позади пищевода не было совершенно свободно. После сшивания стенок желудка производился окончательный осмотр операционного поля, замена специального бужа на назогастральный зонд, дренирование и ушивание послеоперационной раны.

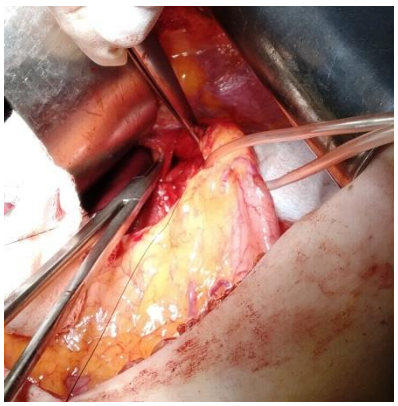


Рис. 1. Этап операции при ГПОД и сопутствующей ГЭРБ у больной К.Л., 65 лет. Пищевод выделен и взят на держалку.

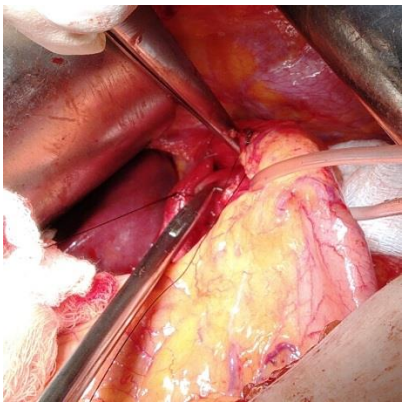


Рис. 2. Этап операции при ГПОД и сопутствующей ГЭРБ у больной К.Л., 65 лет. Производится задняя крурорафия.

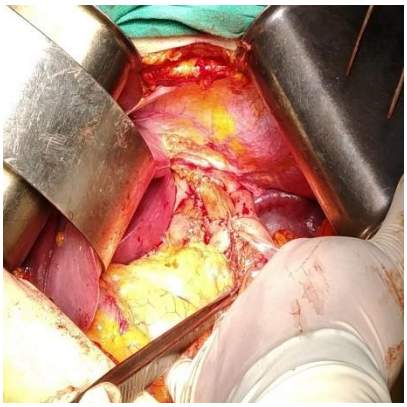


Рис. 3. Этап операции при ГПОД и сопутствующей ГЭРБ у больной К.Л., 65 лет. Завершение фундопли-кации по Ниссену.

Результаты и обсуждение. Во время операции и в раннем послеоперационном периоде у пациентов специфических осложнений, связанных с крурорафией и фундопликацией по Ниссену, не было. Применение специального толстого бужа во время операции предотвращает дисфагию в послеоперационном периоде. Осложнений со стороны других органов не отмечено. Летальности не было. Ведение послеоперационного периода проводилось по общепринятым правилам, инфузионная терапия в объеме 1000-2000 мл в течение первых двух суток, ранняя активизация, что способствовало профилактике тромбообразования и спаечному процессу. Специальный буж меняли на более тонкий зонд в конце операции и удаляли на 2-3 сутки после операции при восстановлении моторики кишечника, с переводом на энтеральное питание. Проводился контроль проходимости кардиоэзофагеальной зоны с помощью рентгеноскопии сульфатом бария и во всех случаях отмечена положительная динамика. Пациенты на 1-3 сутки активизировались, дренажи удаляли на 2-4 сутки после ультразвукового контроля, а на 8-11 сутки после операции были выписаны из клиники с улучшением.

Отдаленные результаты прослежены у 28 (70%) пациентов в сроке от 6 месяцев до 3 лет. Результаты расценены нами как хорошие, все они на момент осмотра чувствовали себя удовлетворительно, не отмечали изжогу, исчезли боли за грудиной, отрыжка, горечь во рту, дисфагия, отмечали улучшение общего самочувствия.

Антирефлюксная операция в виде фундопликации по Ниссену позволяет устранить основную причину ГЭРБ, уменьшает риск развития рецидива заболевания. Крурорафия устраняет грыжевое отверстие и препятствует перемещению кардиальной части пищевода в средостение, что имеет немаловажное значение при лечении ГПОД.

Заключение. Таким образом, полученные хорошие результаты в клинических наблюдениях, улучшение качества жизни пациентов оправдывает выбранный нами метод хирургического лечения ГПОД и ГЭРБ. И хотя было предложено множество оперативных методик, поиски и внедрение новых этапов улучшения результатов хирургического лечения и методик является актуальным и подлежит дальнейшему изучению.

Литература:

1. Избранные лекции по эндовидеохирургии / под ред. В.Д. Федорова. – СПб.: Коста, 2004.
2. Хирургические болезни пищевода и кардии / под ред. П.П. Зубарева и В.М. Трофимова. – СПб.: Фолиант, 2005.
3. Черепанов Д.Ф. Оценка эффективности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с использованием эндовидеохирургии : дис. … канд. мед. наук – СПб., 2003.
4. Champion J.K. // Surg. Endosc. – 2000. - Vol. 14, No. 8. – P. 746–749.
5. Booth MI, Stratford J, Jones L, et al: Randomized clinical trial of laparoscopic total (Nissen) versus posterior partial (Toupet) fundoplication for gastro-oesophageal reflux disease based on preoperative oesophageal manometry. Br J Surg 95:57–63, 2008.
6. Fein M, Seyfried F: Is there a role for anything other than a Nissen's operation? J Gastrointest Surg 14 (Suppl 1):S67–S74, 2010.
7. Shan CX, Zhang W, Zheng XM, et al: Evidence-based appraisal in laparoscopic Nissen and Toupet fundoplications for gastroesophageal reflux disease. World J Gastroenterol 16:3063–3071, 2010.
8. Katz PO, Gerson LB, Vela MF: Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 108:308–328, quiz 329, 2013.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Р.А. Оморов, С.А. Айтбаев, С.Ш. Сапаров, С.А. Асанов
Кыргызская Государственная Медицинская академия им. И.К. Ахунбаева кафедра факультетской хирургии (зав. Кафедрой- д.м.н., профессор, член-корр. НАН КР Р.А. Оморов)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты папилосфинктеротомии в лечении холедохолитиаза. Эндохирургический метод применен у 12 больных с желчнокаменной болезнью, осложненного холедохолитиазом. Осложнение возникло у 1 больного (панкреатит), которое явилось причиной смерти.

Ключевые слова: Желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, лечение, папиллосфинктеротомия.

ЭНДОСКОПИЯЛЫК ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ ОТ ЖОЛДОРУНУН ТАШ ООРУСУН ДАРЫЛООДО

Р.А. Оморов, С.А. Айтбаев, С.Ш. Сапаров, С.А. Асанов

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамекеттик медицина академиясы , факультеттик хирургия кафедрасы (кафедра башчысы-м.и.д., профессор, КР УИАнын мучо-корр. Р. А. Оморов)

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: От жолдорунун таш оорусун папиллосфинктеротомия жолу менен дарылоо натыйжалары чагылдырылган. Эндохирургия ыкмасы от таш оорусун татаалдашкан формасын дарылоодо 12 бейтапка колдонулган. Бир бейтапда кабылдоо (панкреатит), олумдун себеби болгон.

Негизги создор: оттун таш оорусу, от жолдорунун таш оорусу, дарылоо, папиллосфинктеротомия.

ENDOSCOPIC PAPILLOSPHINCTEROTOMY IN THE TREATMENT OF CHOLEDOCHOLITHIASIS

R.A. Omorov, C.A. Aitbaev, S.SH. Saparov, S.A. Asanov

Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev

Chair of faculty surgery, (Head of the department- MD, professor, corresponding member, R. A. Omorov National Academy of Sciences)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The goal is to present the results of papillosphincterotomy in the treatment of choledocholithiasis. The endosurgical method was applied in 12 patients with cholelithiasis complicated by choledocholithiasis. Complications occurred in 1 patient (pancreatitis), which was the cause of death.

Keywords: Gallstone disease, choledocholithiasis, treatment, papillosphincterotomy.

Введение: С каждым годом во всем мире отмечается увеличение лиц страдающих желчнокаменной болезнью и увеличивается количество больных с такими осложнениями как холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, диагностика и лечение которых довольно сложна. Ведущая роль в их диагностике и лечении принадлежит эндоскопическим методам [1,2].

В лечении холедохолитиаза применяется лапаратомия с рассечением холедоха и его последующим дренированием, но операция травматична. В последнее время мировая хирургия все больше и больше ориентируется на эндоскопические вмешательства [3,4]. Считается, что эта технология является наиболее перспективной, менее травматичной для пациента. При использовании эндохирургии по сравнению с традиционными методами отмечены существеные преимущества: раневой процесс в отличие от традиционого протекает быстрее и заживление и послеоперационное восстановление и кроме того такая операция намного косметичнее, нежели обычная [5]. По мере накопления опыта, показания к этому методу лечения расширилось. Этому также способствовало совершенствование эндоскопов, ультразвуковой и рентгенологической техники [6,7]. Однако, как отмечают ряд исследователей [2,6] этот тип операции не всегда удается выполнить даже высококвалифицированному врачу-эндоскописту, из-за сложности и особенности анатомотопографической расположенности сосочка, дуоденальной кишки, сфинктера Одди, размеров конкрементов и др.

С 2010 года на базе городской клинической больнице №1 г. Бишкек стали выполняться эндоскопические операции у больных с ЖКБ, а в 2018 году в ГКБ№1 провели удачно первую эндоскопическую папиллосфинктеротомию, с этого момента начали внедрять в клинику данный метод лечения. Накопленный опыт ими представлен в данной работе.

Материал и методы исследования:

Под наблюдением было 12 больных, у которых ЖКБ было осложнено холедохолитиазом и желтухой. Женщин-9, мужчин-3, возраст был от 35 до 70 лет. Уровень билирубина было в пределах от 35-40 до 110-125 мкмоль/л. Показаниями для выполнения этой операции служили: возраст, ранее перенесенные операции, наличие сопутствующих патологии, не эффективность консервативного лечения и малотравматичность манипуляции. До операции всем выполнено УЗИ, КТ у 3, МРТ у 6, определенны печеночные и почечные тесты, ЭКГ, свертываемость крови. В желудок и в двенадцатиперстную кишку пациента через ротовую полость вводили дуоденоскоп и осматривали большой дуоденальный сосочек. Затем, ориентируясь по изображению на экране монитора, через устье БДС заводили катетер в общий желчный проток (холедох). По катетеру в просвет холедоха

вводили рентгеноконтрастный раствор (триомбраст) и на экране рентгенаппарата оценивали состояние и размеры протока, наличие или отсутствие камней, их количество. Следующим этапом процедуры – мы заводили в БДС специальный эндоскопический инструмент – папиллосфинктеротома. Его основа — это металлическая струна; по ней подается электроблоком в зону рассечения ток, что и обеспечивало бескровное разъединение тканей БДС.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия является этапом оперативного внутрипросветного устранения холедохолитиаза. Желчные камни из холедоха после рассечения БДС отходили самостоятельно. а у некоторых извлекали с помощью корзинки Дормиа или баллонного катетера.

На данное время на базе ГКБ №1 выполнено 12 операции. Путем эндоскопической папиллосфинктеротомии удалось удалить конкременты у 7 пациентов. Из 12 человек при данном методе было осложнение у одной пациентки, после операции развился панкреонекроз с летальным исходом.

Эндоскопическая ретроградная папиллосфинтеротомия в удаление желчных камней из холедоха является альтернативой традиционной или лапароскопической холедохолитотомии. Она значительно уменьшает объем хирургической агрессии на организм пациента, снижает частоту и тяжесть осложнений, уменьшает продолжительность нахождения в стационаре после операции, отсутствует косметический дефект, снижается стоимость лечения.

Результаты и их обсуждения.

При выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии, кровопотеря была минимальной, пациенты уже в день операции вставали на ноги, длительность пребывания в стационаре составляла 2-4 суток. Средняя продолжительность ЭПСТ 30 минут, у 11 больных послеоперационный период протекал без осложнении, быстро снижалось уровень билирубина, улучшилось состояние. Только у одного больного после выполнения операции развилось панкреонекроз с летальным исходом. Необходимо отметить, что дефекта на поверхности кожи не остается, так как операция проводится через естественные отверстия.

Заключение: Применение ЭПСТ в хирургии, в лечении холедохолитиаза позволяет реабилитировать пациентов в короткие сроки с прекрасным косметическим результатом и уменьшить число нежелательных осложнений.

Литература:

1. Мосягин В.Б. Лечение холедохолитиаза и механической желтухи с помощью эндовидеохирургии. / В. Е. Мосягин, Е. А. Карпова // «Применение биллиарных аппаратов в лапароскопической хирургии» материал конференции Спб-2007.- С. 34-35.
2. Шаповальянц С. Г. Эндоскопическое лечение сложного холедохолитиаза / С. Г. Шаповальянц, С. Ю. Орлов, Е. Д. Федоров. М.: МГИУ, 2006.- 106 с.
3. Тимербулатов В.М. Эндоскопическая диагностика и лечение механической желтухи. / В. М. Тимербулатов // Эндоскопическая хирургия.-2004.-№ 4.- С. 159-161.
4. Tekin A. Laparoscopic exploration of the common bile with a rigid scope in patients with problematic choledocholithiasis. / A. Tekin, Z. Ogetman // World J. Surg.-2010.-Vol. 39, № 8.-P. 1894-1899.
5. Борисов А.Е. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни, осложненной поражением внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки. / А. Е. Борисов, В. П. Земляной, С. Л. Непомнящая // Анн. хир. гепатол.—2004. —№ 2.—С. 22-30.
6. Луцкевич О.Э. Эндохирургия холедохолитиаза. / О. Е. Луцкевич, С. А. Городеев, О. А. Прохоров // Малоинвазивная медицина. М.: Медицина, 2008.- С. 28-33.
7. Attasaranya S. Choledocholithiasis, ascending cholangitis, and gallstone pancreatitis. / S. Attasaranya // Med. Clin. North. Am.-2008.-Vol. 92, № 4.-P.925-960.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Р.А. Оморов, Б.К. Осмоналиев, Н.Б. Белеков, Ж.Т. Конурбаева, Д.К. Кушубеков
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра факультетской хирургии, (зав. кафедрой – д.м.н., профессор, член-корр. НАН КР Оморов Р.А.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в работе представлены результаты диагностики и лечения 59 пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. После эндоскопического и рентгенологического обследования, и использования опросника GerdQ 19 пациентов получили консервативное лечение, с положительной динамикой. 40 больным была произведена операция в объеме дорсальной

крурорафии и фундопликации по Ниссену. Специфических осложнений, связанных с операцией, не было. Летальных случаев не отмечено. Пациенты после операции были выписаны из клиники с улучшением. Полученные хорошие результаты в двух клинических группах, улучшение качества жизни пациентов оправдывает выбранные нами методы ранней диагностики и лечения ГЭРБ.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диагностика, опросник GerdQ, фундопликация.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛДЫК РЕФЛЮКСТУК ООРУУНУН АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖАНА АНЫ ДАРЫЛОО

Р.А. Оморов, Б.К. Осмоналиев, Н.Б. Белеков, Ж.Т. Конурбаева, Д.К. Кушубеков
И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медицина академиясы, факультеттик хирургия кафедрасы, (кафедра башчысы – м. и. д., профессор, КР УИАнын мүчө-корр. Оморов Р.А.), Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Иште гастроэзофагеалдык рефлюкстук ооруунун 59 пациентин диагностикалоонун жана дарылоонун натыйжалары берилген. Эндоскоптик жана рентгенологиялык текшерүүдөн кийин жана GerdQ сурамжылоосу пайдаланылгандан кийин 19 пациент оң динамикадагы консервативдик дарылоону алышты, 40 оорукчанга Ниссен боюнча дорсалдык крурорафия жана фундопликация көлөмүндө операция жасалды. Операцияга байланыштуу спецификалык өтүшүп кетүү, леталдык учурлар болгон жок.

Операциядан кийин пациенттер жакшы болуп, клиникадан чыгарылды. Эки клиникалык топтогу алынган жакшы натыйжалар, пациенттердин жашоо сапатынын жакшырышы биз тандап алган ГЭРБны эрте диагностикалоо жана дарылоо усулу өзүн өзү актаарын билдирет.

Негизги сөздөр: гастроэзофагеалдык рефлюкстук ооруу, диагностика, GerdQ сурамжылоосу, фундопликация.

ALGORITHM OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Omorov R.A., Osmonaliev B.K., Belekov N.B., Konurbaeva Zh.T., Kushubekov D.K.
The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Chair of faculty surgery, (Head of the department - MD, professor, corresponding member, Omorov R.A. National Academy of Sciences). Bishkek city, Kyrgyzstan Republic

Resume: Current work performs the results of diagnosis and treatment of 59 patients with the gastroesophageal reflux disease. After the endoscopic and radiological examination along with the GerdQ questionnaire a conservative treatment was prescribed to 19 of patients with the positive dynamics. 40 patients underwent the surgery of dorsal cruroraphy and Nissen fundoplication. Specific surgery complications are absent. Lethal cases are not observed. Patients were discharged from clinic after surgery with the improvement. The positive results from both clinical groups with the improvement of their life quality justify the chosen methods of early diagnosis and treatment for GERD.

Key words: gastroesophageal reflux disease, diagnosis, GerdQ questionnaire, fundoplication.

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) это полисимптомное заболевание, обусловленное повреждением пищевода и смежных органов вследствие первичного нарушения двигательной функции пищевода, ослабление антирефлюксного барьера нижнего пищеводного сфинктера, снижение пищеводного клиренса и опорожнения желудка, которые ведут к длительному спонтанному контакту слизистой пищевода с кислым или щелочным желудочным содержимым [1].

Статистические данные свидетельствуют, что распространенность ГЭРБ в странах Западной Европы, Северной и Южной Америки составляет

10–20%, в странах Азии — 5%, в Российской Федерации 13 — 23,6% [2, 3].

Изжога и регургитация являются наиболее характерными симптомами ГЭРБ, рефлюкс-эзофагит — наиболее распространенным осложнением. Кроме рефлюкс-эзофагита, выявляемого примерно у трети пациентов, к осложнениям ГЭРБ относят пищевод Барретта и аденокарциному пищевода. В связи с этим ранняя диагностика и адекватное лечение ГЭРБ рассматривается в качестве мероприятия снижающего популяционный риск аденокарциномы пищевода [4].

Длительное время термины ГЭРБ и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) считались синонимами, но в процессе исследования ГЭРБ было установлено, что данная патология

вызывается не только ГПОД, но и недостаточностью замыкательной функции пищеводно-желудочного перехода [5].

Современная клиническая классификация ГЭРБ выглядит следующим образом [6]:

- ГЭРБ с эзофагитом, неосложненная и осложненная (кровотечение, пептическая язва пищевода, стриктура пищевода).
- ГЭРБ без эзофагита, неэрозивный.
- Пищевод Барретта (ПБ), кишечная метаплазия неполного типа в дистальном отделе пищевода.

Обширно применяемые ингибиторы протонной помпы при лечении ГЭРБ и из-за длительного диспансерного наблюдения приводят к позднему обращению пациентов в хирургическую клинику, зачастую тяжелым рефлюкс-эзофагитом, осложненным кровотечением, пептической язвой, стриктурой пищевода или пищеводом Барретта.

Антирефлюксные операции, выполняемые лапаротомным и лапароскопическими способами стали «золотым стандартом» при лечении ГЭРБ. В арсенале антирефлюксных методов насчитывается более 40 способов оперативного лечения ГЭРБ, позволяющих восстановить функцию нижнего пищеводного сфинктера и, следовательно, устранить гастроэзофагеальный рефлюкс с целью профилактики его осложнений. Вместе с тем, результаты различных способов хирургического лечения при ГЭРБ не удовлетворяют полностью современным требованиям - осложнения наблюдаются 10-18%. Из них рецидив рефлюкса у оперируемых пациентов наблюдаются от 6 до 15%, а в 3-6% случаев необходимо выполнение повторных операций [7, 8].

Таким образом, актуально стоит проблема ранней диагностики и хирургического лечения ГЭРБ, которая рассматривается в качестве мероприятий снижающих риск развития аденокарциномы пищевода.

Материалы и методы. В данное исследование включены 59 пациентов с установленным диагнозом ГЭРБ, по поводу которого 19 получили комплексное консервативное лечение в амбулаторном порядке. 40 были прооперированы в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1 г. Бишкек, за период с 2016 года по 2018 год включительно.

Диагноз ГЭРБ устанавливали в соответствии международным консенсусом 2006 г. (г. Монреаль, Канада) на основании жалоб, клинико-анамнестических данных, опросника GerdQ, эндоскопического и рентгенологического исследований.

Возраст пациентов колебался от 31 до 81 лет, средний возраст составил 51 год. В первой (амбулаторной) группе было 19 пациентов: 12 (62%) - женщин, 7 (37%) – мужчин. Во второй (стационарной) группе 40 пациентов: 27 (78%) – женщин, 13 (22%) – мужчин.

Для оценки эндоскопической картины эзофагита использовали классификации Савари-Миллера и Лос-Анджелесскую (таб. 1, 2), которая проведена всем пациентам двух групп на аппаратах FUJINON VP-3500HD и PENTAX EPK-1000.

Таблица 1 - **Классификация эзофагита по Савари-Миллеру**

степени	**критерии**
I	округлые и продольные поражения, которые не сливаются и распространяются от Z-линии к слизистой оболочке пищевода.
II	сливающиеся транзиторные поражения в зоне Z-линии, не захватывающие всю поверхность слизистой оболочки.
III	язвенные поражения, сливающие в нижней части пищевода и охватывающие всю поверхность слизистой оболочки.
IV	хронические язвенные поражения пищевода, фиброзный стеноз, укорочение пищевода, пищевод Барретта.

Таблица 2 - **Лос-Анджелесская классификация эзофагита**

стадии	**критерии**
A	одно (или более) поражение слизистой оболочки менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.
B	одно (или более) поражение слизистой оболочки более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.
C	одно (или более) поражение слизистой оболочки, распространяющееся на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75% окружности пищевода.
D	одно (или более) поражение слизистой оболочки, распространяющееся на 75% и более окружности пищевода.

Классификация Савари-Миллера отражает преимущественно глубину поражения эпителия, Лос-Анджелесская классификация отражает распространенность поражения эпителия при эзофагите. II-III степени по Савари-Миллеру и C-D стадии по Лос-Анджелесской классификациям являются патогномоничными при ГЭРБ. Данные проведенных нами эндоскопических исследований у пациентов представлены в таблице 3.

Таблица 3 - **Формы ГЭРБ в различных группах наблюдения**

Признаки	**Амбулаторная группа n = 19**	**Стационарная группа n = 40**
Эзофагит эрозивный	4	32
Неэрозивный эзофагит	15	8
Пищевод Барретта	-	-

Также пациентами двух групп были заполнены анкеты, включающие в себя паспортные данные больного и опросник GerdQ (табл. 4).

Таблица 4 - **Опросник GerdQ для диагностики ГЭРБ**

Вопрос	0 дней	1 день	2-3 дня	4-7 дней
Как часто у Вас возникает изжога?	0	1	2	3
Как часто у Вас возникает боль в верхней части живота?	3	2	1	0
Как часто у Вас возникает тошнота?	3	2	1	0
Как часто у Вас возникают нарушения сна в связи с изжогой или регургитацией?	0	1	2	3
Как часто Вы применяете лекарства для лечения изжоги или регургитации (антациды или препараты, которые Вам порекомендовал доктор)?	0	1	2	3

По опроснику результаты оценивались в баллах, если сумма баллов по результатам анкеты достигает 8 и выше, вероятность ГЭРБ составляет больше 80%. У опрошенных нами пациентов в двух группах при применении опросника GerdQ, баллы достигали 8 и выше, что объясняется первичным эндоскопическим подтверждением наличия ГЭРБ.

В эндоскопию также включалась оценка гастроэзофагеального створчатого клапана (ГСК) Губарева (Gastroesophageal flap valve – GEFV) по классификации Hill LD и соавторов (табл. 5).

Таблица 5 - **Эндоскопическая оценка ГСК для выявления ГПОД** (Hill LD и соавт.)

степень	**критерии**
I	складка-створка по малой кривизне желудка, рядом с эндоскопом и плотно охватывает его.
II	складка-створка также определяется, но наблюдаются периоды открытия и быстрого закрытия отверстия вокруг эндоскопа.
III	складки-створки не было видно и эндоскоп не был обжат тканями – отмечается зияющее отверстие пищевода, ось которого будет не параллельна, а чаще перпендикулярна малой кривизне, со смещением ближе ко дну желудка.
IV	складка-створка отсутствует, просвет пищевода постоянно зияет рядом с эндоскопом и находится в самой верхней части желудка, которая, как правило, будет выше контурирующих через стенку желудка ножек диафрагмы.

При исследовании дистальный конец эндоскопа ретрофлексируется на 180 градусов в желудке, чтобы визуализировать нижне пищеводный сфинктер снизу. Клапан закрывается от 1 до 4 в соответствии с длиной клапана и плотностью прилегания к эндоскопу. При эндоскопии обращается внимание на наличие ГПОД. Грыжа должна измеряться как в верхне-нижнем, так и в боковых измерениях. I, II степени оценивают как норму, III, IV степени определяют как патологию. Эндоскопические данные у обследованных пациентов представлены в таблице 6.

Таблица 6 - **Эндоскопические данные ГПОД (Hill LD и соавт.) в различных группах наблюдения**

степени	Амбулаторная группа n = 19	Стационарная группа n = 40
I	13	-
II	6	-
III	-	7
IV	-	33

Пациентам при подтверждении эндоскопических признаков ГПОД (40 больных, по данным табл. 6) были направлены на рентгенологическое исследование с контрастированием. Рентген исследование с сульфатом бария обеспечивает подробную анатомическую оценку пищевода, желудка, размер и анатомические характеристики ГПОД, наличие грыжи явилось 100% показанием для оперативного лечения.

В первой (амбулаторной) группе все 19 больных получили комплексное медикаментозное лечение, которое включало в себя: прокинетики, ингибиторы протонной помпы (ИПП), антацидные препараты, а также рекомендации по диете и режиму.

Во второй (стационарной) группе всем 40 пациентам проведена антирефлюксная операция в объеме: лапаротомии, дорсальной крурорафии и фундопликации по Ниссену. Показаниями к оперативному лечению считали неэффективность консервативной терапии и наличие ГПОД). Предоперационное обследование включало в себя лабораторные (общеклинические и биохимические анализы, маркеры вирусного гепатита В, С, ИФА на ВИЧ, RW) и инструментальные (ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование) методы обследования, осмотр анестезиолога.

Основные этапы фундопликации по Ниссену с дорсальной крурорафией заключаются в следующем (рис. 2, 3). Под эндотрахеальной анестезией, производилась лапаротомия и ревизия органов брюшной полости. Левую долю печени отводили верх, с рассечением левой треугольной связки печени и печеночно-пищеводной связки и выделением правой и левой ножек диафрагмы. У пациентов обнаруживали наличие диастаза между ножками диафрагмы, а абдоминальная часть пищевода, кардия и фундальный отдел желудка находились в заднем средостении.

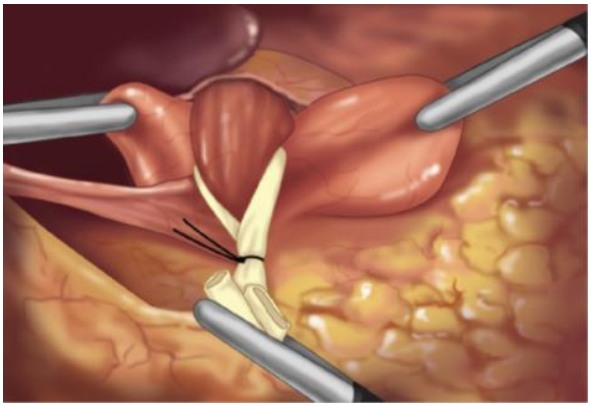


Рис. 1. Схема фундопликации по Ниссену. Дно желудка проводится позади пищевода.

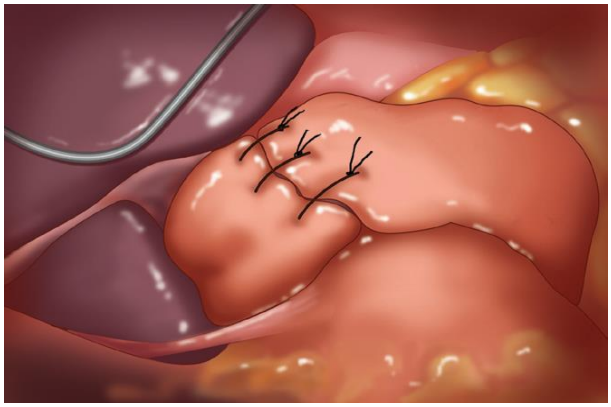


Рис. 2. Схема фундопликации по Ниссену. Завершенный этап операции.

В области угла Гиса мобилизовали пищеводно-желудочный переход, производилось низведение переместившиеся в заднее средостение абдоминального участка пищевода, кардии и дна желудка. Пищевод брали на держалку для тракции. Производили дорсальную крурорафию, ножки диафрагмы ушивались 1-3 узловых шва и ликвидацией овального отверстие между ножками диафрагмы (рис. 3). Далее производили фундопликацию по Ниссену путем формирования манжеты из стенки фундальной части желудка с захватом в шов мышечного слоя пищевода (рис. 4). Во время операции в желудке находился специальный толстый зонд, применяемый для бужирование стриктур пищевода, для профилактики послеоперационной дисфагии. Левое подпеченочное пространство дренировали через контрапертуру. Швы на рану.

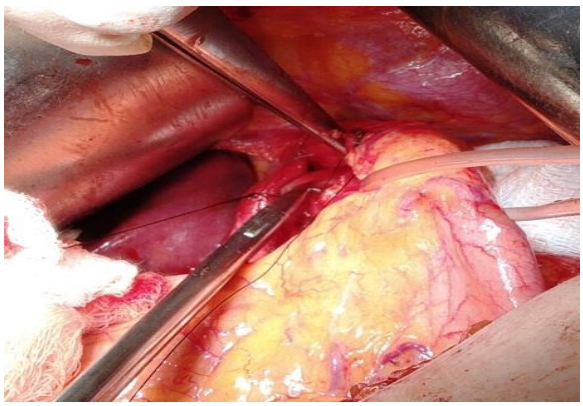


Рис. 3. Фото собственного наблюдения. Дорсальная крурора-фия.

Рис. 4. Окончательный вид фундопликации по Ниссену. Собственное наблюдение.

Результаты и обсуждение. В первой группе в результате проведенной комплексной консервативной терапии, включающие в себя (прокинетики, ИПП, антациды, соблюдение режима и диеты) отмечены хорошие результаты, улучшение качество жизни пациентов, что было подтверждено снижением баллов по опроснику GerdQ и улучшение эндоскопической картины при контрольных ЭГДС.

Во второй группе во время операции и в раннем послеоперационном периоде специфических осложнений, связанных с операцией не было. Летальности не отмечено. Ведение послеоперационного периода проводилось по общепринятым правилам, с ранней активизацией и переводом на энтеральное питание. Дренажи удалялись на 2-4 сутки после УЗИ контроля, на 8-11 сутки после операции были выписаны из клиники с улучшением. Отдаленные результаты прослежены у 28 (70%) пациентов в сроке от 6 месяцев до 3 лет после операции. Результаты расценены как хорошие, все они на момент осмотра чувствовали себя удовлетворительно, не отмечали изжогу, боли за грудиной, отрыжку, горечь во рту, дисфагию.

Ранняя диагностика и лечение пациентов ГЭРБ снижает риск развития аденокарциномы пищевода, антирефлюксная операция позволяет устранить основную причину ГЭРБ, уменьшает риск развития рецидива заболевания и длительного приема ИПП. Крурорафия устраняет ГПОД, препятствуя перемещению кардиальной части пищевода, кардии и фундальной части желудка в средостение.

Заключение. Таким образом, полученные хорошие результаты в двух клинических группах, улучшение качества жизни пациентов оправдывает выбранные нами методы ранней диагностики и лечения ГЭРБ. Несмотря на то, что были предложены различные схемы и алгоритмы диагностики и лечения ГЭРБ, поиски и внедрение новых этапов диагностики и лечения являются актуальными и подлежат дальнейшему изучению.

Литература:

1. Update on pathophysiologi and management of GERD / J.Janssens. – Berlin, 1995.
2. Пахомова И. Г. Изжога: современные принципы обследования и лечения пациентов // РМЖ. 2015. № 21. С. 1249-1252.
3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у пожилых: эпидемиология, клиника, лечение / Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Васнев О.С., Бордин Д.С., Валитова Э.Р., Янова
4. О.Б. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2010. - № 12. - С. 10–16.
5. Wolf WA, Pasricha S, Cotton C, Li N, et al. Incidence of esophageal adenocarcinoma and causes of mortality after radiofrequency ablation of Barrett’s esophagus. Gastroenterology 2015;149:1752–1761.e1.
6. Oleynikov D, Eubanks TR, Oelschlager BK, et al. Total fundoplicationis the operation of choice for patients with gastroesophageal reflux and defective peristalsis. Surg Endosc 2002;16:909 –13.
7. Пучков К. В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / Пучков К. В., Филимонов В. Б. М.: Медпрактика-М, 2003. 172с.
8. Волчкова И.С., Оспанов О.Б. Современное состояние проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Медицинская наука и образование Урала. - 2012. - № 1. - С. 171-175.

ЛАПАРОСКОПИЯ КАК МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.

Р. А. Оморов[1], К.К.Раззаков[1], С. А. Айтбаев[1], Б.Т.Токтогазиев[2], А.А.Абдиев[1], А.А.Аликжанов[1]

[1]Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
кафедра факультетской хирургии
[2]Медицинский центр КГМА им.И.К.Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представить результаты применения лапароскопических операций в лечении заболеваний органов брюшной полости. Данные результаты выполненных операций в количестве 1947 при заболеваниях брюшной полости. Осложнения возникли у 0,97 %, летальный исход 0,05%.

Ключевые слова: заболевания брюшной полости, оперативное лечение, лапароскопия, осложнения.

ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ЫКМА МЕНЕН ИЧЕГИ КАРЫН КОНДОЙУНО ОПЕРАЦИЯ ЖАСОО ЖОЛДОРУ

Р.А.Оморов[1], К.К.Раззаков[1] С.А.Айтбаев[1], Б.Т.Токтогазиев[2], А.А.Абдиев[1], А.А.Аликжанов[1]
[1]И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
факультеттик хирургия кафедрасы
[2]И.К.Ахунбаев атындагы КММАнын медициналык борбору
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Лапароскопиялык ыкма менен жасалган операциялардын дарылоо натыйжасын корсоту.

Ичеги кондой орууларына жасалган жалпы операциялардын саны 1947 операция. Алардын ичинен оорлошкондору 0.97 % , каза болгондор 0,05 %.

Негизги создор: ичеги кондой оорулары, операция жолу менен дарылоо, лапароскоп, оорлошкон.

LAPARASCOPY AS A SURGICAL TREATMENT METHOD IN ABDOBINAL SYRGERY

R.A. Omorov[1], K.K.Razzakov[1], S.A.Aytbaev[1], B.T. Toktogaziev[2], A.A.Abdiev, A.A.Alikzhanov[1]
[1]Kyrgyz State Medical Academy n. a. I.K.Akhunbaev, Department of Faculty Surgery
[2] Medical Center of KSMA n. a. I.A.Akhunbaev
Bishkek, the Kyrgyz Republic.

Summary: To present the results of laparascopic operations in treatment of diseases of the abdominal cavity. These results were performed in 1947 for diseases of the abdominal cavity. Complications arose in 0,97%, died 0,05%.

Key words: diseases of the abdominal cavity, surgical treatment, laparoscopy, complications.

Введение: Преимущества лапароскопических оперативных вмешательств в данное время не вызывают никаких сомнений у хирургов всего мира [1,2,3,4,5]. Сразу же можно отнести: отсутствие большого операционного разреза, уменьшение болевого синдрома в послеоперационном периоде, отсутствие послеоперационного пареза кишечника, существенное снижение ранних и поздних послеоперационных осложнений, уменьшение риска спайкообразования, сокращение койка-дней в стационаре, трудовую и социальную реабилитацию [6,7,8,9].

В 1996 году в Кыргызской Республике впервые была освоена и внедрена в клиническую практику лапароскопическая операция (холецистэктомия) на базе национального хирургического центра им. Мамакеева М.М.

Параллельно с внедрением в практику лапароскопических операций в брюшной полости, были организованы курсы обучения врачей. По мере приобретения оборудования и инструментария больницами республиканского масштаба, организовываются выездные циклы по подготовке специалистов с проведением мастер-класса лапароскопических операций, тем самым создаются условия для более широкого внедрения эндовидеохирургических вмешательств в хирургические отделения областных и районных больниц нашей республики.

Метод лапароскопических вмешательства был внедрен и в ГКБ №1 г. Бишкека. В данном сообщении нами представлены результаты лапароскопических вмешательств у 1947 больных выполненных в период с 2004 по 2018 гг.

Таблица - Спектр лапароскопических вмешательств в ГКБ №1.

Операции	Всего		Осложнения
	Абс. чис.	%	Абс. чис.
Диагностическая лапароскопия	2	0,10	0
Холецистэктомия	1928	99,02	17
Герниопластика	5	0,25	0
Аппендэктомия	8	0,43	0
Резекция печени	1	0,05	0
Фундопликация	3	0,15	1
Итог	1947	100,0	18

Материалы и методы исследования: из 1947 лапароскопических операций наибольший удельный вес занимал холецистэктомия а другие операции выполнены у единичных больных. Возраст больных колебалася от 20 до 70 лет. Средний возраст их составлял 42 ± 5 лет. В обследовании больных использовали общий анализ крови, общий анализ мочи, определение печеночных и почечных тестов, коагулограмма, электрокардиограмма, ультразвуковое иследования органов брюшной полости для определения характера заболевания и выявление осложнений в послеоперационном периоде.

Результаты исследования: После обследования все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом с использованием 3 и 4 портового доступа при этом пневмоперитонеум 12-14 мм. рт. ст. После ревизии органов брюшной полости выполнялся основной этап операций – удаление очага заболевания. При заболеваниях желчного пузыря обнажается треугольник Кало потом выполняется раздельная обработка пузырного протока и пузырной артерии. Другие типы операций были выполнены у небольшого количества больных. Идет освоение техники лапароскопических вмешательств при других заболеваниях.

Из числа больных у которых операции выполнены лапароскопическим способом. Осложнения в момент операции отмечено у трех пациентов по поводу кровотечения. Ближайщие сроки после операций наблюдали следующие осложнения желчеистечение в 17 случаях, вылечили консервативным путем у 13 больных а в 4 случаях выполнены повторные операции. В одном случае пациент умер от желудочно-кишечного кровотечения. Переход на конверсию был осуществлен у 7 пациентов, который был обусловлен следующими причинами в 5 случаях острым гангренозным холециститом осложнившимся местным желчным перитонитом а в двух случаях сложным выделением желчного пузыря из обширных спаечных сращений выявление в момент операции. Выполненный нами анализ показал, что лапароскопическое вмешательства внедряется более широко при желчекаменной болезни и еще нашло недостаточное внедрение при других заболеваниях. Обоснование лапароскопических операций нашло широкое освещение в литературе своими преимуществами снижение кровопотери, сокращение сроков операций, возможности выполнения симультантных операций, раннее активация трудоспособности и реабилитации.

Выводы: Применение методик лапароскопических операций в хирургии брюшной полости позволяет реабилитировать пациентов в короткие сроки с хорошим косметическим результатом и уменьшить число нежелательных осложнений.

Список литературы

1. Xia, X.M. Drainage *versus* No Drainage after Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis: A Meta-Analysis // Am. Surg. – 2019.- Vol №1.- P. 86-91.
2. Shiroshita, H. Endoscopic surgery in Japan: The 13th national survey (2014-2015) by the Japan Society for Endoscopic Surgery / H. Shiroshita, M. Inomata, T. Bandoh // Asian. J. Endosc Surg. – 2019. - №12. – P. 7-18.
3. Carvalho, G.L. Which Cholecystectomy do Medical Students Prefer? / G. L. Carvalho, D.L. Lima, P.P. Shadduck. JSLS. – 2019. - №1. – P. 17-20.
4. López-Torres López, J. Perioperative factors that contribute to postoperative pain and / or nausea and vomiting in ambulatory laparoscopic surgery // Rev. Esp. Anestesiol Reanim. - 2019. – Vol. - №18. – P. 25-27.
5. Бобровски, Н.П. Преимущества лапароскопической холецистэктомии // Клинич. вестн. -М. - 1994. - № 4. - С. 6-7.
6. Ai, M. A comparative study of ultrasonic scalpel (US) versus conventional metal clips for closure of the cystic duct in laparoscopic cholecystectomy (LC): A meta-analysis / M. Ai, L. C. Ho, N.Y. Yang // Medicine. (Baltimore). – 2018. – Vol. № 97. – P. 65-67.
7. Pontarelli, E.M. Regional cost analysis for laparoscopic cholecystectomy / Surg. Endosc. – 2018. – Vol. №28. – P. 43-45.
8. Розина, Д. Малоинвазивная хирургия / Д. Розина. - М.: Медицина. - 1998.- 280с.
9. Голубев, А.А. Опыт пятилетнего выполнения лапароскопической холецистэктомии // Сб. тр. «Актуальные проблемы современной хирургии». – 2000. - С. 44-46.

СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

А.И. Мусаев, М.К. Жаманкулова, Т.М. Байтанаев
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.),
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Байтанаев Талгат Молдалиевич - tbaitanaev@mail.ru.
Жаманкулова Мадина Кемелбековна - ms.zhamankulova85@mail.ru.

Резюме: Изучена эффективность разработанного метода оперативного лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы. По данной методике прооперировано 6 больных с рецидивными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Всем больным проведена рефундопликация в сочетании с пластикой круглой связкой. В результате разведения кардиодиафрагмальных сращений в раннем послеоперационном периоде у одного больного возник левосторонний плеврит, который был излечен повторными плевральными пункциями. Отдаленные результаты оценены в течение 12 месяцев после операции. Рецидивов заболевания в течение первого года не выявлено, что подтверждается клиническими, рентгенологическими и эндоскопическими исследованиями.

Ключевые слова: грыжа пищеводного отверстия, рецидив, пластика круглой связкой печени, рефундопликация.

БООР ЭТИНИН КЫЗЫЛ ӨНГӨЧҮНДӨГҮ КАЙТАЛАНУУЧУ ЧУРКУ ГРЫЖА ООРУСУН ОПЕРАЦИЯ КЫЛУУ ЫКМАСЫ МЕНЕН ДАРЫЛОО

А.И. Мусаев[1], М.К. Жаманкулова[2], Т.М. Байтанаев[3]
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
(ректор-м.и.д., профессор И.О.Кудайбергенова)
Комбустиология курсу бар жалпы практикалык хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Боор этинин кызыл өнгөчүндөгу кайталануучу чурку (грыжа) оорусун операция кылуу жолу менен даарылоо ыкмасынын эффективдүүлүгү (таасирдүүлүгү) изилденди. Мындай ыкма аркылуу жогоруда айтылган оору менен ооруган 6 бейтапка операпция кылынды.

Бардык бейтаптарга тоголок тангак менен жасалган пластикасы менен биргеликте рефундопликация жасалды.

Операция жасалгандан кийинки эле алгачкы учурда кардиофрагмалык бөлүнүүлөрдүн себебинен улам бир бейтапта сол тараптуу плеврит (өпкөнүн сезгениши же суу толушу) пайда болгонда, бирок кайра плевралдык пункция (өпкөдөгү суюктук сордуртуп алынган) жолу менен алынган.

Калган жыйынтыктар жана байкоолор операция жасалгандан кийин 12 ай ичинде жүргүзүлгөн. Биринчи жылы оорунун кайталанышы байкалган эмес жана бул клиникалык, рентгенологиялык жана эндоскопиялык изилдоолор менен тастыкталган.

Негизги сөздөр: Боор этинин кызыл өнгөчүндөгу кайталануучу чурку (грыжа) оорусу, кайталануу, тоголок тангак менен жасалган бойроктун пластикасы, рефундопликация.

RECURRENT GASTROESOPHAGEAL HERNIA OPERATIONAL TREATMENT METHOD

A.I. Musaev[1], M.K. Zhamankulova[2], T.M. Baitanaev[3]
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
(Professor Kudaibergenova I.O. rector, post-doctoral degree in medicine),
Departmentofsurgery, general practice with course of combustiology.
Kyrgyz Republic, Bishkek.

Summary: Efficiency of method developed for operational treatment of the gastroesophageal hernia has been studied. 6 patients with recurrent gastroesophageal hernia have been operated using this method. Refundoplication in combination with plastic repair by round ligament has been done to all patients. As the result of dilution of cardiodiaphragmatic adhesion in early post-operational period one patient had left sided

pleuritis, which was treated using the recurrent pleural puncture. Remote results have been evaluated within 12 months after operation, which is confirmed by clinical, radiological and endoscopic examination.

Keywords: Gastroesophageal hernia, recidivation, plastic repair by round ligament of the liver.

Введение. По распространённости грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) конкурируют с такими заболеваниями как хронический холецистит, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки [1]. Консервативная терапия кислотозависимых состояний, препаратами регулирующих моторику пищевода и снижающих кислотность желудочного сока, не влияет на анатомо - физиологические нарушения, вызвавшие рефлюкс. Консервативная терапия дает лишь временный эффект и приводит к увеличению количества хронических больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и таких осложнений, как пептическая язва пищевода, пищевод Барретта, кровотечение, злокачественная трансформация слизистой оболочки пищевода [2].

Основной целью оперативного лечения больных ГПОД является — восстановление анатомических и физиологических нарушений, предрасполагающих к рефлюксу, устранение диафрагмальной грыжи, восстановление нижнего пищеводного сфинктера, восстановление угла Гиса, а также физиологического натяжения пищевода [3, 4]. Наибольшее распространение в настоящее время получили различные виды фундопликаций, которые кроме восстановления физиологического положения пищевода обеспечивают высокую антирефлюксную надежность. Однако помимо положительных сторон данных операций отмечается высокое количество рецидивов и специфических осложнений, значительно снижающих качество жизни больных. По данным разных авторов, эти осложнения достигают 25-54% после операции по Ниссену и 6-13% — после фундопликации по Тупе.

Анализ публикаций показывает, что вопросы выбора хирургического метода лечения ГПОД и их осложнений далеки от разрешения. Проблемы профилактики интра- и послеоперационных осложнений и рецидивов также требуют дальнейшего изучения. Возврат симптомов заболевания в отдаленном периоде или появление новых жалоб после выполнения оперативного вмешательства, которые наблюдаются в 3-15% случаев, также нуждаются в исследовании. Возврат симптомов заболевания чаще возникает в сроки от 1 года до 3 лет после первичного вмешательства.

Цель исследования — Изучить эффективность разработанного метода оперативного лечения ГПОД

Материалы и методы. В хирургических отделениях ГКБ №1 в период с ноября 2017 по январь 2019 г. прооперировано 6 больных по поводу рецидивных ГПОД. Среди больных было 4 женщины и 2 мужчин. Возраст пациентов колебался от 35 до 63 лет.

Из анамнеза выяснено, что возврат симптомов заболевания отмечается в течение первого года после первичной операции. Из выписок из истории болезни выяснено, что всем шестерым больным с рецидивом ГПОД выполнена традиционная фундопликация по Ниссену.

Необходимо отметить, что у четверых больных из шести отмечались сопутствующие заболевания как хронический бронхит, нарушение липидного обмена 3 степени, также трое больных отмечают спонтанную рвоту время от времени, что могло послужить факторами риска для возникновения рецидива болезни.

Всем больным до операции проведены общеклинические методы обследования, включающие общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимические анализы крови (печеночные и почечные тесты), сахар крови, электрокардиограмму (ЭКГ) и рентген исследование органов грудной клетки. Основными методами обследования для выявления рецидива ГПОД явились эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и рентгенологическое полипозиционное исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). При подозрении на диспластические процессы в пищеводе ЭГДС дополняли прицельной биопсией. Полипозиционное рентгенологическое исследование ЖКТ проводилось в четыре этапа с использованием бариевой взвеси, больных обследовали в вертикальном, горизонтальном положении и положении Тренделенбурга.

Всем больным проведена модифицированная в нашей клинике фундопликация круглой связкой печени. Общими показаниями к повторному оперативному вмешательству явились: неэффективность ранее проведенных оперативных вмешательств по поводу ГПОД.

Результаты и их обсуждение.

Данные общеклинических обследований были в пределах возрастных норм. При ЭГДС у большинства больных имелось по несколько показаний к повторной операции связанных с

появлением гастроэзофагеального рефлюкса. У 5 больных по результатам ЭГДС выявлены ГЭРБ III-IV степени с эрозивным и язвенным поражением пищевода, а также у одного больного дисплазия слизистой пищевода, которая доказана на гистологическом исследовании биопсийного материала.

Предоперационная подготовка включала в себя соблюдение диеты в течение нескольких дней до операций, очистительные клизмы и в день операции установка назогастрального зонда для декомпрессии желудка.

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. Из методик, целью которых является воссоздание нормальной анатомии естественного угла Гиса, в нашей клинике получила распространение операция по Ниссену. Она направлена на создание манжеты вокруг кардиального отдела пищевода из дна желудка. Однако после данного вида фундопликации часто выявляется рецидив ГПОД. При повторных операциях у больных были выявлена миграция фундопликационной манжетки. В связи с чем, всем больным проведена рефундопликация в сочетании с пластикой круглой связкой. Модифицированный метод заключается в следующем: доступом служила верхнесрединная лапаротомия на месте старого послеоперационного рубца. Натяжением желудка книзу низводим кардиальный отдел желудка и пищевода с ранее выполненной манжетой под диафрагму при наличии кардиодиафрагмальных сращении рассекали их. Мобилизуем ранее созданную манжету. Позади пищевода тупым путем формируем туннель в направлении к пищеводно-желудочному переходу. Отсекали круглую связку от пупочного кольца, выделяя ее на всем протяжении до свободного края печени, на свободный конец круглой связки накладывают два шва держалки, сформированный комплекс круглой связки печени проводили позади пищевода под манжету, заводя вокруг кардиоэзофагиального перехода в виде полупетли, воссоздавая, таким образом, острый угол Гиса. Свободный конец круглой связки печени фиксируем отдельными узловыми швами с интервалом 8-12 мм к передней стенке желудка на расстоянии 10 – 20 мм от края желудка по малой кривизне. Модифицированный метода операции круглой связкой печени обеспечивает у большинства пациентов надежный антирефлюксный механизм, предотвращающий и предупреждающий появление рецидивов и осложнений.

При проведении операций ни у одного больного не возникло интраоперационных осложнений. В раннем послеоперационном периоде у одного больного развился левосторонний пневмоторакс, который был излечен повторными плевральными пункциями. Это осложнение развилось в результате разведения кардиодиафрагмальных сращений. Летальных исходов после всех операций по поводу рецидивных ГПОД не было. Отдаленные результаты оценены у 5 больных из шести в период 12 месяцев после операции. Рецидивов заболевания в течение первого года не выявлено, что подтверждается клиническими, рентгенологическими и эндоскопическими исследованиями. Во всех случаях удалось достичь купирования клинической симптоматики рефлюкс – эзофагита и ГПОД.

Выводы. Таким образом, проведение фундопликации по Ниссену при лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы, которая связана с формированием антирефлюксной манжетки, не дает 100% гарантии в исключении рецидива болезни. Значительных преимуществами, перед более простыми в техническом исполнении операциями при рецидивах, обладает модифицированный метод оперативного лечения ГПОД, направленный на воссоздание угла Гиса с дальнейшим формированием манжеты, что позволяет, одновременно уменьшить риск повторного появления рефлюкс эзофагита и рецидивов. Наш опыт позволяет считать метод фундопликации с использованием круглой связки печени с использованием лапаротомной техники наиболее эффективным при рецидивах грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Литература

1. Сигал, Е.И. Бурмистров М.В. Лапароскопические операции в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы [Текст] / И.Е. Сигал // Хирургия – 2004 - №4 – С. 42–44.
2. Старостин, Б.Д. Пищевод Барретта [Текст] / Б.Д. Старостин // Русский медицинский журнал. – 1997 - №5(22). – С.1452–1460.
3. Галимов, О.В., Ханов, В.О., Гаптракипов, Э.Х. Новые технологии в хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. [Текст] / О.В. Галимов., В.О. Ханов., Э.Х. Гаптракипов. // Хирургия – 2007 - №2. – С. 29–33.
4. Кунат У. Функциональная морфология пищевода и ее значение в хирургии [Текст] / У. Кунат. // Эндоскопическая хирургия – 1995 - №4 - 10–13.
5. Revicki D.A., Wood M., Maton P.N., et al. The impact of gastroesophageal reflux disease on health — related quality of life. Am J Med 1998; 104: 252–258

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

А.И. Мусаев, Б.С. Ниязов, М.Ж. Алиев, Т.А. Калыбеков, Максут уу. Э., А.И. Балтабаев
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Балтабаев Акжол Ирамидинович - Хирургия общей практики с курсом комбустиологии 2-год обучения, voooo1993@gmail.com

Резюме: цель работы – улучшить результаты оперативного лечения эхинококкоза печени за счет комплекса мер профилактики воспалительных осложнений.

Под наблюдением было 2 группы: первая - 122 человека, профилактика включала антибиотики внутримышечно и вторая группа - 68 больных, у которых профилактика включала обработку раны озонированными растворами, инфракрасное лазерное облучение операционной раны (5-6 сеансов) и периоперационное введение антибиотиков.

При использовании антибиотиков для профилактики, осложнения выявлены у 19(15,6%), а во второй группе, где применен комплекс мер профилактики осложнений у 4(5,9%). Обосновано включение инфракрасного лазерного излучения.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, оперативное лечение, осложнения, профилактика, инфра красный лазер.

БООРДУН ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСЫНДАГЫ КАБЫЛДООЛОРДУН АЛДЫН АЛУУНУН ПАЙДАСЫ

А.И. Мусаев, Б.С. Ниязов, М.Ж. Алиев, Т.А. Калыбеков, Максут уу. Э., А.И. Балтабаев
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы, ректор м.и.д., профессор И.О. Кудайбергенова
Комбустиология курсу менен жалпы практика хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: иш максаты – сезгенүүчү кабылдоолордун бирдиктүү алдын алуу чараларын колдонуу менен эхинококкоз дартын операциялык жол аркылуу дарылоону өркүндөтүү.

Биздин көзөмөлдө 2 топтогу бейтаптар болду: биринчиси – 122 бейтап, алар сезгенүүлөрдүн алдын алуу учун мурун колдонулуп келген антибиотиктерин алуу менен болду, ал эми экинчи топ 68 бейтапты түздү, алар алдын алуу чараларын жараны озон аралашмасы менен жууп-тазалоо, операциядан кийинки жараны инфра-кызыл нуру (5-6 сеанс) менен нурдантуу жана операциянын алдында антибиотик дарыларын колдонуу чаралары менен болду.

Сезгенүүлөрдүн алдын алуу учун антибиотиктерди колдонуу ыкмасында 19 (15,6%) бейтапта кабылдоо болду жана бирдиктүү алдын алуу чараларын колдонгон экинчи топто кабылдоолор – 4 (5,9%) бейтапта байкалды. Бул изилдөөдө инфра-кызыл нурун эхинококкэктомия операциясында жараларга колдонуу негизделди.

Негизги сөздөр: боор эхинококкозу, операция жолу менен дарылоо, кабылдоо, алдын алуу, инфра-кызыл нуру.

THE EFFECTIVENESS OF MEASURES TO PREVENT COMPLICATIONS OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

A.I. Musaev, B.S. Niazov, M.J. Aliev, T.A. Kalybekov, Maksut uu. E., A.I. Baltabaev
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Surgery department of general practice with a course of Combustiology
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The purpose of the work is to improve the results of surgical treatment of liver echinococcosis due to a set of measures for the prevention of inflammatory complications.

Two groups were observed: the first was 122 people, the prevention included antibiotics intramuscularly and the second group of 68 patients whose prevention included treating the wound with ozonated solutions, infrared laser irradiation of the operating wound (5-6 sessions) and perioperative administration of antibiotics.

When using antibiotics to prevent complications, they were found in 19 (15.6%), and in the second group, where a set of measures for the prevention of complications were applied - in 4 (5.9%). The inclusion of infrared laser radiation is grounded.

Key words: liver echinococcosis, surgical treatment, complications, prophylaxis, infra red laser.

Введение

Эхинококкоз – одно из наиболее распространенных паразитарных заболеваний с преимущественным поражением печени, при котором возникают такие осложнения как нагноение, разложение, прорыв кист в брюшную или плевральную полость [1,2].

По сведениям многих исследователей за последние 20-25 лет отмечается существенный рост заболеваемости эхинококкоза с очень частыми осложнениями, лечение которых более сложное [3,4].

Кроме того при наличии осложнений более высокий риск возникновения воспалительных осложнений после операции, особенно раневых, которые требуют более длительного стационарного и амбулаторного лечения и значительно влияют на исход заболевания [5,6].

С целью профилактики воспалительных осложнений более широко используются антибиотики, но они малоэффективны из-за появления антибиотикоустойчивых форм микроорганизмов и значительно реже с целью профилактики применяются физические факторы [7,8]. Идут поиски более эффективных мер профилактики, чтобы снизить частоту воспалительных осложнений и тем самым улучшить результаты лечения больных эхинококкозом и снизить материальные затраты на лечение.

Цель работы: улучшить результаты оперативного лечения эхинококкоза печени за счет комплекса мер профилактики воспалительных осложнений и развивать их применения.

Материалы и методики исследования

Под наблюдением находилось 190 больных, оперированых в хирургических отделениях городской клинической больницы №1, г. Бишкек по поводу эхинококкоза печени. Из них женщин 104 и мужчин 86, возраст колебался от 16 до 72 лет, но наибольшее число больных было в возрасте от 30 до 50 лет. Сроки заболевания пациентов отмечены от 3 месяцев до 6 лет, но чаще поступали на оперативное лечение в сроке до 3х лет. Сопутствующие заболевания выявлены у 56 больных (29,5%).

Все больные отмечали контакт с животными (собаками и мелким рогатым скотом). При поступлении жаловались на тупую боль в правом подреберье, слабость, быструю утомляемость, потерю веса, ухудшение аппетита, что явилось основанием для обращения к врачу и детальному обследованию.

При поступлении уделяли внимание анамнезу болезни, месту жительства, какие операции перенес в прошлом, по поводу какого заболевания оперированы члены семьи. Нередко при детальном ознакомлении выявляли, что члены семьи оперированы по поводу эхинококкоза, особенно проживающие в регионах с высокой заболеваемостью эхинококкозом.

При обследовании больных, выполняли общий анализ крови и мочи, электрокардиографию, свертываемость крови, исследовали функциональное состояние печени и почек, ставили пробу для выявления антитела на эхинококк, ультразвуковые исследования для установления характера поражения печени, локализации, размеры патологического очага и исследовали органы брюшной полости для выявления поражения эхинококкозом или другими заболеваниями, в сомнительных случаях назначали КТ. УЗИ использовали также в послеоперационном периоде для выявления осложнений в брюшной и грудной полости, а также для определения течения раневого процесса после эхинококкэтомии (эхоморфометрия ран).

Полученные результаты статистически обработаны с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (σ) и ошибки ряда (m), а степень достоверности определяли по таблице Стьюдента.

В результате выполненных исследований установлено, что поражение правой доли печени имеет место у 132 больных, левой у 50 и обе доли поражены у 8. Неосложненные формы эхинококкоза имели место у 91, нагноение кист у 52, разложение у 45 и прорыв кисты в брюшную полость у двух больных.

Размеры кист были в основном большие (от 10 до 15см в диаметре) – 98 чел., средних размеров (от 5 до 10см) у 86, гигантские у 3 больных (более 20см в диаметре) и малых размеров (не более 5см в диаметре было 3 пациента). Следовательно, в основном кисты были средних и больших размеров.

После установления диагноза все больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием.

Результаты и их обсуждение

В процессе работы были выделены две группы больных в зависимости от мер профилактики воспалительных осложнений. В первую группу включено 122 пациентов, у которых для профилактики использовали антибиотики (в послеоперационном периоде на протяжении 5-6 дней, внутримышечно гентамицин по 80мг два раза в сутки или ампициллин по 500 тыс ед. 4 раза в сутки внутримышечно), а вторую группу составили 68 пациентов, которые наряду с антибиотиками, которые вводили внутривенно за 1 час до операции и к концу ее завершения (цефазолин или цефтриаксон), обе группы по возрасту и полу, давности заболевания были равнозначны.

При неосложненном эхинококкозе, больные в после операционном периоде не получали антибиотики, а при осложненном эхинококкозе продолжали антибиотики на протяжении 3-4 суток. А в послеоперационном периоде, начиная со второго дня назначали инфракрасное лазерное излучение на область раны (5-6 сеансов) аппаратом «Матрикс», частота 80 Гц., экспозиция 10 минут.

Обеззараживание в обеих группах осуществляли 0,02% раствором декасана, эффективность которого обоснована клиническими, лабораторными и экспериментальными исследованиями, выполненными М.Ж. Алиевым [9], а в основной группе обеззараживание дополняли озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и при завершении основного этапа эхинококкэктомии рану на всем протяжении орошали озонированным раствором.

После обследования и определения характера заболевания и краткосрочной подготовки пациенты оперированы, типы операций даны в таблице 1.

Таблица 1 - Типы операций у больных контрольной и основной групп

Типы операций	Контрольная n-122		Основная n-68		из них возникли восп. осложнения	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	контр.	основ.
Капитонаж	16	13,1	7	10,3	3	1
Инвагинация	27	22,1	6	8,8	5	1
Абдоминизация	25	20,5	28	41,2	4	-
Перицистэктомия	26	21,3	12	17,7	4	1
оментопластика по Аскерханову	6	4,9	2	2,9	1	-
Идеальная эхинококкэктомия	9	7,4	2	2,9	1	-
Открытый метод	4	3,3	4	5,9	-	-
Резекция печени	9	7,4	7	10,3	1	1
Итого	122	100,0	68	100,0	19 (15,6%)	4 (5,9%)

В обеих группах выполнялись типичные для эхинококкоза операции, но в контрольной группе при выполнении капитонажа и инвагинации значительно чаще возникали воспалительные осложнения, и хотя мы использовали полузакрытый метод с активной аспирацией отделяемого, при этих методиках чаще, чем после других возникали осложнения – это в основном плеврит и нагноение раны. Учитывая эти обстоятельства мы в основной группе эти два метода (капитонаж, инвагинация) использовали реже, а чаще выполняли абдоминизацию с тщательным контролем на выявление желчных свищей, а при их выявлении – их ушивали. Использование примененных нами мер профилактики позволило снизить частоту воспалительных осложнений.

Особое внимание нами было обращено на течение раневого процесса. С этой целью мы выполняли УЗИ послеоперационной раны (эхоморфометрию) и измеряли зону инфильтрации через 1,3,5 суток после операции (табл. 2).

Таблица 2 - Показатели эхоморфометрии ран (в см) больных контрольной и основной групп

Группы обследованных	Сроки исследования		
	1 сутки	3 сутки	5-6 сутки
Контрольная n-58	2,2±0,17	3,5±0,11	2,3±0,08
Основная n-54	2,3±0,12	2,8±0,09	1,8±0,04
Р-степень достоверности	>0,05	<0,01	<0,05

В контрольной группе обследовано 58 больных, а в основной 54. В разработку включены больные у которых во все сроки исследования выполнена эхоморфометрия.

Анализ показателей эхоморфометрии операционной раны показал, что через сутки зона инфильтрации была равнозначной в обеих группах. На 3 сутки после операции зона инфильтрации увеличивается в обеих группах, но в основной группе она достоверно меньше в сравнении с контрольной. На 5-6 сутки зона инфильтрации в обеих группах продолжает уменьшаться, но более

выраженное уменьшение отмечено в основной группе, где в момент операции рана обрабатывалась озонированным раствором, а в послеоперационном периоде использовано инфракрасное облучение раны.

Однако, такая закономерность отмечена не у всех больных, особенно у пациентов контрольной группы. У 6 больных контрольной группы при динамическом наблюдении отмечено увеличение зоны инфильтрации на 5-6 сутки, что закончилось нагноением раны. Учитывая результаты эхоморфометрии в основной группе, то если зона инфильтрации оставалась на уровне трех суток – снимали 1-2 шва и накладывали полуспиртовую повязку и усиливали противовоспалительную терапию, а если зона инфильтрации на 5-6 сутки увеличивалась в сравнении с третьими сутками, то снимали один два шва, выполняли ревизию раны и продолжали противовоспалительную, антибиотикотерапии.

Наши наблюдения показали, что показатели эхоморфометрии раны являются более ранними признаками риска нагноения раны в сравнении с клиническими и их можно использовать в клинике.

Улучшение результатов оперативного лечения эхинококкоза печени можно добиться путем применения мер профилактики осложнений и использования эхоморфометрии для оценки течения раневого процесса.

Выводы

1. Назначение антибиотиков после эхинококкэктомии печени малоэффективно в профилактике воспалительных осложнений.
2. Обработка раны озонированными растворами, периоперационное внутривенное введение цефазолина или цефтриаксона в сочетании с инфракрасным лазерным облучением операционной раны позволяют снизить частоту осложнений в три раза (с 15,6% до 5,9%).
3. Эхоморфометрия раны является ценным показателем течения раневого процесса и может быть использована в абдоминальной хирургии.

Литература

1. Оморов, Р.А. Заболеваемость эхинококкозом в Кыргызской Республике [Текст] / Р.А. Оморов, Ж.Т. Конурбаева, Р.М. Баширов // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - 2008. - Том 14, приложение 2. - С. 40-42.
2. Калиева, Д.К. Эхинококкоз. Актуальные вопросы хирургического лечения [Текст] / Д.К. Калиева // Наука и здравоохранение. - Караганда, 2014. - №6. - С. 4-8.
3. Андон, Б. Послеоперационные осложнения печеночно-легочного эхинококкоза [Текст] / Б.Г. Андон, Л.Г. Андон, П. Бужор // Актуальные проблемы хирургической гепатологии. - Иркутск, 2012. - С. 34-35.
4. Курбонов, К.М. Особенности лечения острого калькулезного холецистита, осложненного перипузырным инфильтратом [Текст] / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, У.К. Муродов // Вестник хирургии Казахстана. - 2018. - №1, спец. выпуск 1. - С. 51-52.
5. Frider, B. Treatment of liver hydatidosis: How to treat an asymptomatic carrier? [Text] / B. Frider, E. Larrieu // World J. Gastroenterol. - 2010. - Vol. 16, №7. - P. 4123-4129.
6. Мусаев, А.И. Меры профилактики нагноения остаточной полости после эхинококкэктомии печени. Методические рекомендации [Текст] / А.И. Мусаев, Р.М. Баширов, М.Б. Усубалиев // Бишкек, 2004. – 13 с.
7. Вафин, А.З. Применение плазменных технологий в хирургии эхинококкоза печени [Текст] / А.З. Вафин, А.Н. Айдемиров // Вестник хирургии. - 2002. - №4. - С. 56-59.
8. Синило, С.Б. Лечение паразитарных кист печени [Текст] / С.Б. Синило, С.И. Третьяк, Н.Т. Ращинская // Материалы XXII международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. - Ташкент, 2015. - С. 132-133.
9. Алиев, М.Ж. Эффективность методов обеззараживания полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени: Автореф. дисс. … канд. мед. наук. 14.01.17. Бишкек, 2015. - 21с.

ОПЕРАЦИЯ УБАГЫНДАГЫ ЭХИНОКОККОЗ ДАРТЫНЫН КАЙТАЛАНМА ТҮРЛӨРҮНҮН АЛДЫН АЛУУ ЧАРАЛАРЫ

А.И. Мусаев, М.Ж. Алиев, Р.М. Баширов, Т.А. Калыбеков, К.А. Гапуров

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы, Комбустиология курсу менен жалпы практика хирургия кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Гапуров Калыс Абдибалиевич - кафедра хирурги общей практики с курсом комбустиологии. 2 год обучения

Корутунду: 173 бейтаптын эхинококк мите курттарын декасан аралашмасы менен зыянсыздандыруу боюнча жыйынтыктар көрсөтүлгөн. Анда декасан антисептигинин 4-5 мүнөттүк

экспозициясы жана фиброздук чел кабыкка куйуусу дагы бир жолу такталды. Бул көрсөтмө эхинококкоз дартынын кайталанма түрүнүн алдын алуу учун колдонулду. Операциядан кийинки байкоолордо кабылдоолор жана дарттын кайталанма түрү болгон жок.

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, зыянсыздандыруу, 0,02% декасан аралашмасы, дарттын кайталанма түрү

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

А.И. Мусаев, М.Ж. Алиев, Р.М. Баширов, Т.А. Калыбеков, К.А. Гапуров

Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты обеззараживания плодоносных элементов эхинококка содержимого кисты у 173 больных антисептиком декасан 0,02% с экспозицией 4-5 минут и введение препарата в фиброзную капсулу и перикапсулярную ткань печени при органосохраняющих операциях с целью профилактики рецидива болезни и нагноительно-воспалительных процессов остаточных полостей при осложненных формах эхинококкоза. В после операционном наблюдении осложнение и рецидива болезни не возникло.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, обеззараживание, декасан 0,02% раствор, рецидив.

INTRAOPERATIVE MEASURES FOR THE PREVENTION OF THE RECURRENCE OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

A.I. Musaev, M.Zh. Aliyev, R.M. Bashirov, T.A. Kalybekov, K.A. Gapurov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Department of General Practice Surgery with a course combostiology, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The results of decontamination of fertile elements of echinococcus cyst contents in 173 patients with antiseptic dexane 0.02% with an exposure of 4-5 minutes and the drug introduction into a fibrous capsule and pericapsular liver tissue during organ-sparing operations in order to prevent recurrence of the disease and inflammatory processes of residual cavities with complicated forms of echinococcosis. A complication and recurrence of the disease in the post-operative observation did not occur.

Key words: liver, echinococcosis, disinfection, dexane 0.02% solution, relapse.

Кириш сөз: Эхинококкоз дарты дүйнө жүзү боюнча кеңири таркалган илдет жана Кыргыз Республикасы да эндемиялык аймак болуп саналат, анткени мал чарбачылыгы боюнча өнүккөн өлкө болуп эсептелинет [1,2].

Мурунку 20-30 жыл аралыгы боюнча салыштырмалуу маалымат каражатарынын, окумуштуу - изилдөөчүлөрдүн булактарынын негизи боюнча акыркы 10-15 жылдын аралыгында эхинококкоз дарты Кыргызстанда 4-5 эсе көбөйүп кеткен. Азыркы мезгилде операция болгондордун саны жылына 1000 бейтапка чейин жетет, бул дарттын билинген белгилери менен гана кайрылгандары [3,4] жана Кыргыз Мамлекеттик санитардык-эпидемиялык көзөмөлдөө борборунун жылдык билдирмеси боюнча (2015), http: // old.kabar.kg / rus / health / full / 79881.

Мурун бейтаптар мал чарбачылыгы менен алектенген чарбакерлердин арасында эле байкалса, азыркы учурда шаар жашоочуларынын арасында да арбын кездеше баштады. Бул калктын социалдык - жашоо шарттары жана дарттын алдын алуу чараларынын жетишээрлик жолго койулбаган маселелери менен түшүндүрүлөт.

Эхинококкоз дарты жалпы организм мүчөлөрүн жабыркоого алып келет жана ар кандай жаш аралыгында кездешет, кээде майыптыкка, жада калса өлүмгө да алып келген учурлар кездешбей койбойт.

Эхинококкоз дартын дарылоодо көптөгөн операциялык сунуштар, ыкмалар жана алдын алуу чаралары колдонулуп келет, бирок операциядан кийинки эхинококкоздун кайталанма түрү ар кандай адабий булактардын маалыматы боюнча 10-38% га чейин жеткен көрсөткүчтөрү көп байкалат [5,6]. Бул өтө көп көрсөткүч болуп саналат.

Операция убагындагы колдонулган апаразитардык жана антипаразитардык ыкмалар операциянын натыйжаларын жогорулатат, бирок кайталанма түрлөрүн өрчүндөтпөй койууга толук бөгөт боло албайт [10].

Көптөгөн изилдөөчүлөрдүн ойлору боюнча эхинококкоз дартынын кайрадан пайда болуусуна эхинококк ыйлаакчасынын фиброздук чел кабыгы себеп дешет, анткени анын ички бетинде көптөгөн

эхинококк мите курттарынын түйүлдүктөрү, протосколекс моюнчаларынын атайын чыгаруучу түтүкчөлөрү жайгашкан, булар дарттын кайталанма түрлөрүнүн өөрчүшүнүн бирден-бир себеби [6,7]. Дарттын кайталанма түрлөрүнүн өөрчүшү жана көңдөйчөнүн ириңдөөсү боюнча хирургия илиминде фиброздук чел кабык азыркы күндө да чечилбеген талаш - тартыш суроо болуп келет [6,7,13]. Окумуштуулардын изилдөөлөрүнүн негизиндеги тыянактар боюнча бара - бара фиброздук чел кабык мите курттун түйүлдүктөрүнө жана ар кандай сезгенүүлөргө сиңиримдүү келет [8,9], ошондуктан көбүнчө операциядан кийинки өөрчүчү ар кандай кабылдоолорго алып келет.

Ошол себептен эхинококкоз дартын дарылоо – бул операция жолу менен гана деп саналат. Операциянын маңызы – ыйлаакчанын ичиндегилерди жууп тазалоо, аны мите куртка каршы зыянсыздандыруу жана андан калган көңдөйчөнү жойуу [11,12].

Биздин тажрыйбабызда эхинококк мите курттарын декасан антисептик аралашмасы менен зыянсыздандырып турдук, анткени ал мурун ириң сезгенүүлөрүн дарылоодо жана анын алдын алуу боюнча кеңири колдонулуп келген дарылардын бири болуп саналат.

Декасан антисептиги эхинококк мите курттарына каршы турууда өзүн эксперименталдык жана клиникалык изилдөө шарттарында көрсөтө алды жана дарттын кайталанма түрлөрүнүн алдын алууда да өзүнүн маанилүү жакшы сапаттарын көрсөттү [14]. Ошол себептен биздин ишибизде анын жогоруда көрсөткөн сапаттары боюнча ишибизди уланттык. Андан башка адабият булактары боюнча декасан 0,02% аралашмасы көп кырдуу сапаттагы антисептик болуп саналат [14,15,16,17].

Изилдөөнүн максаты: декасан антисептигинин эхинококк ыйлаакчасынын мите куртун жана фиброздук чел кабыктын айланасындагы мите курттарды зыянсыздандыруу боюнча бааланышы.

Куралдар жана изилдөөнүн ыкмалары

Биздин көзөмөлдө эхинококкоз дартына чалдыккан 173 бейтап болду, анын ичинен эркектер 99(57,2%), аялдар 74(42,8%) бейтапты түздү, жашы боюнча 16 дан 75 жашка чейин болду. Эхинококкоздун ириңдүү түрү 46(26,6%), ириң сымалдуу түрү 39(22,5%), фиброздук чел кабыктын таш сымал катып ириңдөөсү – 3(1,7%), кайталанма түрү – 18(10,4%), эхинококк ыйлаакчасынын өт түтүкчөлөрүн көздөй жайылуусу – 3(1,7%), эхинококк ыйлаакчасынын курсак көңдөйүнө жайылуусу – 4(2,4%) жана калгандары эхинококкоз дартынын жөнөкөй түрү 60(34,7%) бейтапты түздү.

Биз жумуштун башталышында белгилүү окумуштуу Б.А. Акматовдун [1] in vitro ыкмасы менен декасан антисептигинин мите курттарга канча убакыт аралыгында таасир тийгизерин байкадык. Анткени 1% эозин боек аралашмасы аркылуу боеп, микроскоптун жардамы менен караганда өлгөн мите курттар кара көк кир сымалдуу түсүн өзгөртөт, ал эми таасири тийбегендери өзгөрүүсүз калышат. Мурункудай эле мите курттарды зыянсыздандыргандан кийин, эхинококкоз дартынын татаалданган түрлөрүндө, өзгөчө хитин чел кабыгынын бүтүн эместигин аныктагандан кийин фиброздук чел кабыкка жана анын айланасына 5-10 мл көлөмдөгү декасан антисептигин жылуу түрүндө куйдук. Анткени бул ыкма көңдөйчөнүн ириңдеп кетишинен жана дарттын кайталанма түрлөрүнөн сактайт. Ыкма изилдөөчү А.И. Мусаев жана М.Ж. Алиев тарабынан эксперименталдык жана клиникалык тажрыйбада тастыкталган [18]. Ыйлаакчанын ичиндеги суюктуктар курсак көңдөйүнө, өт түтүкчөлөрүнө жайылып кеткен учурларда декасан 0,02% антисептиги менен 4-5 мүнөт аралыгында зыянсыздандырдык. Эхинококкэктомия операциясын жасап бүтөөрдө фиброздук чел кабыктын калган бөлүгүнө декасан антисептигин жылуу түрүндө 5-10 мл көлөмдө кошумча куйдук.

Жыйынтыктар жана аларды талкуулоо

Биздин клиникалык байкоолордун негизинде «in vitro», декасан 0,02% антисептиги эхинококк мите курттарынын түйүлдүктөрүн 5 мүнөт аралыгында зыянсыздандырып жок кыларына толук кандуу ишендик.

Эксперименталдык изилдөөнүн негизинде [14], биз эхинококкоз дартына чалдыккан 69 кайталанма түрлөрүнө тобокелчилиги бар бейтаптарга операция убагында фиброздук чел кабыгына жана анын айланасына кошумча декасан антисептигин жылуу түрүндө 5-10 мл көлөмүндө куйдук, бул чара дарттын кайталанма түрүнүн алдын алуу үчүн колдонулду. Бул бейтаптарды операциядан кийинки убактарда үй-бүлөлүк топтогу дарыгерлер менен чогуу жана диспансердик көзөмөлгө алдык. Алар өз убагында химиялык профилактикалык дарыларын алып турушту жана биздин көзөмөлдө 3 жылга чейин болушту. Белгиленген мерчемдер боюнча өз маалында изилдөөлөрдөн өтүп турушту, анализдеринде өзгөрүүлөр болгон жок. Бул бейтаптардын арасында эхинококкоз дартынын кайталанма түрүнүн өөрчүш белгилери байкалган жок.

Ошол себептен, биздин изилдөөлөр жана байкоолордун негизинде дагы бир жолу декасан антисептигинин эхинококк мите куртун зыянсыздандыруу боюнча клиникалык дарылоодо өз жолун

тапты жана антисептиктин терс таасирдүү эмес экендигин, аны колдонгондо боордун, бөйрөк тутумдарынын функционалдык иштешине зыян келтирбеши тастыкталды.

Жыйынтыктар:

1. 0,02% декасан антисептиги эхинококк мите куртуна каршы жогорку сапаттагы химиялык зат болуп эсептелинет.
2. Антисептик салыштырмалуу кыска убакыт аралыгында эхинококк мите куртуна таасирин тийгизе алат.
3. Декасан антисептигин клиникаларда эхинококк мите куртуна каршы жана дарттын кайталанма түрлөрүнүн алдын алуу учун колдонсо болот жана аны фиброздук чел кабыкка куйганда боорго терс таасирин тийгизбейт.

Адабият булактары:

1. Акматов, Б.А. Сборник научных трудов: Материалы научно-практической конференции [Текст] / Б.А. Акматов, М.Г. Кенжаев, А.М. Кенжаев // Современные методы диагностики эхинококкоза и меры профилактики его рецидива. В кн.: Проблемы эхинококкоза в Кыргызстане. Бишкек, 2002. – С. 8-11.
2. Бебезов, Х.С. Сборник научных трудов: Материалы научно-практической конференции [Текст] / Х.С. Бебезов, Д.Н. Нурманбетов, Ш.М. Чынгышпаев // Распространенность и хирургическое лечение эхинококкоза печени. В кн.: Проблемы эхинококкоза в Кыргызстане. Бишкек, 2002. - С. 22-27.
3. Оморов, Р.А. Заболеваемость эхинококкозом в Кыргызской Республике [Текст] / Р.А. Оморов, Ж.Т. Конурбаева, Р.М. Баширов // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2008. - №14, Прил. 2. – С. 40-42.
4. Тойгомбаева, В.С. Паразитарные болезни человека [Текст] / В.С. Тойгомбаева. Кыргызполиграфкомбинат. Бишкек, 2010. - 147 с.
5. Альперович, Б.И. Хирургические вмешательства при эхинококкозе и пути профилактики рецидива [Текст] / Б.И. Альперович, Н.В. Мерзликин, В.Н. Сало // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. - Т.10, №2. - С. 98-99.
6. Ахмедов, И.Г. Резидуальные фиброзные образования после эхинококкэктомии и их клиническое значение [Текст] / И.Г. Ахмедов, А.Г. Магомедов // Вестник хирургии. – 2006. - №1. – С. 27-33.
7. Кахаров, М.А. Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинкоккэктомии из печени [Текст] / М.А. Кахаров, В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский // Хирургия. - 2003. - №1. - С. 31-35.
8. Мамакеев, М.М. Результаты хирургического лечения паразитарных заболевании печени [Текст] / М.М. Мамакеев, А.А. Сопуев, Е.А. Тилеков // Вестник Хирургии Казахстана. – 2012. - №1. – С. 100-101.
9. Способы ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе перидиафрагмальной локализации [Текст] / А.И. Мусаев, М.С. Айтназаров, К.Е. Овчаренко и др. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2008. - №14. – С. 79-81.
10. Клиническая оценка применения принципов апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза [Текст] / А.З. Вафин, А.Н. Айдемиров, А.В. Попов, У.Ш. Хушвактов // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т.13, №3. – С. 10-13.
11. Альперович, Б.И. Хирургия печени [Текст] / Б.И. Альперович // М: ГЭОТАР-Медиа. - 2013. - 352 с.
12. Вишневский, В.А. Эхинококкоз печени. Хирургическое лечение [Текст] / В.А. Вишневский, Р.З. Ефанов, Р.З. Икрамов // Доказательная гастроэнтерология. – 2013. - №2. – С. 18-24.
13. Калиева, Д.К. Хирургическое лечение эхинококкоза [Текст] / Д.К. Калиева // Медицина-хирургия. – 2013. - №1. – С. 12-14
14. Алиев, М.Ж. Профилактика рецидива эхинококкоза [Текст] / М.Ж. Алиев, Б.Р. Жаналиев, Н.М. Мырзаканов // Известие вузов. Бишкек, 2014. - №8. – С. 70-73.
15. Ковальчук, В.П. Результати експериментального і клінічного дослідження еффективності антисептичного препарату декасану [Текст] / В.П. Ковальчук, М.І. Гуменюк, В.В. Бікміров // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2002. - №2. - С. 292-294.
16. Фомин, П.Д. Применение антисептика Декасан при нагноительных процессах в мягких тканях [Текст] / П.Д. Фомин, А.И. Лиссов, С.Н. Козлов // Ліки України. – 2006. - №11. – С. 74-75.
17. Фомин, П.Д. Применение антисептика декасана в неотложной абдоминальной хирургии [Текст] / П.Д. Фомин, А.И. Лиссов, С.Н. Козлов // Клінічна Хірургія. – 2009. Т.11, №12. – С. 98-100.
18. Мусаев А.И. Способ профилактики рецидива эхинококкоза печени. Патент на изобретение. Кыргызпатент. Бишкек, 2014. - №1692 / А.И. Мусаев, М.Ж. Алиев.

ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕВРОЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ АЛЬВЕОКОККОЗА

А.А. Абдиев, А.Э. Эркинбеков, М.С. Абдрасулова

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: цель – оценить результаты лечения плевролегочных осложнений после резекций печени по поводу альвеококкоза. Прооперировано 84 больных по поводу альвеококкоза печени:

радикальные операции выполнены у 58 и паллиативные – у 26. В послеоперационном периоде плевриты выявлены у 23 (27,3%). Летальных исходов не было.

Ключевые слова: альвеококкоз, резекция печени, осложнения, плеврит, лечение.

АЛЬВЕОКОККОЗГО БАЙЛАНЫШТУУ БООР РЕЗЕКЦИЯЛАРЫНАН КИЙИН ӨПКӨ-ПЛЕВРА ЖАГЫНАН ӨТҮШҮП КЕТҮҮЛӨРДҮ ДАРЫЛОО

А.А. Абдиев, А.Э. Эркинбеков, М.С. Абдрасулова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медицина академиясы,
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Корутунду: максат – альвеококкозго байланыштуу боор резекцияларынан кийинки өпкө-плевра жагынан өтүшүп кетүүлөрдү дарылоонун жыйынтыгын аныктоо. Боор альвеококкозу боюнча 84 бейтап операция болду: 58 не радикалдуу операция жана 26 сына паллиативдүү. Операциялардан кийинки мезгилде 23 (27,3%) бейтапта плеврит катталды. Өлүм болгон жок.

Ключевые слова: альвеококкоз, боор кесүү, өтүшүп кетүү, плеврит, дарылоо.

TREATMENT OF PLEUROPULMONARY COMPLICATIONS AFTER LIVER RESECTIONS FOR ALVEOLAR ECHINOCOCCOSIS

A.A. Abdiev, A.E. Erkinbekov, M.S. Abdrasulova
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbayeva,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: goal- is to evaluate the results of treatment of pleuropulmonary complications after liver resection for alveloar echinococcosis. 84 patients were operated with alveolar echinococcosis of liver: radical operations were performed in 58 and palliative in 26. In the postoperative period, pleuritis was detected in 23 (27.3%). There was no mortality.

Key words: alveolar echinococcosis, liver resection, complications, pleuritis, treatment.

При альвеококкозе основным методом лечения является оперативный. При этом выполняются радикальные операции, когда удаляется весь очаг поражения, и паллиативные при котором остаются пораженные участки, в основном, в области ворот печени, удаление которых невозможно [1,2]. Оба эти типа операций весьма травматичны, операция всегда сопровождается травмированием диафрагмы, в результате чего в воспалительный процесс в послеоперационном периоде вовлекается и плевральная полость проявлением скопления жидкости [3,5]. После операции на печени особое внимание должно быть уделено не только ультразвуковому контролю брюшной полости, но и плевральной. До появления УЗИ использовали рентгеноскопию или рентгенографию для выявления плевритов после операции и нередко плевральные пункции выполнялись при скоплении большого количества жидкости, при появлении легочной недостаточности либо нагноения. С появлением аппаратов УЗИ появилась возможность для ежедневного контроля за состоянием брюшной и плевральной полости, своевременно выполнить плевральную пункцию и предотвратить развитие эмпиемы плевры, которая существенно влияет на исход заболевания. Результаты лечения альвеококкоза печени зависят от своевременного выявления осложнений и их лечения.

Цель работы: представить результаты диагностики и лечения легочных осложнений после резекции печени, выполненной по поводу альвеококкоза.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 84 больных альвеококкозом печени, которым были выполнены радикальные операции (58 чел.) и условно-радикальные (26 чел.). Мужчин было 36 и женщин – 48, в возрасте от 19 до 62 лет, а давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 10 лет. Правая доля была поражена у 54, левая – у 30 больных. Плеврит осложнила течение послеоперационного периода у 23 (27,3%)

В обследовании поступивших помимо общеклинических методов исследования использовали динамическое УЗИ исследование, компьютерную томографию и определение функционального состояния печени и почек, а в диагностике легочных осложнений – УЗИ и рентгенография грудной клетки.

После предварительной предоперационной подготовки больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Им были выполнены следующие типы операций: правосторонняя гемигепатэктомия – у 52, левосторонняя – у 24, удаление трех сегментов печени – у 4, двух сегментов

– у 3 и резекция одного сегмента – у 1 больной. В основном резекции печени выполняли центральным способом а атипичные резекции печени выполняли по Т.Т. Тунгу [4] методом дигитоклазии. Необходимо отметить, что все операции были травматичны, сопровождались существенной кровопотерей, поэтому в момент операции и после нее стремились восполнить кровопотерю (переливание плазмы, эритроцитарной массы, кровозамещающих растворов и др.) и назначали противовоспалительную терапию (антибиотики). После операции состояние больных, как правило, было тяжелое, следили за гемодинамическими показателями и выполняли коррекцию нарушенных функций.

Особое внимание уделяли контролю за плевральной и брюшной полостью и чем тяжелее больной, тем чаще выполняли УЗИ. При появлении одышки, повышения температуры, повышения уровня количества лейкоцитов срочно выполняли УЗИ. При выявлении жидкости в плевральной полости выполняли плевральную пункцию под контролем УЗИ и после пункции обязательный контроль УЗИ для оценки полноты аспирации жидкости. Пункцию заканчивали введением ампициллина 1,0 на новокаине (0,5% - 10 мл) или цефазолина. С момента выявления выпота пересматривали противовоспалительную терапию, назначали не менее 2 антибиотиков, метронидазол по 100 мл 2 раза в сутки внутривенно, пересматривали объем инфузионной терапии.

Результаты и их обсуждение

Из 84 оперированных больных выпот в плевральной полости на 3-4 сутки обнаружен у 8 больных, на 5-6 сутки – еще у 11, а у 4 – на 9 сутки после операции.

Несмотря на тяжесть состояния мы ежедневно, иногда через день выполняли УЗИ и это оправдало себя, так как выпот в плевральной полости выявлялся в различные сроки, но в основном до 7 дней и лишь у 2 больных выпот обнаружен на 9 сутки. При выявлении жидкости в плевральной полости, независимо от ее количества, выполняли пункцию с аспирацией и после пункции вновь контроль УЗИ для оценки полноты удаления жидкости. Если состояние больного было тяжелое, пункцию выполняли в отделении реанимации, а если больные переведены в отделение, то в палате, но обязательно под контролем УЗИ. У шести больных оказалось достаточным двух пункций, после чего накопление жидкости прекратилось, еще у 5 больных пункция выполнена трижды, еще у 6 пункцию выполняли 4 раза.

У одной больной при УЗИ выявлено наличие жидкости в плевральной полости и в поддиафрагмальном пространстве справа. Произведена плевральная пункция, удалено 500 мл серозной жидкости, а затем под контролем УЗИ произведена пункция поддиафрагмального пространства и дренирование по Сельдингеру, удалено 700 мл серозно-геморрагической жидкости с примесью желчи. Поддиафрагмальное пространство обрабатывали озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, и осуществлялась активная аспирация. Состояние больного улучшалось, нормализовалась температура, уменьшалось количество отделяемого, а на 9 сутки выделения прекратились и дренаж из поддиафрагмального простанства удален. Плевральная пункция выполнена была еще дважды, а затем жидкость накапливаться прекратилась. В удовлетворительном состоянии выписана из стационара.

Несмотря на возникшие осложнения, своевременное выявление выпота в плевральной полости и поддиафрагмальном пространстве и его аспирация позволили добиться выздоровления.

Среднее пребывание больных альвеококкозом печени в стационаре без осложнений составило 9,3±0,91 койко-дней, а с возникшими плевритами – 13,15±1,74 койко-дней.

Таким образом, наши наблюдения показали, что после резекции печени, в связи с травматизацией диафрагмы во время операции, возникают часто плевриты, своевременная их диагностика и применение плевральных пункций позволяют предотвратить нагноение и добиться выздоровления.

Литература

1. Алиев, М.А. Опыт хирургического лечения альвеолярного эхинококкоза печени [Текст] / М.А. Алиев // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. - № 3. – С. 179-180.

2. Альперович, Б.И. Радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе печени [Текст] / Б.И. Альперович // Анналы хирургической гепатологии. – 1996. - № 1. – С. 24-29.

3. Благитко, Е.М. Ближайшие результаты оперативных вмешательств при паразитарных поражениях печени [Текст] / Е.М. Благитко, Г.Н. Толстых, С.Б. Добров // Вестник хирургии. – 1995. - № 4. – С. 106-107.

4. Тунг, Т.Т. Хирургия печени [Текст] / Т.Т. Тунг. – М.: Медицина, 1967. – 237 с.

5. Krafzen W. Ehinococcus multilocularis: localization and sonographic morphology; in Arch. Int. Hidatidosis [Text] / W. Krafzen, C. Henseler, R. Mason // XVIII Int. Cong. of Hydatidology. – 1997. – Vol. 32. – P. 188-190.

МЕТОД ГЕРМЕТИЧНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ Т-ОБРАЗНОЙ ТРУБКОЙ ПИЩЕВОДА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРВИЧНОМ МЕДИАСТЕНИТЕ

А.С. Бейшеналиев, А.Ж. Жумабаев, М.М. Марленова

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева (ректор – д.м.н. проф. Кудайбергенова И.О.) кафедра пропедевтической хирургии г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье приводятся анализ результатов оперативного лечения 56 больных с острым гнойным медиастинитом, причиной которого была повреждения пищевода инородными телами. Хирургическое лечение является основным и заключается в герметичном дренировании средостения трубками и исключение постоянного поступления в средостение инфицированной слюны или агрессивного желудочного содержимого.

Ключевые слова: медиастинит, пищевод, средостения, хирургия.

ОТКУР ИРИН МЕДИАСТЕНИТИНДЕ Т-ТУРУНДОГУ ТРУБКАСЫ МЕНЕН МООР ЫКМАСЫ МЕНЕН ДРЕНАЖДОО

А.С. Бейшеналиев, А.Ж. Жумабаев, М.М. Марленова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы (ректор – д.м.н. проф. Кудайбергенова И.О.) пропедхирургия кафедрасы. Бишкек ш. Кыргыз Республикасы.

Резюме: Кыскача маалымат: макалада курч сайдыруучуларды mediastinitis менен 56 бейтаптардын хирургиялык дарылоонун жыйынтыктарын талдоо, себеби тамак түтүгү менен тышкы иштер органдарына зыян келтирилген. Хирургия негизги дарылоо жана чапталган пробиркада жана чачты mediastinal өзгөчө кирген медиастенит же агрессивдүү ашказан мазмунун салып шилекей жуккан.

Негизги создор: медиастинит, кекиртек, средостения, хирургия

THE METHOD OF SEALED TREATMENT OF A T-SHAPED TUBE DISTURBING DURING ACUTE PURULENT PRIMARY MEDIA ASTIMATION

A.S. Beyshenaliev, A.Zh. Zhumabaev, M.M. Marlenova

Kyrgyz state medical academy named I.K. Akhunbaev
(rector – ph. D. professor Kudaybergenova I.O.)
general surgery dep Bishkek city, Kyrgyz Republic

Summary: The article analyzes the results of surgical treatment of 56 patients with acute purulent mediastinitis, the cause of which was damage to the esophagus by foreign bodies. Surgical treatment is essential and consists in the hermetic drainage of the mediastinum with the tubes and the exception of the permanent flow of infected saliva into the mediastinum or aggressive gastric contents.

Keywords: mediastinitis, esophagus, mediastinum, surgery.

Введение.

Одной из самых трудноразрешимых проблем современной хирургии во всех странах мира, вот уже на протяжении многих десятилетий, является лечение медиастинитов различной этиологии [1,3,10,12]. Сложность анатомического строения средостения, наличие значительного количества жировой клетчатки, способной к быстрому всасыванию продуктов распада и распространению инфекции по всему средостению, невозможность широкого вскрытия гнойных очагов и его особенности обусловливают высокую летальность, которая колеблется, по данным литературы от 46% до 76% [10,11].

Первичное гнойное поражение медиастинальной клетчатки предполагает экзогенное инфицирование. Наиболее частой причиной первичных гнойных медиастинитов (ГМ) являются перфорации пищевода, вызванном повреждением интубационной трубкой, во время бужирования, травмах, при этом тип оперативного вмешательства, вид хирургического доступа, комплектность терапии будут различными [2,10]. Если в прошлом травма пищевода, как этиологический фактор первичного медиастинита, прослеживалась у 35-40 % больных [8], то в настоящее время повреждения пищевода как причина медиастинита составляют от 67 до 84 % наблюдений [5,10]. Широкое распространение инструментальных исследований и манипуляций привели к тому, что они являются причиной травматического медиастинита у 60-80 % больных, у 20-38% больных причиной медиастинита являются повреждения инородными телами, у 0,5 – 3,2 % - колото- резанные и огнестрельные ранения груди. Еще 30-50 лет назад наиболее частой причиной возникновения медиастинита было повреждение пищевода металлическим эзофагоскопом. В настоящее время

инструментальные повреждения возникают при использовании фиброволоконных эндоскопов, эндотрахеальной трубки, желудочного зонда, пищеводных бужей, кардиодилататоров [7]. В связи с этим резко возрастает значимость выработки показаний к тому или иному виду оперативного вмешательства, и способов дренирования средостения и пищевода, что в значительной степени предопределяет успех лечения этой тяжелой категории больных [4,6,12].

Из всех возможных вариантов первичных медиастинитов наиболее сложным и дискутабельным вопросом остается проблема ликвидации источника при "классических" ГМ, обусловленных наличием дефекта стенки пищевода, а также выключение пищевода из акта пищеварения, которое преследует две основные задачи — обеспечение энтерального питания и предупреждение заброса в пищевод и далее в средостение содержимого выше- и нижерасположенных отделов кишечной трубки [7,9].

Возможно функциональное выключение пищевода, когда сохраняется возможность естественного пассажа, и анатомическое выключение, естественный пассаж не возможен. Функциональное выключение достигается либо посредством установки постоянного назогастрального зонда, либо оперативным путем — посредством наложения гастростомы или еюностомы. Анатомическое выключение может быть осуществлено наложением шейной эзофагостомы, либо прошиванием пищевода (естественно в сочетании с гастростомией), либо так называемым биполярным выключением [2,8].

Целью настоящего исследования является анализ результатов метода дренирования дефектов пищевода модифицированной Т – образной трубкой при остром гнойном первичном медиастините.

Материал и методы исследования.

Острый гнойный медиастинит редко встречающееся осложнение и многие хирурги в своей врачебной практике встречаются с ним очень редко. Мы изучили обращаемость больных с острым медиастинитом в зависимости от причины повреждения пищевода. В среднем за год поступало от 4 до 7 больных (Табл. 1).

Таблица 1

Частота повреждений пищевода

Причина повреждений пищевода	Всего больных	Частота повреждений пищевода, количество больных (%)
Хирургические вмешательства под эндотрахеальным наркозом	26890	4 (0,01%)
Бужирование пищевода по поводу ожоговой стриктуры пищевода (в торакальном отделении НГ МЗ КР)	20250	11 (0,05%)
Инородные тела пищевода	1890	14 (0,7%)
Ранения трахеи и пищевода	189	17 (8,9%)

За изучаемые 27 лет в Национальный госпиталь МЗ КР поступило с инородными телами 1890 человек, из них у 14 больных осложнился острым медиастинитом, что составило 0,7%. Под эндотрахеальным наркозом за изучаемый период прооперировано 26890 больных, из них повреждение пищевода во время интубации наблюдалось у 4(0,01%) больных. В среднем, в торакальном отделении НГ МЗ КР бужирование пищевода в год проводится от 700 до 900 сеансов. За 27 лет сделано около 20250 бужировании пищевода по поводу ожоговой стриктуры пищевода, из них у 11-ти больных имелось повреждение пищевода, что составляет – 0,05%. За изучаемый период с ранениями трахеи и пищевода поступило 189 больных, из них у 17-ти (8,9%) больных развился острый гнойный медиастинит.

Результаты и обсуждение.

Все больные подвергнуты различным оперативным вмешательствам (табл.2).

Всего было проведено 56 операций, из них 8 - шейных медиастинотомий (все больные с поражением в/3 пищевода). Лишь у одного больного одновременно была произведена правосторонняя торакотомия и наложение гастростомы по Кадеру. Этот больной преклонного возраста (старше 60 лет) оперированный, к тому же, довольно поздно (через более 72 часов от начала заболевания), умер во время операции от возникшего аррозивного кровотечения из нижней полой вены.

Двум больным с инородными телами пищевода в в/3 и с/3 его и задним медиастинитом были проведены: правосторонняя торакотомия, дренирование заднего средостения и плевральной полости справа, в связи с эмпиемой плевры, а также наложения гастростомы по Кадеру.

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств у больных с инородными телами

Вид операции		Количество	
		Абс.чис.	%%
Шейная медиастинотомия		27	48,2
Гастротомия		6	10,7
Торакотомия	Левосторонняя	4	7,1
	правосторонняя	8	14,3
Дренирование плевральной полости		9	16,1
Трахеостомия		2	3,6
Всего		56	100

На основании накопленного опыта нами разработаны показания к применению различных методов лечения перфорации пищевода и их осложнений. При наличии небольших дефектов стенки пищевода (не более 0,5см в диаметре), затекании контрастного вещества не более чем на 2 см от его стенки, отсутствии признаков нагноения в околопищеводной клетчатке шеи и средостения проводили консервативное лечение: исключение питания через рот, энтеральное зондовое питание, инфузионная и антибактериальная терапия.

Показаниями к хирургическому лечению были: ранения пищевода, инструментальные, гидравлические, спонтанные его разрывы с образованием дефекта стенки пищевода более 0,5см и ложного хода в средостении более 2 см длиной, повреждением медиастинальной плевры, трахеи, сосудов шеи и средостения, развитием гнойных осложнений, помимо этого, показанием являлось неэффективность консервативной терапии.

Задачами хирургического лечения перфорации пищевода являются вскрытие и дренирование зон повреждений, вмешательство на поврежденном пищеводе, обеспечение энтерального питания и выключение пищевода.

При больших дефектах пищевода различной локализации до 2000 года мы ушивали обычными узловыми швами, а иногда, при установлении этого диагноза, обходились наложением лишь гастростомы по Кадеру и дренированием плевральной полости. В случаях оперативного ушивания дефекта пищевода возникала несостоятельность линии швов, что давало толчок прогрессированию гнойного процесса в средостении и неизбежно вело к летальному исходу.

В ходе оперативных вмешательств нами были предложены некоторые видоизменения способа ушивания дефекта и дренирования пищевода при больших дефектах пищевода. Для этого нами предложена модифицированная Т- образная трубка различных диаметров, которая применена у 7-ми больных. Диаметр трубок был от 0,5 до 2,0см. (Рис.1,2). При дренировании пищевода Т-образной трубкой применение различных диаметров трубок зависело от величины дефекта пищевода, как в продольном так и поперечном ее величин. Модификация нашей Т-образной трубки заключается в том, что обычной Т-образной трубке горизонтальное колено иссекается по наружной окружности, а внутренняя окружность фиксируется двумя или тремя швами к стенке пищевода выше и ниже дефекта (Рис.3). Таким образом мы достигаем закрытия дефекта пищевода, формируем пищеводно-плевральный или пищеводно – шейный свищ.

В литературе описаны единичные случаи применения Т-образной трубки с выведением под 90* дренирование пищевода. O.A. Abbott et. al., M.W. Harrison et. al. и ряд других хирургов при операциях в сроки более 36 часов после перфорации выполняли иссечение некротизированных участков стенки пищевода и устанавливали через место перфорации Т-образный дренаж, который выводился через плевральную полость, и накладывали гастростому. Недостатком такого метода дренирования являлась малая вероятность самостоятельного закрытия пищеводно-плеврального свища. В последующем, это требовало реконструктивных операций.

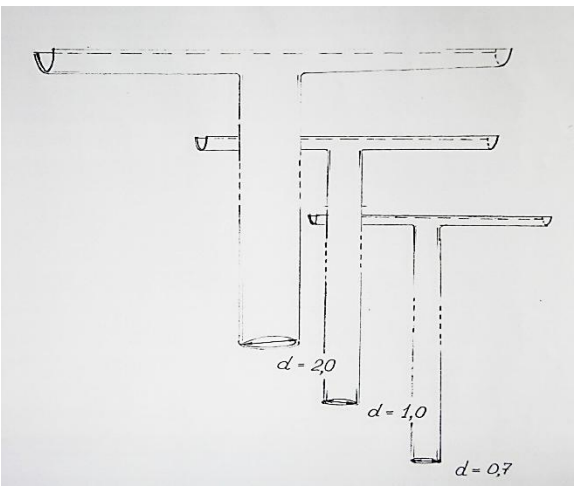


Рис. 1. Модифицированная Т-образная трубка.

Рис. 2. Модифицированная Т-образная трубка.

Во избежание этих недостатков дренирования пищевода нами предложен способ дренирования при больших дефектах пищевода и ушивания дефекта. Сущность этой методики заключается в следующем:

По нашей методике мы вставляем модифицированную Т-образную трубку в просвет пищевода и трубку направляем вверх под углом 45 градусов по отношению к пищеводу и выводим через межреберный промежуток вне торакотомной раны или же через шейную рану. Длинный, узкий и направленный вверх дренирующий канал, способствует оттоку содержимого слизи, слюны и желудочного содержимого из просвета пищевода, способствует формированию пищеводно-плеврального свища или пищеводно-шейного свища, которые после удаления Т-образной трубки самостоятельно затягиваются. (Заявка на изобретение) (Рис.4).

Сроки удаления Т-образной трубки решаем индивидуально для каждого больного. Они составляли от 28-ми дней до 6,5 месяцев. Показанием для удаления Т-образной трубки являлось отсутствие затека или попадание контрастного вещества вне пищевода.

При больших дефектах нижне-грудного отдела пищевода мы применяли наш способ дренирования и ушивания дефекта пищевода. Суть которого заключается в следующем.

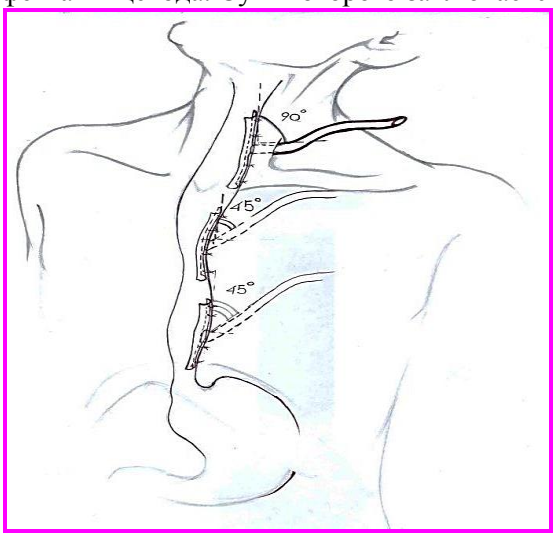


Рис. 3. Наш способ ушивания дефекта и дренирования.

Производится левосторонняя торакотомия в 6-7-м межреберье, медиастинотомия. При обнаружении дефекта в нижнее-грудном отделе пищевода производим дренирование просвета пищевода модифицированной Т-образной трубкой диаметром 2 см, дистальный конец трубки длиною 3-4см выпадает в желудок, а проксимальный конец фиксирован в пищевод узловыми швами. Ниже трубки тоже наложены два шва на стенку пищевода. Т-образная трубка выведена через межреберный промежуток под углом 45* в 4-м межреберье по передней оксилярной линии.

Непременным условием успешности лечения травматического медиастинита при повреждении пищевода является выключение его из пассажа пищевых масс, жидкости и слюны. Следует подчеркнуть, что выраженные метаболические нарушения при этом наступают намного быстрее, чем

при обычном голодании, т.е. ситуации, когда прекращается естественное поступление питательных веществ, но организм продолжает получать воду и нет потерь слюны.

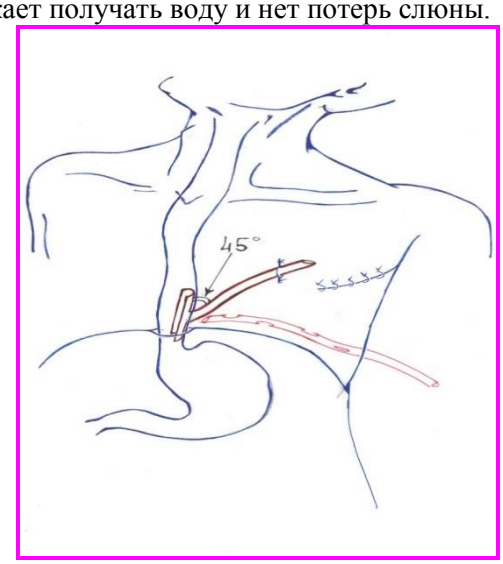


Рис. 4. Модифицированный способ дренирования нижнее-грудного отдела пищевода.

Несмотря на проводимое лечение, в этой группе наших больных погибли 13 человек, что составляет 23,2%. Основной причиной смерти у большинства больных явилось позднее оперативное вмешательство, более чем 72 часа от начала заболевания.

В то же время, даже по истечении 3-х суток после начала заболевания и госпитализации больного в специализированное отделение, при относительно адекватном проведении противоспалительного лечения, среди данной категории больных возможен благоприятный исход заболевания.

Фактор времени является одним из основных определяющих успешного лечения острых медиастинитов. Не меньшее значение имеют характер воспалительного процесса (его стадия) и локализация. Наиболее доброкачественно протекают острые медиастиниты переднего средостения, тяжелее – задние медиастиниты. Большое значение имеет также, тактика комплексного лечения заболевания, а именно – выбор метода оперативного вмешательства. Кроме того, у больных с гнойным медиастинитом, вызванном перфорацией пищевода, важной задачей хирургического вмешательства является исключение постоянного поступления в средостение инфицированной слюны или агрессивного желудочного содержимого.

Выводы:

1. При остром гнойном медиастените, вызванной перфорацией пищевода, **х**ирургическое лечение является основным и заключается в герметичном дренировании средостения трубками с последующим длительным промыванием полости раствором антисептики и аспирацией.
2. Выбором операции при перфорации пищевода является ушивание Т-образной трубкой, применение которой позволяет избежать второго этапа хирургического лечения для создания герметичности или непрерывности пищевода.

Список литературы

1. Благитко Е.М., Чикинев Ю.В., Клинико-рентгенологическая характеристика больных при инструментальной перфорации пищевода после бужирования пищевода / Е.М. Благитко, Ю.В. Чикинев, // Сибирский консилиум.- 2005.- № 6.- С. 42-44.
2. Бобров В.М., Лысенко В.А., Шушков П.В., Повреждения пищевода, вызванные инородными телами или инструментами/ В.М. Бобров, В.А. Лысенко, П.В.Шушков // Вестник оториноларингологии.- 2005.- № 2.- С. 55-57.
3. Карандашов В.И., Шейнберг В.М., Абакумов М.М. Особенности клиники и лечения одонтогенных гнойных медиастинитов/ В.И. Карандашов, В.М. Шейнберг, М.М. Абакумов // Стоматология. – 1996.- № 1.- С. 45-46.
4. Колкин Я.Г., Вечерко В.Н., Паниотов А.П. Лечение медиастинита/ Я.Г. Колкин, В.Н. Вечерко, А.П. Паниотов // Хирургия.- 2003.- № 3.- С. 44-46.
5. Коробейников А.С. Тактика ведения больных при гнойных медиастинитах/ А.С. Коробейников // Авиценна-2006: Материалы ежегодной конкурс-конференции студентов и молодых ученых.- Новосибирск, 2006.- С. 556-557.
6. Коровин А.Я. Тактика лечения генерализованной инфекции при гнойном медиастините/ А.Я. Коровин // Материалы 3 конгресса ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова.- М., 2007.- С. 123-124.

7. Маданбеков Н.К. Оптимизация диагностики и лечения больных острым медиастинитом: дис. на соиск. уч. степен. канд. мед. наук:14.00.17/ Н.К. Маданбеков - Новосибирск, 2006.- 23 с.

8. Мустафин Д.Г., Проскурин А.И., Харитонов Д.А. Осложнения, вызванные инородными телами пищевода/ Д.Г. Мустафин, А.И. Проскурин, Д.А. Харитонов // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.- 2006.- № 2.- С. 44-47.

МЕТОД РАННЕГО ЗАКРЫТИЯ ГНОЙНЫХ РАН

А.С. Бейшеналиев, А.Дж. Мамышов, А.Ж. Жумабаев, Н.Б. Джакупов

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева (ректор – д.м.н. проф. Кудайбергенова И.О.) кафедра пропедевтической хирургии. г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье проанализированы результаты оперативного лечения 106 больных с хроническим остеомиелитам длинных трубчатых костей. Усовершенствованный метод остеоперфорации оказался более эффективным по сравнению с традиционными методами лечения, который позволил сократить средние сроки лечения в 2,5 раза.

Ключевые слова: остеомиелит, остеоперфорация, хирургия.

ЖАРААТЫН ЭРТЕ ЖАБЫЛЫШЫНЫН ЫКМАСЫ

А.С. Бейшеналиев, А.Дж. Мамышов, А.Ж. Жумабаев, Н.Б. Джакупов

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы(ректор – д.м.н. проф. Кудайбергенова И.О.) пропедхирургия кафедрасы. Бишкек ш. Кыргыз Республикасы.

Корутунду: 106-бейтаптын узун сөөктөрдүн өнөкөт остеомиелитин менен ооруган бейтаптардын хирургиялык дарылоо жыйынтыгын талдоо. Орточо дарылоо мезгилде 2,5 эсеге кыскарган дарылоонун салттуу ыкмалар менен салыштырганда бир кыйла жакшыртылган ыкма osteoperforation натыйжалуу болду.

Негизги создор: остеомиелит, остеоперфорация, хирургия

METHOD OF EARLY CLOSING FESTERING WOUNDS

A.S. Beyshenaliev, A.Dzh. Mamyshov, A.Zh. Zhumabaev, N.B. Dzhakupov

Kyrgyz state medical academy named I.K. Ahunbaev (rector – ph. D. professor Kudaybergenova I.O.) general surgery dep. Bishkek city, Kyrgyz Republic

Summary: The article analyzes the results of surgical treatment of 106 patients with chronic osteomyelitis of long bones, in which concomitant diseases is diabetes. An improved method osteoperforation in patients with diabetes was more effective than conventional treatments, which allowed to reduce average duration of treatment of 2.5 times.

Keywords: osteomyelitis, osteoperforation, surgery.

Введение: Проблема лечения хронического остеомиелита на сегодняшний день далека от своего решения. Хроническим остеомиелитом чаще всего болеют сравнительно молодые люди в трудоспособном возрасте, проблема реабилитации этих больных является весьма актуальной [1,2,3,6,7].

Сахарный диабет является одной из актуальных проблем здравоохранения [4,5].

Развивающиеся на фоне сахарного диабета очаги остеомиелита часто существуют длительно, имеют склонность к прогрессированию и возникновению новых очагов.

В настоящее время проблема лечения хронического гематогенного остеомиелита у лиц, страдающих сахарным диабетом, остается сложной и актуальной [4,5].

Целью настоящего исследования является анализ результатов лечения больных хроническим остеомиелитом осложненный параоссальными флегмонами у больных сахарным диабетом применением данной методики.

Материал и методы исследования: С 2008 по 2015 годы в отделении гнойной хирургии клиники им. И. К. Ахунбаева НГ МЗ КР прооперировано 106 больных с хроническими остеомиелитами длинных трубчатых костей, у которых сопутствующим заболеванием являлся сахарный диабет.

При поступлении больным проводились общеклинические исследования (общий анализ крови, мочи, биохимические показатели крови) и специальные методы обследования: рентгенография длинных трубчатых костей, фистулография в двух проекциях, при необходимости - рентген томографии костей, кроме того, обязательное микробиологическое исследование отделяемого из

свищей. С помощью рентгенологического исследования выявили наличие в костной ткани репаративных процессов в виде периостальной реакции, проявляющейся утолщением и отслойкой надкостницы, изменение конфигурации и диаметра пораженных костей, деструктивных изменений, а также наличие секвестров в остеомиелитической полости.

Результаты и обсуждение: Все больные были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли 34 (48,6%) больных, которым были произведены хирургические вмешательства с использованием оригинальной методики – остеоперфорации с расширенной санацией и дренированием гнойного очага с последующим лаважом костномозгового канала и с применением метода раннего закрытия гнойных ран с помощью металлических крюков и петель.

Метод раннего закрытия гнойных ран с помощью металлических крючков и петель.

У больных с флегмоной нижней конечности под местной анестезией Sol. Novokaini 0,5%-50-60 мл производится кожный разрез над очагом гноя. Рана санируется раствором перекисью водорода и фурацилином, иссекаются некротические ткани в пределах здоровой. В последующем применяется наша методика раннего закрытия гнойных ран с помощью металлических крючков и петель.

Суть данного метода заключается в динамическом контроле и оптимальном лечении гнойной раны с возможностью многократного открытия и закрытия ее, предотвращении повторного нагноения и распространения инфекции после закрытия раны. Поставленная цель достигается тем, что первоначально из танталовой проволоки (для предотвращения коррозии) изготавливаются элементы в виде крючков и петель, затем после широкого вскрытия гнойного очага и максимально возможного удаления гнойно-некротических масс по краям раны фиксируют крючки и петли шелковыми нитями, после антисептической обработки рана наглухо закрывается. При появлении признаков прогрессирования воспаления и появления гнойного отделяемого рана раскрывается, промывается растворами-антисептиками и закрывается вновь.

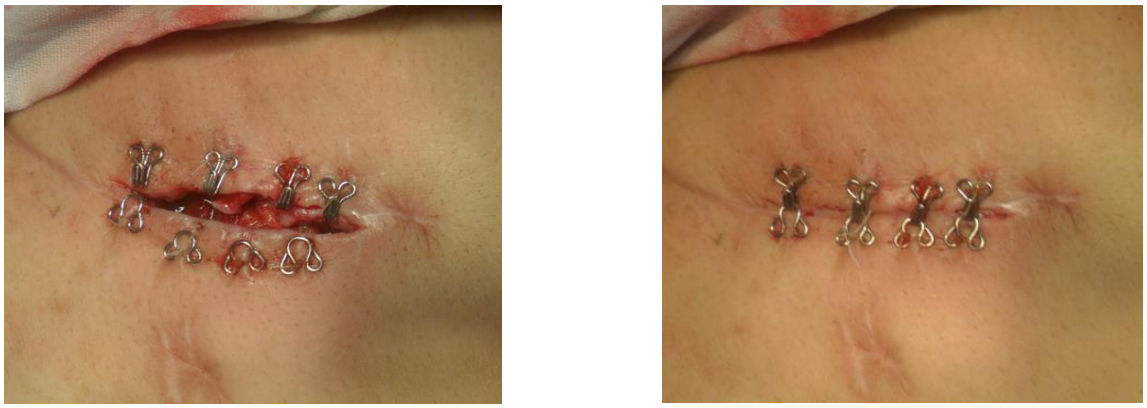


Рис. Метод раннего закрытия раны с помощью крючков и петель/

При данном методе не исключается возможность комбинирования открытого и закрытого методов ведения раны, которые способствуют оптимизации заживления раны и позволяют закрыть рану в более кратчайшие сроки, а возможность многократного раскрытия и закрытия раны предотвращает послеоперационное нагноение раны и распространение инфекции.

В контрольную группу вошли 36 (51,4%) больных, которые были оперированы по традиционной методике.

Для оценки эффективности лечения ХО с использованием различных способов местной терапии применялись следующие клинические критерии: сроки купирования воспалительных проявлений (отек, гиперемия, болезненность и инфильтрация стенок, очищение от некротических тканей, появление грануляций), нормализация температуры тела, развитие краевой эпителизации, сроки лечения.

В процессе лечения, перечисленные симптомы интоксикации быстрее купировались у больных, в лечении которых применяли остеоперфорации с расширенной санацией и дренированием гнойного очага с последующим лаважом костномозгового канала по нашей методике (таблица 1).

Таблица 1 - Сроки исчезновения отека и инфильтрации мягких тканей и нормализации температуры тела при различных методах лечения в сутках

Исследуемые группы	Средние сроки нормализации (M ± m), p	
	температуры тела	купирование отека
Контрольная	9,14 ± 1,00	16,66 ± 1,32
Основная	3,52 ± 0,24 p< 0,01	5,48 ± 0,25 p< 0,01

Из представленных в таблице данных видно, что в основной группе уже к концу третьих суток после начала лечения у подавляющего большинства больных нормализовалась температура тела, улучшалось общее состояние, к шестым суткам уменьшалась местная воспалительная реакция отек, гиперемия. Это происходило в 3 раза быстрее, чем в контрольной группе.

Средние сроки пребывания больных основной группы в стационаре составили 9,2 ± 0,42 дня, что на 14,7±1,0 суток меньше, чем в контрольной группе (таблица 2).

Таблица 2 - Динамика раневого процесса и сроки пребывания в стационаре в зависимости от проводимого лечения

Исследуемые группы больных	Средние сроки (M ± m) в сутках			
	очищения ран	появления грануляций	начала эпителизации	Койко-день
Контрольная	13,38 ± 1,24	18,5 ± 1,23	21,86 ± 1,25	23,92 ± 1,45
Основная	4,54 ± 0,21 p< 0,01	6,86 ± 0,25 p< 0,01	9,26 ± 0,35 p< 0,01	9,22 ± 0,42 p< 0,01

Информативным показателем проявления эндотоксикоза и динамики раневого процесса является лейкоцитарный индекс интоксикации. Из представленных данных видно, что лейкоцитарный индекс интоксикации нормализовался в основной группе в среднем уже к 6 суткам (6,42 ±0,43) (таблица 3).

Таблица 3 - Сроки нормализации лейкоцитов периферической крови и ЛИИ у больных сахарным диабетом с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей при различных способах лечения

Исследуемые группы больных	Число наблюдений	Средние сроки нормализации в сутках	
		Лейкоцитов крови	ЛИИ
Контрольная	60	11,52 ± 1,17	18,32 ± 1,3
Основная	51	4,06 ±0,41 p<0,01	6,42 ±0,43 p<0,01

Одним из критериев для оценки эффективности предложенных методов лечения является результат бактериологического исследования.

У обследованных больных в 71 % случаев выявлен только один возбудитель, в 13,6 % - ассоциации микроорганизмов, в 15,4 % роста не было. Грамположительная флора (52,7%) доминировала над граммотрицательной (18%). В процессе лечения, в контрольной группе отмечено вторичное инфицирование грамотрицательной флорой 2%. В основной группе вторичного инфицирования не наблюдалось.

ВЫВОДЫ:

1. Метод закрытия ран металлическими крючками и петель при наличии осложнений в виде межмышечной флегмоны, абсцессов способствует более раннему закрытию ран без наложения вторичных швов.

2. Усовершенствованный метод остеоперфорации с применением данной методикиу больных сахарным диабетом оказался более эффективным по сравнению с традиционными методами лечения, который позволил сократить средние сроки лечения в 2,5 раза.

3. Количественное исследование бактериальной загрязненности полости показало, что применение нашей методики позволило снизить исходную микробную нагрузку уже на третьи сутки.

Литература

1. Амирасланов, Ю.А. Хирургическое лечение хронического остеомиелита длинных костей / Ю.А. Амирасланов // Хирургия. - 2001. - № 8. - С. 30.

2. Борисов И.В. Антибактериальная терапия при остеомиелите/ И.В. Борисов // Антибиотики и химиотерапия. - 2003. – Т. 48, № 9. - С. 37-40.

3. Дьячкова Г.В. Компьютерно-томографическая семиотика костной деструкции при хроническом остеомиелите, развившемся после гематогенного остеомиелита/ Г.В. Дьячкова // Медицинская визуализация. - 2008. - № 5. - С. 104-110.

4. Коваль А.Н. Гематогенный остеомиелит длинных трубчатых костей у лиц молодого возраста/ А.Н. Коваль // Вестник хирургии. - 2008.- Т. 167, № 5. - С. 114-118.

5. Agaja S.B. Chronic osteomyelitis in Ilorin, Nigeria/ S.B. Agaja // S. Afr. J. Surg. - 2008. - Vol. 46, N. 4. - P. 116-118.

6. Beslekoev U.S. Restoration of limb long bone defects after gunshot osteomyelitis/ U.S. Beslekoev // Voen. Med. Zh. - 2005. - Vol. 326, N. 6. - P. 19-21.

7. Bevin C.R. Surgical management of primary chronic osteomyelitis: a long-term retrospective analysis/ C.R. Bevin // J. Oral. Maxillofac. Surg. - 2008. - Vol. 66

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНАЭРОБНОЙ НЕКЛОДИСТРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕПСИСОМ

М.М. Мамакеев[1], К.С. Сыдыгалиев[2], А.М. Калжикеев[1], А.Т. Тойгонбаев[2], Б.А. Эраалиев[1], А.К. Мамбетов[2], М.М. Бигишиев[1], Р. Гайфулин[2]

[1] Национальный хирургический центр МЗ КР

[2] Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в данной статье представлено клиническое наблюдение и опыт лечения анаэробной неклодистриальной инфекции, осложненной сепсисом.

Ключевые слова: сепсис, неклостридиальная анаэробная флегмона, инфекция, целлюлит, фасциит, миозит, лечение гнойных ран.

АНАЭРОБТУК КЛОСТРИДИАЛДЫК ЭМЕС ФЛЕГМОНАНЫН СЕПСИСКЕ ОТУШУ ЖАНА АНЫН КЛИНИКАЛЫК ЖУРУШУНУН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООСУНУН ТЫЯНАГЫ.

М.М. Мамакеев[1], К.С. Сыдыгалиев[2], А.М. Калжикеев[1], А.Т. Тойгонбаев[2], Б.А. Эраалиев[1], А.К. Мамбетов[2], М.М. Бигишиев[1], Р. Гайфулин [2]

[1] Улуттук хирургия борбору МЗ КР

[2] И.К. Ахунбаева атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: бул макалада клостридиалдык эмес флегмонанын сепсиске отушу, жаны анын клиникалык журушу, ошондой эле ийгиликтуу хирургиялык дарылоосу баяндалды.

Негизги создор: сепсис, анаэробтук клостридиалдык эмес флегмона, инфекция, целлюлит, фасциит, миозит, ирин жарасын дарылоо

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH NON-CLOSTRIDIAL ANAEROBIC INFECTION COMPLICATED BY SEPSIS

M.M. Mamakeev[1], K.S. Sydygaliev[2], A.M. Kaljikeev[1], A.T. Toigonbaev[2], B.A. Eraaliev[1], A.K. Mambetov[2], M.M. Bigishiyev[1], R. Gayfulin [2].

[1] National Surgical Center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic

[2] I.K. Akhunbaeva Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, The Kyrgyz Republic

Summary: this article presents the clinical observation and experience of treatment of anaerobic non-clostridial infection complicated by sepsis.

Keywords: sepsis, non-clostridial anaerobic phlegmon, infection, cellulitis, fasciitis, myositis, treatment of purulent wounds.

Гнойное воспаление мягких тканей, инфекционные осложнения ран и сепсис на протяжении многих веков является тяжелой проблемой в хирургии. До открытия и внедрения асептики и антисептики гнойные заболевания уносили от 25% до 75% жизней больных после попадания инфекции в организм. В настоящее время сепсис остаётся медицинской, демографической и экономической проблемой человечества, не смотря на огромные достижения современной фундаментальной и клинической медицины.

Данные по распространенности сепсиса варьируют в разных странах: в США – 300 случаев на 100 тысяч населения, во Франции 50 случаев на 100 тысяч населения, в Австралии 77 случаев на 100 тысяч населения [1].

В последнее время особенно заметно увеличение числа больных сепсисом в стационаре. Также отмечается увеличение пожилой возрастной группы [9].

В последние годы понятие «анаэробная неклостридиальная инфекция» прочно вошло в хирургическую терминологию [3].

Сепсис является очень сложной патологией, потому что он имеет различные клинические и физиопатологические симптомы, связи, с чем трудно поддается лечению [10].

Анаэробная раневая инфекция в современной хирургии остается одним из наиболее грозных и опасных для жизни осложнений. Летальность при развитии раневой анаэробной инфекции остается по прежнему на высоком уровне и составляет около 14-80% [2,6,7,8,9].

Анаэробную неклостридиальную инфекцию чаще всего вызывают облигатные анаэробы, развивающиеся и оказывающее свое патогенное действие в условиях аноксии или при низких концентрациях кислорода [6,10]. В настоящее время большое значение придается неклодистриальным формам анаэробных микроорганизмов, которые составляют около 88-95% наблюдений участвуют в развитии острого инфекционного процесса [6,11].

В основном патогенные микроорганизмы проникают в организм человека при травмах, различных хирургических манипуляций, эндоскопии, пункции и распаде опухоли [12].

При развитии инфекционных раневых процессов анаэробы выявляются 92-98% в ассоциации с аэробными микроорганизмами (streptococcus, Staphylococcus и др.), проявляющими выраженную патогенность и усугубляющими тяжесть течения заболевания [13].

Цель: изучить результаты хирургического лечения больных с анаэробной неклостридиальной инфекции, осложненной сепсисом.

Материалы и методы.

За 2014-2018 гг. в гнойном отделении Национального хирургического центра МЗ КР находились на лечении 17 больных с анаэробной неклодистриальной инфекцией. Средний возраст пациентов составил 41±2,4 лет (от 22 до 67 лет). Из них мужчин было 12, а женщин 5. Большинство больных поступило или были переведены в Национальный хирургический центр на 3-4 сутки от начала заболевания.

Таблица 1

Неклостридиальная анаэробная флегмона

Локализация	**Количество**
Левая верхняя конечность	3
Правая верхняя конечность	5
Правая нижняя конечность	1
Анаэробная флегмона верхней конечности с переходом на грудную клетку и боковую область живота	4
Острый парапроктит осложненный анаэробной неклостридиальной флегмоной с гангреной мошонки и с переходом на переднюю брюшную стенку	2
Острый парапроктит осложненный анаэробной неклостридиальной флегмоной с переходом в забрюшинную клетчатку	2

Как видно в таблицы 1 у 8-ми больных из 17-ти анаэробная неклостридиальная инфекция локализуется на верхних конечностях с последующим переходом на грудную клетку по анатомическим футлярам. В последнее время растет частота встречаемости анаэробной неклостридиальной инфекции особенно в жаркое летнее время (7 случаев).

Таблица 2

Причины осложненный анаэробной неклостридиальной инфекции

Этиология	**Количество**
Инфицированная рана верхней конечности с анаэробной флегмоной	12
Инфицированная рана нижней конечности с анаэробной флегмоной	1
Острый парапроктит осложненный анаэробной флегмоной	4

Патологический процесс характеризуется высокой скоростью прогрессирования гнойно-некротического процесса, распространяющегося на обширные площади мягких тканей. Входными воротами для анаэробной инфекции явились инфицированные раны (у 13-ти пациентов) и острый парапроктит (у 4-х пациентов) таблица 2.

Таблица 3

Сопутствующие патологии у больных с анаэробной инфекций

Сопутствующая патология	**Количество**
Сахарный диабет	2
Цирроз печени, асцит	1
Лейкоз крови	1

Как видно в таблице 3 в ходе обследования у больных с анаэробной неклодистриальной инфекцией были выявлены сопутствующие патологии, которые усугубляли тяжесть их состояния.

Лабораторные данные проводились по общей методике в клинике:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Биохимический анализ крови

Кровь на стерильность и бактериологический посев проводились в лаборатории Бишкекского научно исследовательского центра травматологии и ортопедии. С 2016 года для диагностики сепсиса в НХЦ определяется прокальцитонин – биохимический маркер, с целью ранней диагностики, мониторинга и тяжести течения бактериальной инфекции, сепсиса и оценки синдрома системной воспалительной реакции. Было доказано, что прокальцитонин является единственным лабораторным параметром, имеющий существенное значение для клинической диагностики сепсиса. У всех больных диагностировали анаэробную неклодистриальную инфекцию, осложненную ползучей флегмоной, сепсисом, синдромом полиорганной недостаточности, а у 6-ти пациентов септический шок.

Результаты и их обсуждение.

В большинстве случаев больные поступали с жалобами на наличие инфицированной раны (12 пациентов), а также с наличием болезненного уплотнения в области поражения верхней конечности, была диагностирована ползучая флегмона с переходом на грудную клетку. У 4-х больных с инфицированной раной промежности и острым осложненным парапроктитом, обнаружена ползучая флегмона с некрозом мошонки - (болезнь Фурнье), у 2 пациентов с переходом в ягодичную область. У 1-го пациента была инфицированная рана промежности, осложненная ползучей флегмоной с переходом на переднюю брюшную стенку, распространяющуюся до эпигастральной и подрёберной области по анатомическим футлярам. В другом случае у 1-го пациента осложненный пельвиоректальный парапроктит по футлярам и каналам распространился на левую поясничную область вплоть до паранефральной клетчатки с некрозом всех слоев передне-боковой стенки живота с некрозом брюшины.

Состояние больных усугублялось интоксикационным синдромом. В общем анализе крови выявлен высокий лейкоцитоз, в среднем $22{,}4 \times 10^9$/л ± 4,0 и палочкоядерный сдвиг до 65% и повышение показателей прокальцитонина. Большинство пациентов поступили в клинику в летний жаркий период 10 больных с инфицированной раной, двое после расчеса, а также 2 случая после укуса насекомого (комар).

Все больные нуждались в предоперационной подготовке, которая заключалась во введении антибиотиков широкого спектра действия, инфузии кристаллоидов, электролитов, белковых препаратов, стимуляции диуреза.

После установки диагноза анаэробной инфекции все больные оперированы в экстренном порядке.

По данным общего анализа крови и биохимических показателей, были выявлены низкие показатели эритроцитов, гемоглобина, а также резкое снижение общего белка крови, полученные данные характерны для анаэробной неклостридиальной инфекции.

Принцип оперативного вмешательства заключался в хирургической обработке раны с иссечением всех нежизнеспособных тканей, учитывая пути распространения гнойников и инфекции по клетчаточным пространствам и каналам. Во время операции проводились широкие лампасные разрезы кожи с множественными контрапертурами, с полным удалением пораженных патологически измененных тканей подкожной клетчатки, фасций и миотомией, вследствие чего образуются обширные раневые поверхности. При этом был получен жидкий гной по всей толще тканей и особенно по ходу сосудистых каналов и щелей, с распространением на верхнюю конечность с переходом на грудную клетку и боковую поверхность живота (Рис. 1).

Рис. 1. Больной А. 49 лет. Анаэробный неклостридиальный целлюлит, фасциит, миозит правой боковой поверхности груди и живота с выраженной инфильтрацией тканей. Этап радикальной хирургической обработки ран. Ткани широко рассечены.

Рис. 2. У пациента А. 56 лет. Анаэробная инфекция из нижней конечности распространилась на мошонку, ягодичную область, поясничную область по каналам и футлярам. Этап радикальной хирургической обработки. (Рис. 2).

Рис. 3 Пациент Б. 50 лет. Анаэробная инфекция, исходящая из острого парапроктита распространилась на мошонку, переднюю брюшную стенку, а также по боковой поверхности живота по ходу каналов и футляров. Этап радикальной хирургической обработки. (Рис. 3).

По данным Кованова В.В. (1985 г.) распространение гнойных затеков позади прямокишечного пространства возможно в забрюшинное клетчаточное пространство, боковые пристеночные клетчаточные пространства таза, висцеральные клетчаточные пространства таза (между стенкой кишки и ее фасцией) [4].

Пути распространения гнойных затеков из предпузырного пространства через бедренные и запирательные каналы бедра, в боковые пристеночные пространства таза, в около пузырную висцеральную клетчатку, в свободную брюшную полость, во влагалище прямой мышцы живота, в область пупка и под кожу [4]. У всех пациентов во время операции был взят бактериологический посев и чувствительности антибиотиков.

Флегмоны с участием неклостридиальных анаэробов в отличие от банальной микрофлоры характеризуется большой склонностью к распространению по анатомическим футлярам. Также они отличаются высокой скоростью распространения в связи с поражением преимущественно фасций, создающих анатомические футляры, в которых при сокращении мышц, создается повышенное давление. При этом гнойный экссудат проникает в сообщающиеся с ними полости. Тем более, что вязкость гноя при анаэробных флегмонах всегда значительно меньше, чем при банальном воспалении [5].

В ходе исследования бактериологических мазков из раны был выявлен Staphylococcus aureus с обильным ростом, а также была выявлена чувствительность к антибиотикам.

Всем пациентам проводился комплекс корригирующих реанимационных мероприятий с назначением антибиотиков широкого спектра действия, введением солевых, электролитных, белковых растворов и проведением дезинтоксикационной терапии. А также переливание компонентов крови, кровезаменителей, средств улучшающих деятельность сердечно-сосудистой системы и дыхания, проводилось парентеральное питание.

В послеоперационном периоде ежедневно два раза в день проводились перевязки, раны промывали антисептическими средствами фурацилином и перекисью водорода. Далее на рану накладывали повязки с перманганатом калия и левомеколем, сверху заливали гипохлорит натрия. Также дополнительно проводилось внутривенное введение 3% 200 мл гипохлорита натрия до 4-х дней.

Летальных исходов было 5 (29,4%). Тяжесть состояния умерших больных усугублялась: у 2-х (11%) пациентов был сахарный диабет, у 1-го (5,8%) пациента был цирроз печени и асцит, у 1-го (5,8%) пациента открылось желудочно-кишечное кровотечение на фоне острых язв желудка. Данные сопутствующие патологии усугубили течение болезни.

Выводы.

1. Анаэробная неклостридиальная инфекция остается одной из наиболее грозных и жизнеопасных инфекций, которая приводит к молниеносному, обширному поражению мягких тканей с некрозом и развитием полиорганной недостаточности.
2. При обнаружении анаэробной неклостридиальной раневой инфекции необходимо экстренное хирургическое вмешательство с обработкой гнойного очага. А также собрать содержимое из раны на бактериологический посев, с целью определения чувствительности к антибиотикам.
3. Учитывая характер и тяжесть патологии необходимо лечение квалифицированными специалистами, в специализированных учреждениях.

Литература:

1. Бархотова Н.А., Привалов В.А. Сепсис в хирургии / Руководство по хирургии. – 2010. – С. 8-11.

2. Прохоренко Г.А., Хорошун Э.Н., Семенюк ВА. Клинический опыт лечения анаэробной раневой инфекции / Севастополь; Таврический медикобиологический вестник. - № 4. - 2011. - С. 154-157.

3 . Оганесян А.А. Сравнительная клинико-лабораторная характеристика факультативно-анаэробной и неклостридиальной анаэробной инфекции челюстно-лицевой области и шеи / Научные ведомости. Медицина. Фармация. – 2011. - №4 (99). – С. 57-65.

4. Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / М Медицина. – 1985. – 368 с.

5. Кузин М.Н., Костюченок Б.М. Раны и раневая инфекция / М. – 1990. – 397 с.

6. Колесов А.П., Столбовой А.В., Кочеровец В.Н. Анаэробная инфекция в хирургии / Л. Медицина. – 1989. – 156 с.

7. Брехов Е.Н., Светухин А.М., Багинская И.С. Анаэробная неклостридиальная флегмона / Хирургия. Журнал им. Пирогова Н.Н. – 2008. - №12. – С. 49-52.

8.Горюнов С.В., Ромашов Д.В. Гнойная хирургия / Атлас. – 2004. – 133 с.

9. Pittet D, Li N, Woolson RF, Wenzel RP. Microbiological factors influencing the outcome of nosocomial bloodstream infections: a 6-year validated, population-based model. Clin Infect Dis. - 1997. – P. 1068–1078.

10. Rittirsch D, Flierl MA, Ward PA. Harmful molecular mechanisms in sepsis / Nat Rev Immunol. – 2008. – P. 776–787.

11. Schouten M., Wiersinga W.J. Inflammation, endothelium, and coagulation in sepsis / J Leukoc Biol. – 2008. – P. 536–545.
12. Russell J.A. Management of sepsis / N Engl J Med. – 2006. – P. 1699–1713.
13. Cheng B., Hoeft A.H. Sepsis: pathogenesis, biomarkers, and treatment / Biomed Res Int. – 2015. – P. 118-122.

КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ АППЕНДИЦИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ МЕСТНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

А.И. Мусаев, К.Т. Туратбекова
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева.
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель- изучить показатели системной воспалительной реакции у больных с деструктивными формами острого аппендицита, осложненных местным перитонитом. В статье дан анализ показателей у 88 больных острым аппендицитом, осложненном местным перитонитом. Использованы клинические и лабораторные показатели. Дано обоснование применения антибиотико-лимфостимулирующей терапии для коррекции синдрома системной воспалительной реакции .

Ключевые слова: острый аппендицит, оперативное лечение, осложнение, синдром системной воспалительной реакции, коррекция синдрома.

ЖЕРГИЛИКТҮҮ ПЕРИТОНИТ МЕНЕН ООРЛОШКОН ДЕСТРУКТИВДҮҮ АПЕНДИЦИТТЕ СИСТЕМАЛУУ СЕЗГЕНҮҮ РЕАКЦИЯСЫ СИНДРОМУН КОРРЕКЦИЯЛОО

А.И. Мусаев, 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 курч аппендициттин деструктивдүү формасы менен жабыркаган оорулууларда системалуу сезгенүү реакциянын көрсөткүчтөрүн изилдөө.

Макалада жергиликтүү перитонит менен оорлошкон курч аппендицит менен жабыркаган 88 бейтаптын көрсөткүчтөрүнө талдоо жүргүзүлгөн.

Клиникалык жана лабораториялык көрсөткүчтөр пайдаланылды. Системалуу сезгенүү реакциясынын синдромун коррекциялоо үчүн антибиотик-лимфостимулдоочу терапияны колдонууга негиздеме берилди.

Негизги сөздөр: курч аппендицит, операциялык дарылоо, отушуп кетуу, системалуу сезгенүү реакциясынын синдрому, синдромду коррекциялоо

SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE SYNDROME CORRECTION AT DESTRUCTIVE APPENDICITIS COMPLICATED BY LOCALIZED PERITONITIS

A.I. Musaev, K.T. Turatbekova
Kyrgyz State Medical Academy named after. I. K. Akhunbaev
Department of General Practice Surgery with Combustiology Course
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. Objective is to study indicators of systemic inflammatory reaction at the patients with destructive forms of acute appendicitis complicated by localized peritonitis. The Article provides analysis of indicators at 88 patients with acute appendicitis complicated by localized peritonitis. Clinical and laboratory values are used in the Article. Reasoning of antibiotic and lympho-stimulating therapy for correction of systemic inflammatory response syndrome is provided.

Keywords: acute appendicitis, operative treatment, complication, systemic inflammatory response syndrome, syndrome correction.

Введение. Одной из актуальных проблем экстренной абдоминальной хирургии является снижение частоты осложнений и летальности. Важность этой проблемы в том, что в последние годы,

как утверждают многие исследователи [1,2,3], большинство больных поступают в поздние сроки заболевания, когда уже развился деструктивный процесс, а также немало важное значение имеет снижение иммунологической защиты населения, влияние экологических факторов и увеличение удельного веса в структуре населения лиц пожилого и старческого возраста [4,5,6], у которых имеют место тяжелые сопутствующие заболевания. Необходимо отметить, что во многих случаях, несмотря на удаление основного очага воспаления, развивается синдром системной воспалительной реакции (ССВР), который в ряде случаев носит защитный характер, но у многих, особенно при осложнении основного заболевания перитонитом, воспалительный процесс и метаболические нарушения прогрессируют, что приводит к возникновению полиорганной недостаточности и сепсису, которые являются основной причиной смерти [7,8].

Клинико-лабораторные признаки синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) включают показатели температуры (гипер - или гипотермия), частоту дыхания (тахипное или гипокапния), частоту пульса (выше 90 в мин.) и увелечение количества лейкоцитов. Выявление хотя бы одно - двух показателей имеет практическое значение в исходе не только операции, но и исходе основного заболевания и требует детального анализа полученных результатов, выяснение причин возникших осложнений и выбора метода коррекции [9,10].

Однако, только клинических показателей недостаточно, необходимо использовать лабораторные исследования: бактериологические, иммунологические, маркеры степени тяжести эндотоксикоза и др., которые должны быть учтены для выбора метода коррекции и оценки ее эффективности [11,12].

Учитывая то обстоятельство, что больные с острым аппендицитом занимают наибольший удельный вес среди экстренно оперированных больных и что после операции не снижается частота осложнений, мы в своей работе пытались изучить динамику показателей ССВР при деструктивных формах аппендицита, осложненных местным перитонитом.

Цель исследования – изучить показатели ССВР у больных острым деструктивным аппендицитом, осложненном местным перитонитом и оценить использование метода коррекции синдрома.

Материал и методы обследования.

Под наблюдением находилось 88 больных острым аппендицитом, осложненном местным перитонитом, мужчин-51 и женщин-37, возраст больных колебался от 16 до 82 лет, но наибольший удельный вес занимали пациенты в возрасте от 30 до 50 лет (54 из 88), что составляло 61,4%. Из 88 наблюдаемых больных до 24 часов от начала заболевания поступило всего 4 (4,5%), от 24 до 72 еще 25 (28,4), а остальные позже 3 суток.

В результате обследования сопутствующие заболевания выявлены у 37 поступивших (42,0%): гипертоническая болезнь у 12, коронарная болезнь сердца у 8, хронические бронхо-легочные заболевания у 7, варикозное расширение вен нижних конечностей у 4, хронический пиелонефрит у 6. Сопутствующие заболевания чаще выявлялись у лиц старше 50 лет.

В обследовании больных выполнялись: общий анализ крови с вычислением лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Я.Я. Кальф-Калифу [13], общий анализ мочи, свертываемость крови, клинические показатели ССВР и лабораторные (лейкоциты, СРБ и уровень альбумина крови), УЗИ до операции для уточнения диагноза и УЗИ в послеоперационном периоде для выявления осложнений брюшной и грудной полости.

Полученные результаты обработаны вычислением относительных величин (%).

Результаты и их обсуждение.

При поступлении больных определяли клинические показатели ССВР и при этом было установлено, что у 28 (31,8%) выявлены 2 признака синдрома, у 39 (44,3%) – 3, а у остальных (21 чел.-23,9%) обнаружены все 4 клинических признака. У всех поступивших отмечены симптомы острого аппендицита, из них у 39 с явлениями раздражения брюшины (напряжение мышц в правой подвздошной области, резко положительный симптом Щеткина – Блюмберга, а у 49 при УЗИ обнаружено наличие жидкости в правой подвздошной области. Все поступившие оперированы в первые часы с момента поступления, лишь у 6 больных потребовалась кратковременная предоперационная подготовка, которая включала гипотензивные средства и инфузионную терапию (гипертоническая болезнь, выраженные явления интоксикации). Больные старше 40 лет с сопутствующими заболеваниями консультированы терапевтом или кардиологом.

В процессе работы, чтобы оценить наши подходы к коррекции ССВР , мы выделили две группы: первая-42 больных с острым аппендицитом, осложненном местным перитонитом, у которых

использовано традиционное лечение: после вскрытия брюшины осушали брюшную полость от образовавшегося экссудата, затем выполняли аппендэктомию после которой брюшную полость орошали раствором фурациллина, подвздошную область дренировали микроирригатором через который вводили 1.0 канамицина на растворе новокаина 0,5% -10,0 - 15 мл. После операции больные получали инфузионную терапию, обезболивающие по показаниям и антибиотик внутривенно два раза в сутки (80 мг гентамицин или 500 тыс. ед. ампициллин) в зависимости от течения послеоперационного периода. Эта группа служила для нас контролем.

Вторую группу составили 46 больных с острым аппендицитом, осложненным местным перитонитом. При вскрытии брюшины ее осушали от выпота , выполняли аппендэктомию, а затем брюшную полость орошали озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. После орошения в переходную складку брюшины вводили антибиотик (цефазолин) с лимфотропной смесью, которая содержала гепарин 70 ЕД на кг веса тела, новокаин 05 %-10,0-15,0 мл тактивин 1 мл, и лидаза 8-10 ЕД. Брюшную полость дренировали микроирригатором , через который вводили озонированный раствор хлорида натрия 2 раза в сутки и после введения через два часа осуществляли активную аспирацию. После операции назначили один антибиотик внутривенно 2 раза в сутки (цефазолин или цефтриаксон 1,0), инфузионную терапию, которая включала и озонированный раствор 400 мл с концентрацией озона 3-4 мкг/мл два раза в сутки.

В контрольной группе из 42 больных флегмонозный аппендицит имел место- у 36, флегмонозный с перфорацией- у 3 и гангренозный – у 3. Форма аппендицита подтверждена гистологическим исследованием аппендикулярного отростка. Выпот в брюшной полости серозный был -у 28, гнойный –у 12 и у 2- гнилостный.

В основной группе из 46 оперированных по поводу аппендицита флегмонозная форма выявлена- у 38, флегмонозная с перфорацией- у 3 и у 5- гангренозный аппендицит. Выпот в брюшной полости серозный был -у 28, гнойный- у 14 и гнилостный- у 4.

При бактериологическом исследовании экссудата брюшной полости характер микрофлоры был идентичным в обеих группах. Чаще обнаруживали кишечную палочку (26), кишеччную палочку в сочетании с Staphylococcus aureus (21), только Staphylococcus aureus (24), B. Frigilis (13) и стрептококки(4). Необходимо отметить, что микрофлора в большинстве случаев была не чувствительна к наиболее распространенным антибиотикам, у 72% флора была чувствительна к цефазолину, цефтриаксону, цефалоспоринам III-IV поколения. В своей работе мы использовали цефазолин и цефтриаксон.

Региональную лимфостимуляцию в переходную связку брюшины выполняли для улучшения дренажной функции лимфатических сосудов.

Используя эти подходы в лечении острого аппендицита, осложненном местным перитонитом мы проследили, как изменялись клинические показатели ССВР (табл.1) .

Таблица 1- Динамика показателей ССВР в двух наблюдаемых нами группах больных

Сроки обследования		Количество признаков							
		Контрольная группа n – 42				Основная группа n - 46			
		1 пр.	2 пр.	3 пр.	4 пр.	1 пр.	2 пр.	3 пр.	4 пр.
До операции	абс.	-	14	19	9	-	14	20	12
	%		33,4	45,2	21,4		30,4	43,5	26,1
Через сутки после операции	абс.	-	15	18	9	-	16	20	10
	%		35,7	42,8	21,5		34,8	43,5	21,7
Через 3 суток	абс.	-	18	17	7	2	21	17	6
	%		42,82	40,5	16,7	4,3	45,7	36,9	13,1
Через 6 суток	абс.	3	25	12	2	14	25	7	-
	%	7,1	59,5	28,7	4,7	30,4	54,3	15,3	

При рассмотрении показателей ССВР в контрольной группе установлено, что при использовании традиционного лечения количество показателей через сутки почти не изменилось, на третьи сутки изменения незначительные и лишь на 6 сутки отмечено снижение числа больших с 3 и 4 признаками. В то время, как в основной группе, где использована региональная стимуляция в переходную складку брюшины и орошение брюшной полости озонированным раствором, уже на 3 сутки уменьшилось число больших с 4 и 3 признаками и на 6 сутки продолжалось снижение

признаков, что позволяет отметить более выраженные положительные сдвиги, подтверждающие эффективность коррекции.

Наряду с клиническими показателями мы определили динамику лабораторных методов: ЛИИ и количество лейкоцитов (табл.2).

Таблица 2- Динамика ЛИИ и лейкоцитоза у больших контрольной и основной групп

Показатель	x)	До операции M_1-m_1	1сутки M_2-m_2	3 сутки M_3-m_3	5-6 сутки M_4-m_4
ЛИИ	1	3,1±0,003	3,2±0,002	2,8±0,005	1,8±0,006
	2	3,2±0,004	2,8±0,003	2,1±0,004	1,3±0,007
P		>0,05	<0,01	<0,05	<0,05
Количество лейкоцитов $10^9/_4$	1	15,4±1,1	14,8±0,97	12,2±0,37	10,2±0,41
	2	14,8±0,05	12,1±0,99	9,15±0,28	6,12±0,81
P		>0,05	<0,05	<0,01	<0,001

x) *Группа обследованных: 1- контрольная, 2-основная.*

При использовании традиционного лечения больных с острым аппендицитом, осложненным местным перитонитом ЛИИ снижается медленно и при этом лишь на 5-6 сутки отмечено достоверное его снижение в сравнении с исходными показателями, а в основной группе уже через сутки отмечена тенденции к снижению ЛИИ , а на 3 сутки достоверное снижение , на 5 сутки он составляет 1,3± 0,007. Подобная динамика наблюдалось и в количестве лейкоцитов.

Выводы:

1. При остром аппендиците, осложненном местным перитонитом у большинства больных выявляются 3-4 признака ССВР (у 60 из 88).

2. Традиционное лечение с применением антибиотиков, инфузионной терапии и обезболивающих средств способствует коррекции ССВР лишь на 5-6 сутки.

3. Использование метода с включением региональной лимфостимуляции и внутривенного введения озонированных растворов хлорида натрия с концентрацией озона 3-4 мкг/мл способствуют быстрой коррекции ССВР, которая подтверждена клиническими и лабораторными результатами исследования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тургунов, Е.М. Комбинированная электроимпульсная и антибиотикопрофилактика раневых осложнений в экстренной абдоминальной хирургии / Е.М. Тургунов, Ихсан-уллах, М.А. Асанов // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. - №1, спец. Выпуск. – С. 15.

2. Узакбаев, К.А. Комплексное лечение хирургической инфекции при сепсисе у детей / К.А. Узакбаев // Хирургия рубежа XX и XXI века. – Бишкек, 2000. – С. 185- 188.

3. Шакеев, К.Т. Микробный спектр возбудителей интраабдоминальной хирургической инфекции / К.Т. Шакеев, И.С. Азизов, П.М. Дериглазова // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. -№2, -С.44-45.

4. Шано, В.П. Варианты лечения критических состояний с учетом патогенеза SIRS-синдрома системного воспалительного ответа / В.П. Шано, Ф.И. Гюльмалидов, А.Н. Нестеренко // Анестезиология и реаниматология. – 1997. - №6. – С.48-53.

5. Asayama, K. Evaluation of systemic inflammatory response syndrome criteria as a predictor of mortality in emergency patients transported by ambulance / K. Asayama, N. Alkawa // Keio J. Med. – 1998 - №47 , vol. 19. – P.27-36.

6. Comsted, P. The Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) in acutely hospitalized medical patients: a cohort stady / P. Comstedt, M. Storgaard, A.T. Lassen //Scand J. Trauma Resusc Emtrg Med. – 2009. - Vol. 17. – P.67-69.

7. Баевский, Р.М. Оценка адаптационных возможностей организма риск развития заболеваний / Р.М. Баевский, А.П. Берсенева. - М.: Медицина, 1997. – 236 с.

8. Багненко С.Ф. Фармакологическая коррекция синдрома системной воспалительного ответа / С.Ф. Багненко, Н.Б. Горбачев, Б.В. Батоцыренов // Бюллетень Восточно-Сибирского научного отделения Российской Академии медицинских наук. – 2008. – С. 37-38.

9. Гусев, Е.Ю. Системное воспаление как типовой патологический процесс / Е.Ю. Гусев, Л.Н. Юрченко // Вестник медицинской академической науки. – 2004. - №4. – С.17-20 .

10. Горбачев, Н.Б. Коррекция нарушения метаболизма путем использования цитофлавина у больных с разлитым перитонитом в послеоперационном периоде / Н.Б. Горбачев, Ю.Б. Михалева, В.П. Амагыров // Сб. докл. и тезисов X съезда анестезиологов и реаниматологов России.-Санкт – Петербург, 2006. - С. 277-278.

11. Зотова, Н.В. Применение нового интегрального показателя системной воспалительной реакции уровня реактивности для оценки тяжести состояния при осложненном течении родов / Н.В. Зотова, А.Ю. Бронсилеков // Вестник РАМН. – 2008. - №6 (прил.). – С.160-161.

12. Миронюк, Н.В. Использование озонированного раствора и низкочастотного ультразвука в лечении острого перитонита / Н.В. Миронюк, М.М. Рысбеков, Н.Е. Даленов // Вестник хирургиии Казахстана. – 2012. - №1, спец. выпуск. – С.53-54.

13. Кальф – Калиф, Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении / Я.Я. Кальф – Калиф // Врачебное дело. – 1941.-№5. – С. 31-33.

КОМБИНИРОВАННОЕ УДЛИНЕНИЕ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

С.А. Джумабеков, Э.А. Байгараев, Т. М. Кулуев, С. Б. Жумабеков
Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии
г. Бишкек. Кыргызская Республика.

Резюме: В нашей научной работе представлен новый метод комбинированного удлинения крупных трубчатых костей, основанный на применении аппарата внешней фиксации и накостного остеосинтеза. Применение предложенного метода комбинированного удлинения значительно улучшает ближайшие и отдаленные результаты у больных с врождёнными и приобретенными укорочениями конечностей.

Ключевые слова: комбинированное удлинение, трубчатые кости, аппарат внешней фиксации, накостный остеосинтез.

УЗУН ТҮТҮКТҮҮ СӨӨКТӨРДҮ АЙКАЛЫШТЫРЫП УЗАРТУУ

С.А. Джумабеков, Э.А. Байгараев, Т. М. Кулуев, С. Б. Жумабеков
Бишкек травматология жана ортопедия илим изилдөө борбору
Бишкек ш. Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Биздин илимий ишинде узун түтуктүү сөөктөрдү узартуу боюнча жаңы ыкма көрсөтүлгөн, тышкы бекитилүүчү аппаратты жана чөгөрүлгөн остеосинтезди айкалыштырып колдонуу негизинде. Сөөктөрдү айкалыштыруу менен узартуу сунушталган ыкмасын колдонуу, тубаса жана кабылданган кыскаруусун дарылоонун жакынкы жана алыскы жыйынтыктарын алда канча жакшыртууга мүмкүнчүлүк берет.

Негизги сөздөр: айкалыштырып узартуу, түтүктүү сөөктөр, тышкы бекитүүчү аппарат, чөгөрулгөн остеосинтез.

COMBINED LENGTHENING OF LONG TUBULAR BONES

S. A. Dzhumabekov, E. A. Baygaraev, T. M. Kuluev, S. B. Zhumabekov
Bishkek Scientific Research Center of Traumatology and Orthopedics
Bishkek. Kyrgyz Republic.

Summary: In our scientific work a new method of combined elongation of large tubular bones is presented, based on the use of an external fixation device and plate osteosynthesis. The use of the proposed method of combined lengthening improves the immediate and long-term results in patients with congenital and acquired shortenings of limbs.

Keywords: Combined lengthening, tubular bones, external fixation devices, paraossal osteosyntesis.

Актуальность: Проблеме укорочения конечностей в зарубежной и отечественной литературе уделено много внимания [1,2,3,5,6,7].

Во-первых, укорочение конечности сопровождается резким нарушением функциональных возможностей организма в двигательном плане (адинамия, хромота, неправильная походка).

Во-вторых, возникают калечащие эстетические нарушения тела (асимметрия и деформация конечности, нарушение осанки и оси тела) и немаловажный фактор - психоэмоциональные расстройства личности вследствие укорочения конечности [1,2,3]. В плане удлинения конечности на данный момент имеется значительный прогресс, однако все равно данный процесс остается трудоемким, сложным в исполнении, длительным относительно конечного результата и самое главное подвержен многочисленным осложнениям. Ознакомление с доступной литературой свидетельствует о том, что проблема успешного удлинения крупных трубчатых костей конечностей остается еще далекой от своего решения, что послужило основанием для предпринятого нами исследования [4,5,6,7].

Цель исследования: Разработать метод удлинения крупных трубчатых костей на основе сочетания чрескостного внеочагового и погружного остеосинтеза.

Материалы и методы исследования: Пациенты, обследованные в рамках нашей научной работы, находились на стационарном лечении в отделениях патологии суставов и взрослой

ортопедии Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии за период с 2017 по 2019 года.

Для констатации научного факта на четкой доказательной базе все пациенты с приобретенными или врожденными укорочениями нижней конечности были разделены на две группы: основная 49 пациентов и контрольная 55 больных, что составило в итоге 104 пациентов.

Возраст оперированных больных колебался от 15 до 35 лет и в среднем составил 22,7 и 22,6 лет, соответственно в основной и контрольных группах.

Наиболее частыми причинами, побудившими пациентов обратиться за высококвалифицированной ортопедической помощью в амбулаторно-диагностическом отделений Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии явились следующие заболевания, которые приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов по нозологии

Нозология	**Основная группа**		**Контрольная группа**		**Всего**	
	Абс,ч	%	Абс,ч.	%	Абс,ч.	%
Постравматические укорочения	12	24,5	12	21,8	24	23,1
Последствия перенесённого остеомиелита	3	6,1	9	16,4	12	11,5
Последствия перенесённого полиомиелита	6	12,2	6	10,9	12	11,5
Врождённый вывих бедра	12	24,5	12	21,8	24	23,1
Дисплазия тазобедренного сустава	7	14,3	6	10,9	13	12,5
Патологический вывих бедра	5	10,2	5	9,1	10	9,6
Врождённые укорочения	4	8,2	5	9,1	9	8,7
Всего	49	100,0	55	100,0	104	100,0

Кроме того, нами определены сегменты, за счет которых происходит укорочение конечности (таблица 2).

Таблица 2 – Распределение пациентов по пораженному сегменту

Наименование группы	Наименование сегмента укорочения	
Основная группа	Бедро	38
	Голень	7
	плечо	4
Контрольная группа	Бедро	41
	Голень	12
	плечо	2

В основном различие в контрольной и основной группах заключалось в разности применяемых методов удлинения. В контрольной группе применялась методика традиционного удлинения аппаратами внешней фиксации,

а в основной применялась новая методика комбинированного метода удлинения (сочетание погружного и внешнего остеосинтеза).

При изучении особенностей укорочения нижней конечности (в качестве предоперационной подготовки) и для последующей оценки конечных результатов удлинения использовались следующие методы исследования: клинико-лабораторные, рентгенологические, антропометрические и статистические.

По критериям вопросника по 100-балльной шкале СОИ-1, которая сравнивает и анализирует результаты, прогнозирует развитие патологического процесса или прогресс в лечении. У пациентов в основной и контрольной группах перед оперативным лечением были получены следующие результаты. В обеих группах больные имели минимальное значение 69 баллов и максимальное значение 73 балла, среднее значения составляет 71 балл (основная группа) и 70 баллов (контрольная группа). Это еще раз подтверждает тождественность и идентичность обеих групп по характеру и интенсивности течения патологического процесса.

Нами впервые в клинической практике Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии под руководством академика Джумабекова С.А. разработан и внедрён в клиническую практику метод комбинированного удлинения крупных трубчатых костей [8]. Сущность метода заключается в комбинировании двух методов остеосинтеза: аппарата чрескостного внеочагового остеосинтеза Илизарова и накостного остеосинтеза. Под анестезией накладывается аппарат Илизарова из полуколец или полных колец на конечность. Кольца располагаются на

дистальном и проксимальном уровнях трубчатой кости. Далее производится разрез кожи и подлежащих мягких тканей, оголяется кость соответственно размеру разработанной накостной пластины. Производиться косая или поперечная остеотомия трубчатой кости. Накладывается пластина и фиксируется к проксимальной части кости 3-4 кортикальными винтами.

Проксимальный же отломок кости фиксируется к пластине 1-2 винтами в специальных отверстиях (фиксируется не жёстко).

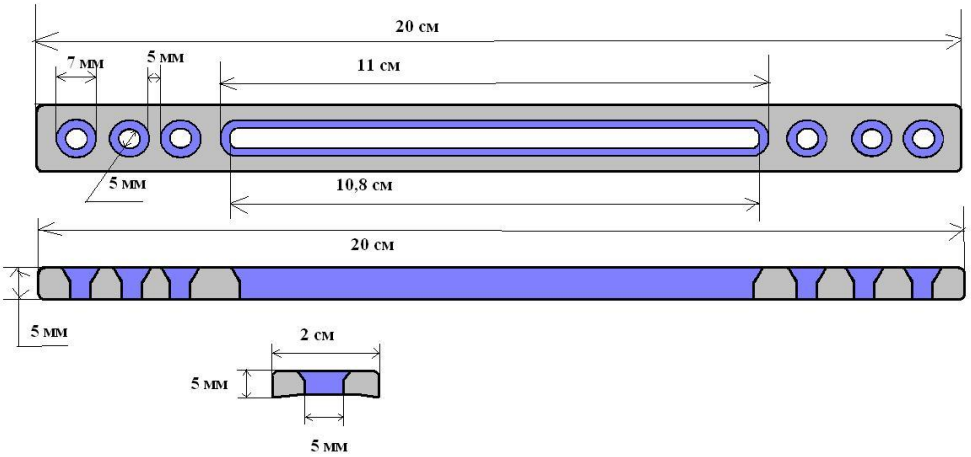


Рис. 1. Конструктивные особенности накостной пластины.

Здесь следует указать технические особенности разработанной накостной пластины. Изюминкой данной пластины является наличие в центральной части продольного сквозного паза определённой длины (зависит от планируемой длины удлинения) для скольжения дистальных винтов (рисунок 1).

Операционная рана дренируется и ушивается. Растяжение начинаем на 7-10 сутки после операции, темп дистракции зависит от вида удлиняемой кости (бедренная, большеберцовая, плечевая кости) и особенностей организма (вид патологии, возраст, характера микроэлементного состава крови). По мере достижения необходимой длины конечности под адекватной анестезией в операционных условиях производится окончательная фиксация дистального отдела трубчатой кости 2-3 коритклальными винтами. Операционный разрез здесь значительно меньше и соответствует только длине дистального фрагмента. Для получения хороших результатов важны атравматичность хирургической техники и сохранение кровообращения в мягких тканях благодаря бережному отношению к ним.

Строго необходимо при осуществлении остеосинтеза избегать травматизации костного регенерата, ластина фиксируется только к костной ткани находящейся на периферии от регенерата, рана зашивается и дренируется, аппарат Илизарова удаляется. На рисунке 2 иллюстрирована принципиальная схема удлинения крупных трубчатых костей комбинированным методом с использованием «скользящей» пластины.

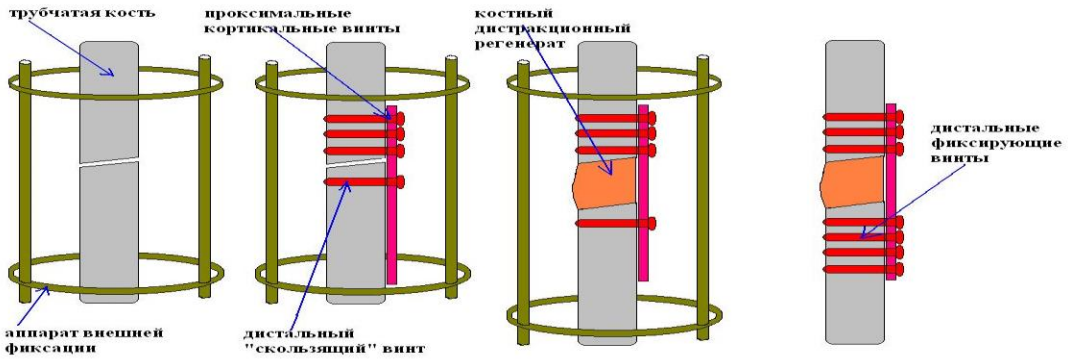


Рис.2. Этапы удлинения трубчатой кости.

Результаты: Результаты лечения в обеих группах изучены у всех 104 пациентов по показателям 100 бальной шкалы СОИ-1 в послеоперационном периоде (через 6, 12, 18 месяцев). В основной группе средние показатели суммы баллов по СОИ-1 составили 94 балла. Тогда как в контрольной группе средний балл составил 81 балл.

Осложнения в рамках нашей работы встречались как в основной, так и в контрольной группах, но отличались по тяжести их проявлениям и исходам. Применение предложенного комбинированного метода удлинения в основной группе позволило предупредить такие серьезные осложнения как миогенные и артрогенные контрактуры смежных суставов, спицевой остеомиелит, так как аппарат Илизарова находится на конечности только в период дистракции (2-3 месяца), на всем протяжении лечебного процесса сохраняется правильная ось конечности. В основной группе был 1 (3,3%) случай осложнения воспалительного характера на месте спицевых ран, однако их удалось купировать на ранних стадиях применением антибиотиков и местного лечения (перевязки, местное обкалывание раствором антибиотиков).

Тогда как в контрольной группе аппарат Илизарова находится на конечности до полной оссификации костного регенерата (12-14 месяцев) возникают осложнения, которые показаны в таблице 3.

Таблица 3 – Характер и частота осложнений у больных контрольной группы

Вид осложнений	**Количество осложнений**	**% от общего числа пациентов (n=54)**
Спицевой остеомиелит	2	3.7 %
Угловое или поперечное смешение отломков	6	11.1 %
Слабое развитие регенерата	2	3.7 %
Ложный сустав, дефект костной ткани	2	3.7%
Контрактуры смежных суставов	18	33.3 %
Всего осложнений	30	55.5 % из 54 пациентов

Заключение: Применение новой методики позволяет значительно снизить длительность нахождения конечности в аппарате Илизарова, косвенно снижать риск воспалительных явлений в месте входа спиц и стержней в мягкие ткани. Иммобилизация отломков удлиняемой кости накостной пластиной является более жёсткой фиксацией (жёсткая иммобилизация от бокового смешения), что создаёт оптимальные условия для благоприятного развития регенерата. Минимальная продолжительность нахождения конечности в аппарате внешней фиксации (только на период дистракции) позволяет на раннем этапе начать функциональную разработку конечности и избегать артрогенных и миогенных

контрактур. Отсутствие громоздких конструкций в области удлиняемой конечности создаёт комфортные условия для пациентов, не ограничивает их в бытовых условиях. Данный метод в техническом плане не представляет особых трудностей и может выполняться в любых клиниках с минимальным уровнем технического оснащения. Таким образом, комбинированный метод удлинения трубчатых костей имеет ряд теоретических и практических преимуществ перед традиционной методикой, позволяет более эффективно производить удлинение. Совокупность приведённых в данной научной работе положений даёт нам основание рекомендовать комбинированный способ удлинения конечности в широкую практику.

Литература:

1. Введенский,С.П. Спице-стержневой остеосинтез при лечении больных с деформациями и повреждениями бедра [Текст] / С.П.Введенский, Н.Б.Точилина, К.Н.Петрушов // Современные технологии в травматологии и ортопедии: Матер, юбил. науч. конф. - СПб, 2010. - С. 71-72.

2. Джумабеков, С.А. Опыт применения различных видов остеотомий при удлинение бедра полностью имплантируемыми аппаратами Блискунова [Текст] / С.А. Джумабеков // Тез.докл. II респуб. конференции. – Ялта., 1993. – С.13-14.

3. Климов,О.В. Удлинение и коррекция оси голени [Текст] / О.В.Климов, А.М.Аранович // Современные технологии в травматологии и ортопедии: Матер. юбил. науч. конф. - СПб, 2010. - С. 111-112.

4. Ткач, А.В. Удлинение трубчатых костей [Текст] / А.В. Ткач, О.В. Мартынюк, А.Е. Аникин // Вестн. ортопедии, травматологии и протезирования. – 2004. – № 1. – С. 42–45.

5. Илизаров, Г.А.Значение факторов напряжения растяжения в генезе тканей и формообразовательных процессах при чрескостном остеосинтезе [Текст] / Г.А.Илизаров // Чрескостный остеосинтез в ортопедии и травматологии: сб. науч. тр. – Курган, 1984. – Вып. 9. – С. 4–41.

6. Цуканов, В.Е. Методика комбинированного дистракционного остеосинтеза по направляющему блокированному стержню при удлинении длинных трубчатых костей [Текст]/ В.Е. Цуканов, В.И. Тарасов, В.В.Водилов // Тез. докл. научной конференции – Екатеринбург, 2007.

7. Драган, В.В. Способ удлинения и фиксации голени внутрикостным устройством [Текст] / Драган В.В. // Таврический медико-биологический

вестник.- В кн.: Труды Крымского государственного медицинского университета им. .И.Георгиевского.- Симферополь, 2007.- Т.10, №1.- С. 162-165.

8. Джумабеков С.А. Удлинение крупных трубчатых костей комбинированным способом в зависимости от состояния мягких тканей удлиняемого сегмента [Текст] / С. А. Джумабеков, Т. М. Кулуев // Вестник КРСУ. - 2016. – Т.16, №7. – С. 17 – 18.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Э.К. Кабылбеков, С.А. Джумабеков, Э.А. Байгараев
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
г.Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: В работе представлено эндопротезирование тазобедренного сустава с применением нами разработанного способа при переломах проксимального отдела бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста. Разработанный способ обеспечивает стабильную анатомическую фиксацию место переломов и улучшает результаты эндопротезирования тазобедренного сустава.

Ключевые слова: перелом, проксимальный отдел бедренной кости, эндопротезирование тазобедренного сустава, пожилой и старческий возраст.

УЛГАЙГАН КУРАКТАГЫ ЖАНА КАРЫ АДАМДАРДЫН САН СӨӨГҮНҮН БАШЫНДАГЫ СЫНЫКТЫ ХИРУРГИЯЛЫК ЫКМА МЕНЕН ДАРЫЛОО

Э.К. Кабылбеков, С.А. Джумабеков, Э.А. Байгараев
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Эмгекте улгайган курактагы жана кары адамдардын сан сөөгүнүн башындагы сыныкты биз тараптан иштелип чыккан ыкма менен жамбаш-сан сөөк муунун эндопротездөө берилген. Иштелип чыккан ыкма сынган жерди анатомиялык жактан бекем карматууга шарт тузөт жана жамбаш-сан сөөк муунун эндопротездөөнүн жыйнтыктарын жакшыртат.

Негизги сөздөр: сынык, сан сөөктүн башы, жамбаш-сан сөөк муунун эндопротездөө, улгайган курактагы жана кары адамдар.

SURGUCAL TREATMENT OF FEMUR PROXIMAL SECTION FRACTURES IN ELDERLY AND OLD AGED PEOPLE

E.K. Kabylbekov, S.A. Djumabekov, E.A.Baiygaraev
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek, The Kyrgyz Republic.

Summary: Hip joint endoprosthetics with the use of the developed method in elderly and old aged people femur proximal section fractures is given in the article. This developed method provides a stable anatomical fixation of the fractures site and improves the results of hip joint endoprosthetics.

Key words: fracture, proximal section of femur, endoprosthetics of hip joint, elderly and old aged.

Актуальность. Переломы проксимального отдела бедра относится к часто встречающейся патологии, и составляют от 3,9% до 18% всех переломов длинных костей скелета, а у лиц пожилого и старческого возраста 28,8% [1, 2, 3, 4].

Проблема лечения больных с переломами проксимального отдела бедренной кости обретает большую государственную важность [5]. В России частота переломов проксимального отдела бедренной кости составляет около 60 случаев на 100 тыс. населения [6]. По прогнозам частота переломов проксимального отдела бедренной кости в течение 20 лет может увеличится в 5-6 раз [7].

Общеизвестно, что большинство пациентов старше 60 лет страдают сопутствующими соматическими заболеваниями. Различные заболевания внутренних органов и систем организма диагностируются более чем у 87,6 - 99,2% лиц преклонного возраста [8].

По данным ВОЗ от 2002 года, в данной группе больных примерно в 81,2% случаев выявляется ишемическая болезнь сердца, в 73,7% - артериальная гипертензия, в 21,4% - хронические обструктивные заболевания легких, в 62,1% - заболевание желудочно-кишечного тракта, в 32,5 % - хронические заболевания мочевыводящих путей, в 81,5% -заболевания нервной и в 47,5% - опорно-двигательной системы [9].

Особую значимость проблема обрела со всеобщим постарением населения в развитых странах Европы и США [10].

FalchJ.A. с соавторами (2007) отметили, что в Норвегии частота переломов проксимального отдела бедренной кости встречается на 100 000 населения 20,7 случаев переломов.

В США ежегодно регистрируется 98-99 переломов данной локализации на 100 000 жителей – это около 250 000 случаев по всей Америке. В крупных промышленных городах, где выше доля лиц пожилого и старческого возраста и интенсивный транспортный поток, количество повреждений проксимального отдела бедра значительно больше, чем в провинции. Экономические потери в США за год составили 750 млн. долларов.С каждым годом отмечается тенденция к увеличению числа пациентов с переломами проксимального отдела бедра, которое, по мнению ряда авторов, удвоится к 2040 году. Интересным фактом является преобладание данного типа переломов в 3-4 раза у представителей белой расы по сравнению с представителями чёрной расы [11].

Цель работы: Улучшение результатов эндопротезированияпри переломах проксимального отдела бедренной кости.

Материалы и методы. В период с 2017 по 2019гг. в Бишкекском Научно Исследовательском Центре Травматологии и Ортопедии (БНИЦТиО) лечились 23 больных с переломами проксимального отдела бедренной кости. Возраст больных варьировал от 64-ти до 84-х лет. Из них мужчин - 9, женщин - 14.

Методика оперативного лечения. Предложенный нами способ осуществляется стандартным доступом, обнажая вертельную зону бедренной кости, репозиция место переломов, и с помощью электрической дрели производится туннелизация малого вертела и, через отверстия проводится серкляжная проволка, которая фиксируется к анатомическому месту бедренной кости, затем производится туннелизация кортикального слоя верхний треть бедренной кости и, внутрикостно проводится зигзагообразно серкляжная проволка в направлении к верхушке большого вертела, где натягивается проволка и формируется узел, с исходным концом проволочного серкляжа. Далее производится остеотомия у основании шейки бедренной кости и удаление отсеченной головки бедра. Механически обрабатывается костномозговой канал и устанавливается соответствующие компоненты эндопротеза. Вправление головки эндопротеза в вертлужную впадину. Рана обильно промывается антисептическим раствором. Дренирование раны. Послойные швы на рану. Асептическая повязка.

Результаты и их обсуждения.

Результаты хирургического лечения были изучены в сроки от 2 месяцев до 1 года.

Хорошие результаты получены у 16 больных.

Удовлетворительный результат – 7 больных

Неудовлетворительный результат и вывих эндопротеза не отмечались.

Клинический пример:

Больная И.Б. 1938 г.р. и/б N 2773 поступила в отделение патологии суставов БНИЦТО 16.10.2018г. с диагнозом закрытый чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением с отрывом малого вертела. После общего клинического обследования и подготовки больной 16.10.18г. была произведена операция:тотальноеэндопротезирование правого тазобедренного сустава предлагаемым способом.

Положение больной на операционном столе: на здоровом боку, под спинномозговой анестезией, после соответствующей обработки операционного поля произведен кожный разрез по передне-наружным доступом правого тазобедренного сустава размером 11,0 см. Тупо и остро, рассечены мягкие ткани, по ходу гемостаз. Обнажение вертельной зоны бедренной кости, и рассечение передней стенки капсулы тазобедренного сустава, затем репозиция место перелома, и с помощью электрической дрели производили туннелизацию малого вертела и, через отверстие проводили серкляжную проволку, которая фиксировали к анатомическому месту бедренной кости, далее производили туннелизацию кортикального слоя верхний треть бедренной кости и, внутрикостно проводили зигзагообразно серкляжную проволку в направлении к верхушке большого вертела, где натягиваем проволку и формируем узел, с исходным концом проволочного серкляжа. Далее произведена остеотомия у основания шейки бедренной кости и удаление отсеченной головки бедра. Механически обрабатывали костномозговой канал и устанавливали бедренный компонент эндопротеза 4 размера, бесцементная фиксация. Вправили головку эндопротеза в вертлужную впадину. Рану промывали антисептическим раствором и через контрапертуру дренирование. Послойные швы на рану. Асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Активизирована на 3-е сутки после операции с помощью костылей не нагружая на оперированную конечность. На 10 сутки

послеоперационные швы удалены и выписана на амбулаторное наблюдение. Через 1 месяц после операции результат оценен как хороший: жалоб не предьявляет. Рентгенологически – без признаков нестабильности эндопротеза и без вторичных смещений место перелома.

Заключение: Таким образом, разработанный способ обеспечивает стабильную анатомическую фиксацию место переломов и улучшаетрезультаты эндопротезирования тазобедренного сустава, а также дает возможность ранней реабилитации больных с переломами проксимального отдела бедренной кости.

Литература:

1. Лазарев, А.Ф. Особенности лечения переломов проксимального отдела бедренной кости и плечевой кости на фоне остеопороза [Текст] / А.Ф. Лазарев, С.С. Радионова, Э.И. Солод –II Российский конгресс по остеопорозу. –Москва, 2005.–С.128.
2. Загородний, Н.В. Хирургическое лечение вертельных переломов бедренной кости[Текст]/ Н.В. Загородний, Е.А. Жармухамбетов // Российский медицинский журнал. - 2006. № 2. - С.18-19.
3. Кавалерский, Г.М. Современный подход к выбору тактики лечения вертельных переломов бедра у лиц преклонного возраста [Текст]/Г.М. Кавалерский, З.А. Пшихопов, С.В. Бровкин // Медицинская помощь. - 2006. - № 3. - С.19-22.
4. Сергеев, С.В. Изменение плотности костной ткани проксимального отдела бедра у больных с переломами шейки [Текст] /С.В. Сергеев, Т.А. Пирожкова, Ф.А. Шарифуллин // Материалы Российского симпозиума по остеопорозу. - Екатеринбург, 2008. – С.68.
5. Миронов, С.П. Остеопороз как медико-социальная проблема [Текст] / С.П. Миронов // Проблемы остеопороза в травматологии и ортопедии. - М., 2006. – С.4.
6. Шестерня, Н.А. Переломы шейки бедра: Современные методы лечения [Текст] / Н.А. Шестерня. Ю.С. Гамди, С.В. Иванников // М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. – С.104.
7. Метод фармокологической коррекции метоболизма костной ткани для улучшения результатов эндопротезирования тазобедренного сустава[Текст] / [С.П.Миронов, С.С. Радинова, А.Ф. Колондаеви др.] // Остеопороз и остеопения. – 2006. - №3. – С.44-48.
8. Москалев, В.П. Медицинские и социальные проблемы эндопротезирования суставов конечностей[Текст]/ В.П.Москалев, Н.В.Корнилов, К.Р. Шапиро. – СПБ: Морсар – 2011. С.402.
9. Taesdall, R.D. Innovations in the management of hip fractures[Text] / R.D.Taesdall, L.X. Webb // Orthopedics - 2003. - Vol.26. - N.8. - P.845-849.
10. Astrand, J. One fracture is enough! Experience with a prospective and consecutive osteoporosis screening program with 239 fracture patients [Text] / J. Astrand, K.G. Thorngren, M.Tegil // ActaOrthop. – 2006. – Vol. 77, №1. – P.3-8.
11. Schnaid, E. Fractured neck of femur in black patients: prospective study[Text]/ E.Schnaid, A.P.MacPhail, M.W. Sweet // J Bone Joint Surg Br. – 2010. - Vol. 82. - №6. - P.872-875.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Жолдошбеков Е.Ж., Кенжаев А.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева. г.Бишкек

Резюме: на сегодняшний день остается актуальным вопросы диагностики, лечения узловых образований щитовидной железы. Под наблюдением находилась 80 пациентов с различными узловыми образованиями, которым проведено оперативные методы лечения. Наиболее информативным и необходимым в диагностике и дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы является УЗИ и тонкоигольная аспирационная биопсия. Эффективность последнего снижается при многоузловых поражениях.

Ключевые слова: узловой зоб, диагностика, операция, лечение.

TOPICAL ISSUES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THYROID NODULES

Zholdoshbekov E.Zh., Kenzhaev A.J.

Kyrgyz State Medical Academy im.I.K.Akhunbaeva. Bishkek

Summary: today, the issues of diagnosis, treatment of thyroid nodules remain topical. The study included 80 patients with various nodules who underwent operative treatment methods. The most informative and necessary in the diagnosis and differential diagnosis of thyroid nodules is ultrasound and fine needle aspiration biopsy. The effectiveness of the latter is reduced in case of multinodular lesions.

Key words: nodular goiter, diagnosis, surgery, treatment.

Ведение. В области хирургии остается актуальным вопросы диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы т.к. среди эндокринных патологий занимает одно из лидирующих мест. Согласно данным литературы, существенный рост узловых поражений щитовидной железы наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста. К 50-60 годам более чем у половины, а к 90 годам жизни практически 85% лиц выявляются узловые образования. Следует отметить, что увеличение числа больных с узловыми образованиями щитовидной железы связано не только истинным ростом их количество, но и широким внедрением в методах обследования ультразвукового исследования (Романчишен А.Ф.2008; Rolla A.R. 1995; Mazzaferri E.L. 2003).

Согласно сообщениям Ванушко В.Э. и Фадеева В.В. (2012); узловой зоб – это собирательное клиническое понятие, объединяющее различные по морфологическому строению узловые образования щитовидной железы: узловой коллоидный в различной степени пролиферирующий зоб; фолликулярная аденома; злокачественные опухоли. Многоузловой зоб может быть представлен различным заболеваниями щитовидной железы (один узел рак железы, другой коллоидный зоб). Наиболее часто выявляется коллоидный зоб (85-90%), аденома составляет 5,8% и злокачественные опухоли 1-5%.

В диагностике узлового зоба используют пальпацию, УЗИ и тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию. Более ценным исследованием является УЗИ, при котором можно определить размер, объем щитовидной железы и состояние регионарных лимфатических узлов (Слепцов И.В.2007).

Лечение узлового зоба в основном хирургическое, объем которого определяется размерами узла, расположением и состоянием ткани окружающего узел. Недостатком оперативного метода является частота осложнений в ближайшем послеоперационном периоде (8-15%), (гематома, серома, нагноение раны), рецидив в отдаленном послеоперационном периоде и недостаточность функции щитовидной железы (Нончев.Б.,2005; Кыжыров Ж.Н. 2010).

Цель работы: определить эффективность методов диагностики узловых образований щитовидной железы.

Материал и методы исследования.

Под наблюдением находилась 80 пациентов, которые были обследованы и получили хирургическое лечение по поводу узловых образований щитовидной железы в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 на период с 2013 по 2016 год.

Из 80 пациентов превалировали женщины, их удельный вес составил 91,3%, а мужчин было всего 7 (8,7%) , самому молодому было16 лет и самому старшему 78. При распределении больных по возрасту выяснено, что наибольшую группы составили пациенты от 31 до 50 лет (соответственно 25,3% и 32,5%) однако и лица старше 60 лет составили 6,2%, а среди поступивших до 20 лет были только женщины.

Таблица 1 Распределение больных по полу и возрасту

Пол	**Всего больных**		**Распределение по годам и полу**					
	Абс	%	До20	21-30	31-40	41-50	51-60	Старше 60
Жен	73	91,3	4	11	19	23	12	4
Муж	7	8,7	0	1	2	3	-	1
Итого	80	100	4	12	21	26	12	5
%%		100	5,0	15,0	26,3	32,5	15,0	6,2

Наряду сбором анамнестических данных и жалоб проводили осмотр щитовидной железы, пальпацию, УЗИ, тонкоигольную аспирационную биопсию, биохимические анализы крови и исследование функционального состояние щитовидной железы (гормоны Т4,Т3,ТТГ, АТ-ТПО, АТ-ТГ).

Результаты и обсуждения. Мы обратили внимание на сроки заболевания, хотя они носят условный характер, так как больные отмечали сроки уже при проявлении целого ряда клинических признаков заболевания Необходимо отметить, что основными жалобами больных являлись увеличение железы, головная боль, затруднение и дискомфорт при глотании, слабость, быстрая утомляемость (табл. 2).

Таблица 2. Распределение больных по срокам заболевания

Сроки заболевания	Всего больных	
	абс.число	%%
до 6 месяцев	14	17,5
от 6 до 12месяцев	6	7,5

от 1 до 3лет	30	37,5
от 3 до 5	7	8,7
более 5 лет	23	28,8
Итого	80	100,0

Установлено, что большинство больных поступали с давностью от 1 года до 3 (37,5%) лет, на втором месте были больные с давностью более 5 (28,8%) лет, а так же значительную группу составили поступившие с указанием срока заболевания до 6 месяцев (17,5 %).

У 6 (7,5%) больных обнаружено сопутствующие заболевания. Из них 3 (3,8%) страдали сахарным диабетом, 2 (2,5%) гипертонической болезнью и 1 (1,2%) дисциркуляторной энцефалопатией.

При осмотре и пальпации щитовидной железы у больных первая степень увеличения обнаружена у 30, вторая степень у 50, а третья и четвертая степень не выявлена. При определении степени увеличения нами использована классификация О.В. Николаева (1955).

При оценке локализация узлового зоба у 18 (22,5%) узлы располагались в правой доле, у 19 (23,8%) в левой, а у 43 узлы обнаружены в обеих долях (53,7%). Следовательно, преобладало поражение обеих долей щитовидной железы, а правые и левые доли практически были поражены одинаково (табл. 3).

Таблица 3.

Распределение больных по локализации узла

Доли щитовидной железы	Количество больных	
	Абс.число	%%
Правая доля	18	22,5%
Левая доля	19	23,8%
Обе доли	43	53,7%

На основании УЗИ щитовидной железы один узел был выявлен у 30 пациентов (37,5%); 2 узла у 31 (38,7%); 3 узла у 10 (12,5%) и более узлов обнаружено у 9 обследованных (11,3%). Практически все узлы были диаметром более одного сантиметра. Таким образом, по результатам УЗИ узлы чаще выявлялись одиночные и парные узлы (табл. 4)

Таблица 4

Распределение больных по количеству узлов

Количество узлов щитовидной железы	Количество больных	
	Абс.число	%%
1 узел	30	37,5%
2 узел	31	38,7%
3 узел	10	12,5%
Более 3-х узлов	9	11,3%

Для выяснения функционального состояния щитовидной железы были исследованы гормоны щитовидной железы T_4, T_3, ТТГ, АТ-ТПО, АТ-ТГ (табл. 5)

При исследовании гормонов щитовидной железы наблюдалась повышения уровня тироксина и также повышение уровня тиреотропного гормона, в то же время уровень гормона T_3, уровень антител к ТПО и ТГ оставалась в пределах нормы.

Таблица 5

Показатели уровня гормонов щитовидной железы у больных узловым зобом.

Гормоны	Количественный показатель M±m
T_4	38,5±2,1
T_3	2,1±0,13
ТТГ	32,1±0,47
АТ-ТПО	16,2±5,02
АТ-ТГ	7,7±2.60

Тонкоигольная пункционно-аспирационная биопсия выполнено у 39 больных. Затруднение в выполнении аспирационной биопсии вызывали узлы, которые расположены в глубине и плохо

поддавались пальпации, а также когда имелось два и более узлов. После обследований все 80 больных были оперированы.

Анализ гистологического исследования показал, что у большинства оперированных имело место фолликулярная аденома (21 больных,26,2%), реже коллоидный зоб (19 больных, 23,7%), еще реже фолликулярная аденома на фоне коллоидного зоба (14 больных, 17,5%), далее идет смешанный зоб (7 больных, 9%) и т.д.(табл. 6)

Нами было сопоставлены данные результатов гормональных исследований, аспирационной биопсии с данными послеоперационной гистологических исследований, при этом выяснено, что данные тонкоигольной аспирационной биопсии имеет ценность только при одиночных узлах, а данные гормональных исследований дают возможность исключить аутоиммунное происхождение узлового зоба.

Таблица 6

Результаты гистологического исследования

Результаты гистологического исследования	абс.число	%%
фолликулярная аденома	21	26,2
коллоидный зоб	19	23,7
фолликулярный коллоидный зоб	2	2,5
коллоидный зоб тиреоидином.	4	5,0
фолликулярная аденома на фоне коллоидного зоба.	14	17,5
фолликулярный зоб с элементами токсического зоба.	6	7,5
смешанный зоб	7	9,0
диффузный макро-микро фолликулярный зоб	1	1,2
аденоматозный зоб с очаговым тиреоидином	1	1,2
узловой зоб кистообразованием	2	2,5
коллоидный зоб образованием кисты	2	2,5
зоб Хашимото	1	1,2
Всего	80	100,0

Выводы: Из вышеизложенного следует, что с узловой формой зоба чаще поступали женщины в возрасте от 31 до 50 лет и с давностью заболевания от 1 года до 3 лет. Чаще встречались более двух узлов и они локализовались в обеих долях.

В диагностике узлового зоба необходимо использовать клинические, лабораторные, пункционные и инструментальные методы, которые позволяют установить характер заболевания щитовидной железы.

Тонкоигольная аспирационная биопсия эффективен при одиночных узлах, которая позволяет установить точный диагноз, а при двух и более узлах ее информативность снижается.

Литература:

1.Ванушко В.Э., Фадеев В.В. Узловой зоб (клиническая лекция) / В.Э. Ванушко, В.В. Фадеев// Эндокринная хирургия. -2012. -№4. -С 12-16.

2.Кыжыров Ж.Н. Хирургическое лечение рецидивного зоба/ Ж.Н. Кыжыров, Н.Б. Абдуалиев, К.К. Курдекбаев, И.М. Абдуллаев //Хирургия Кыргызстана, №4.-2010.- С.- 11-15.

3.Нончев Боян. Тиреоидная дисфункция и субтотальная резекция на щитовидной железе при Базедовой болезни – факторы риска // Ендокринология.-2005.-10, №1.-С. 13-19.

4.Романчишен А.Ф. Результаты хирургического лечения узловых заболеваний щитовидной железы у больных старческого возраста / А.Ф. Романчишен, А.С. Кузьмичев, А.А. Богатиков// Вестник хирургии. -2008. – том167, №3.- 63-66.

5.Слепцов И.В. Возможности метода внутритканевой деструкции при узловом токсическом зобе у пациентов старшей возрастной группы/И.В. Слепцов, Н.И. Тимофеева, Р.А. Черников, В.А. Макарьин, А.А. Успенская, В.В. Дмитриченко, Ю.Н. Федотов// ФГУ Северо-Западный окружной медицинский центр Росздрава (г Санкт- Петербург).- 2007.- №4 (56).

6. Mazzaferri E.L. A consensus report on the role of serum thyrjglobulin as monitorig method for patients with papillary thyroid carcinoma/E.L. Mazzaferri, R.J. Robbins et al// J. Clinc. Endocrinol. Metab. - 2003.-Vol.88.-1433-1441/

7. Rolla A.R. Thiroid nodules in the elderly// Clinc in Geriatric Med.-1995.-Vol. 11, №2.-P.259-269.

ПРЕСАКРАЛЬНАЯ ТЕРАТОМА С НАГНОЕНИЕМ:
редкое клиническое наблюдение

Р.А.Оморов[1], Б.К. Осмоналиев[1], Р.К.Бейшенбаев[1], Б.Р. Джамалиев[2], Т.К.Кубанычбеков[1].
[1]Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра факультетской хирургии (зав. кафедрой – д.м.н., профессор, член-корр. НАН КР Р.А. Оморов).
[2]Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: В статье представлено клиническое наблюдение забрюшинной зрелой тератомы с нагноением у 30-летней пациентки с редким вариантом локализации опухоли (IV тип). Изначально пациентка трижды была оперирована с подозрением на кистозное образование придатков. При проведении магнитно-резонансной томографии выявлено кистозное образование, полностью занимающее дно малого таза; вероятно, доброкачественное, смещающее матку и придатки кверху, а прямую кишку кпереди. Выявленная предположительно доброкачественная опухоль полностью удалена менее травматичным лапаротомным доступом. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии. Опухоль представляла собой кистозноеобразование, состоящее из одной большой кисты, с густым сливкобразным грязно-желтого цвета гнойным содержимым в объеме 500мл. В настоящее время при ультразвуковом исследовании рецидива заболевания не выявлено, матка и прямая кишка расположены в типичных местах, нарушения функции органов малого таза нет.

Ключевые слова: тератома, забрюшинного пространства, нагноение, диагностика, оперативное лечение, рецидив.

СЕЙРЕК КЕЗДЕШҮҮЧҮ ЖЕРДЕ ЖАЙГАШКАН ИРИҢДЕГЕН ТЕРАТОМА:
клиникалык байкоо жүргүзүү

Р.А. Оморов[1], Б.К. Осмоналиев[1], Р.К.Бейшенбаев[1], Б.Р. Джамалиев[2], Т.К. Кубанычбеков[1].
[1]И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медицина академиясы, факультеттик хирургия кафедрасы (кафедра башчысы – м.и.д., профессор, КР УИАнын мүчө-корр. Р.А. Оморов).
[2] Б.Н. Ельцина атындагы Кыргыз-Орус Славян университети
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Бул макалада 30 жаштагы оорулуу аялдын ичтеги бышып жетилген ириң менен коштолгон тератомасы чейрек кездешүүчү жерден орун алган шишиги (IV типтеги) жөнүндөгү клиникалык байкоо көрсөтүлгөн. Башында бул аял кошумча кистага шек менен үч жолу операция болгон магнит-резонанс томографиясы жасалганда жамбаштын ылдый жагын толугу менен ээлеген киста бар экени белгилүү болгон. Жатынды жана жатын түтүкчөлөрүн өйдөжака, ал эми түз ичегини алды жака түртүп жаткан чоң киста болуп чыккан. Белгилүү болгон жакшы сапаттуу шишик көп оору келтирбеген лапаратомдук ыкма менен жок кылынган. Операциядан кийинки учур жакшы өтүп, ооруу кайра күчалбастан 9-чу күнү ооруканадан чыгарылган. Шишик бир чоң кистадан турган, ичинде 500 мл коюу ириңболгон. Азыркы учурда ультраүндүк добуш изилдөөнүн жыйынтыгында патология жок экени, жатын менен түз ичеги кадимки ордунда турганы, функциялары жакшы ишеп жатканы белгилүү болду.

Негизги сөздөр: тератома, чейрек кездешүү чүжерден, ириңдө, дартты аныктоо, операция жолу менен дарылоо, кайра пайда болуу.

PRESAKRAL TERATOMA WITH SUPPURATION:
Rare clinical case

R.A. Omorov[1], B.K.Osmonaliev[1], R.K. Beishenbaev[1],B.R.Djamaliev[2], T.K.Kubanychbekov[1].
[1]The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Chair of faculty surgery. (Head of the department - MD, professor, corresponding member National Academy of Sciences, R.A. Omorov).
[2]The Kyrgyz-Russian Slavianic University named after B.N.Yeltsin
Bishkek, the Kyrgyz Republic.

Resume: Summary: The article presents a clinical observation of retroperitoneal mature teratoma with suppuration in a 30-year-old patient with a rare variant of tumor localization (type 4). Initially, the patient

was operated thrice with suspected cystic formation of pelvic region. An magnetic resonance tomography revealed a cystic formation that completely occupied the pelvic floor, probably benign, displacing the uterus and appendages upward, and the rectum anteriorly. The identified presumably benign tumor was completely removed by less traumatic laparotomic access. The postoperative period was uneventful, and was discharged on the 9th day in a satisfactory condition. The tumor was a cystic mass consisting of one large cyst, with a thick creamy, dirty yellow color with purulent contents in a volume of 500 ml. at present, there is no pathology with ultrasound, the uterus and rectum are located in typical places, there is no dysfunction of the pelvic organs.

Key words: teratoma, retroperitoneal space, suppuration, diagnostics, surgical treatment, relapse.

Введение. Пресакральная киста (ПК) – врожденная аномальная структура, локализующиеся в параректальной клетчатке, от простых дермоидных кист до сложных опухолей, содержащих целые органы или их зачатки, и даже неполные паразитарные плоды [1].

В течение многих лет в центре внимания хирургов и колопроктологов остается проблема лечения пациентов с ПК. Актуальность этой проблемы связана с локализацией тератом, которые чаще всего располагаются в крестцово-копчиковая области и распространенностью. Частота рождения детей с таким вариантом опухоли — 1:40 000; патология в 3 раза чаще встречается удевочек. Большая часть новообразований выявляется при рождении или в возрасте до одного года. Среди хирургов не существует единого мнения в отношении тактики лечения пациентов с ПК [2, 3, 4].Особую опасность представляют тератомы больших размеров, а так же их осложнения, такие как: малигнизация, нагноение, образование тазовых абсцессов и свищевых ходов [5, 6].

Крестцово-копчиковые тератомы в зависимости от локализации подразделяются на 4 типа (American Academy of Paediatrics Surgical Section, APPSS) [7]:

- 1 тип: преимущественно рост наружу с минимальным поражением предкрестцовых тканей(47% наблюдений);
- 2 тип: выраженный рост наружу и в полостьтаза (34%);
- 3 тип: имеется рост наружу, но преобладаетрост в полость таза с проникновением в брюшную полость (9%);
- 4 тип: отсутствует наружный компонент, опухольполностью расположена в полости таза (10%).

Тератомы, в большинстве случаев состоят из тканей, которые представляют собой производное от трех зародышевых листков (тридермальные) и содержат органоидные элементы.По классификации F. Gonzalez-Crussiразличают зрелый, незрелый, последний можно рассматривать как, злокачественный вариант тератом [8].

По данным литературы мы не нашли сообщений о тератомах с локализацией 4-го типа по классификации APPS в Кыргызской Республике у взрослых пациентов. Принимая во внимание редкость выявления тератомы больших размеров с нагноением у взрослых, представляем собственное клиническое наблюдение оперированной пациентки.

Клинический случай. Пациентка Ж.У.С. 30 лет, находилась на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии и урологии Городской клинической больнице №1 г. Бишкек, № истории болезни 12 565–2018/1527 с 12.12.18г. по 21.12.18г. Жалобы при поступлении: на боли внизу живота, в области копчика, частые позывы на дефекацию, мочеиспускание, лентовидный кал, общую слабость. Из анамнеза болезни: со слов пациентки боли внизу живота и в области копчика начали беспокоить с 2010 года, при Ультра звуковом исследовании (УЗИ) была выявлена киста малого таза, по поводу чего в 2013 году оперирована в одной из городских больниц (Республика Казахстан), произведена лапаротомия, цистэктомия левого яичника, однако жалобы сохранялись, киста малого таза вновь беспокоила. В 2014 году повторно, лапаротомным доступом оперирована по поводу кисты малого таза. Но несмотря на две лапаротомии, кисту удалить не удалось, жалобы сохранялись после операций и постепенно начали нарастать, в связи, с чем в 2015 году обратилась в клинику г. Астаны. При УЗИ было выявлено кистозное образование малого таза, по поводу чего была произведена лапароскопическая операция, где также произведена цистэктомия, по данным выписных эпикризов из историй болезней. Последние два месяца пациентка стала вновь отмечать усиление болевого синдрома, чувство инородного образование в малом тазу, периодически озноб, трудность при дефекации, мочеиспускании, лентовидный кал, недомогание и общую слабость. Было рекомендовано пройти магнитно-резонансную томографию (МРТ) и консультацию проктолога. После прохождения МРТ, обратилась в ГКБ №1 г. Бишкек, где была осмотрена проктологом, обследована и

госпитализирована для оперативного лечения с диагнозом пресакральная киста больших размеров. При поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное, с наклоном вперед, из-за болевого синдрома в области копчика. Кожный покров и видимые слизистые бледноватой окраски. Телосложение - нормостеническое. Дыхание ровное, проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 80 уд в мин. Локальный статус: Живот симметричен, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации безболезнен. Над лоном имеется поперечный «окрепший» послеоперационный рубец размером 20,0 на 0,3 см. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника активная. Печень не увеличена, селезенка не пальпируются. Стул не регулярный, склонный к запорам. Мочеиспускание частое. На промежности, каких либо образований на коже, свищей, мацераций нет. При пальцевом ректальном исследовании, по задней стенке прямой кишки выше анального канала имеется округлое образование диаметром около 10,0 см, плотно прилежащее к задней стенке прямой кишки. На слизистой прямой кишки рубцовых или воспалительных изменений не выявлено. Образование оттесняет прямую кишку кпереди. При пальцевом исследовании образование болезненное, плотное,напряженной консистенции. Ректороманоскопия не производилась из-за выраженного смещения прямой кишки кпереди и болевого синдрома. Общеклинические и биохимические анализы были в пределах нормы.При УЗИ: по передней поверхности матки лоцируется анэхогенное образование размером 72х64мм, с гомогенным содержимым, с четкими контурами, толстой стенкой, периферические лимфоузлы не увеличены, плотно прилежит к мочевому пузырю, матки и прямой кишки, задний свод свободен. Заключение: Загиб матки. Параовариальная киста?

На МРТ крестца, копчика, илеосакральных сочленений: на серии МР-томограмм в сагиттальной, аксиальной и коронарных плоскостях, Т1, Т2 ВИ, STIR – крестцово-копчиковой угол не изменен. Копчиковые позвонки визуализируются, без признаков угловой деформации. Костно-травматические изменения не выявлены. Суставные щели илеосакральных сочленений не сужены. Субхондральные зоны без признаков трабекулярного отека, жировой дегенерации. Патологического МР-сигнала на STIR не выявлено. Костно деструктивных изменений не выявлено. Мягкие ткани не инфильтрированы. На охваченных снимках – в полости малого таза, в пресакральном пространстве отмечается кистозное образование размерами 9,0х8,7х7,7 см, с четкими ровными контурами, тонкой стенкой, однородным жидкостным содержимым муцинозного характера, оттесняющее прямую кишку, матку и мочевой пузырь кпереди. Яичники не изменены, фолликулярной структуры. Заключение: Костно-травматические, костно-деструктивные изменения крестцово-копчиковой отдела позвоночника не выявлены. МРТ данных за сакроилеит нет. Кистозное образование пресакрального пространства (рис. 1).

Рис. 1. МРТ пациентки Ж.У.С., 30 лет. Кистозное образование, занимающее полость малого таза, смещающее матку и придатки кверху, прямую кишку кпереди.

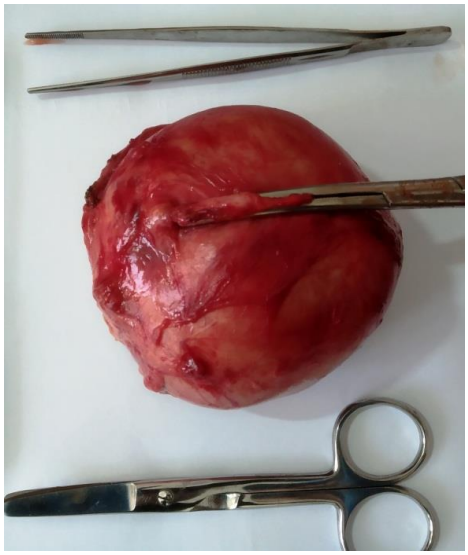


Рис. 2. Макропрепарат, пресакральная киста размером 10,0 х 9,0 см, плотной консистенции, стенки утолщены, уплотнены.

12.12.2018 г. произведена операция: лапаротомия по Пфанненштилю, адгезиолизис, цистэктомия из пресакрального забрюшинного пространства, дренирование забрюшинного пространства и малого таза. Интраоперационно в малом тазу выраженный спаечный процесс (из-за предыдущих операций), забрюшинно строго по средней линии и кпереди от крестца установлено наличие кистозного образования размером 10,0×9,0 см, которое оттесняло прямую кишку кпереди и влево, матку с придатками в брюшную полость. После рассечения спаек и брюшины киста удалена без предварительной пункции и вскрытия (рис. 2). Дно кисты доходило до тазового дна. Основание опухоли обработано с помощью биполярной коагуляции.

Гистологические исследование: №143 716-20. Стенка кисты выстлана многослойным плоским эпителием (рис. 3); В стенке хроническое умеренное воспаление (рис. 4); в глубине киста выстланная бокаловидными клетками (рис. 5) также кистовидно расширенная железа из двуслойного эпителия; гладкомышечная ткань (рис. 6). Заключение: Тератома зрелая с кистообразованием.

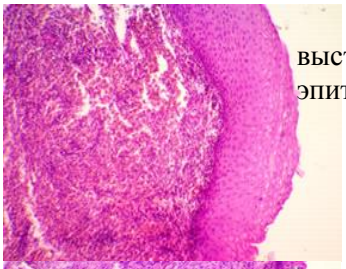


Рис. 3. Стенка кисты представлена фиброзной тканью и выстлана местами многослойным плоским неороговевающим эпителием. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение х100.

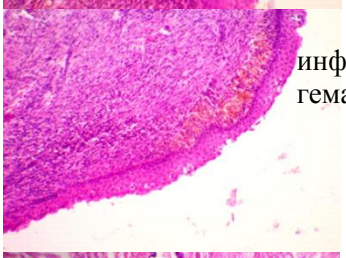


Рис. 4. В подслизистом слое определяется воспалительный инфильтрат с небольшим количеством лейкоцитов. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение х100.

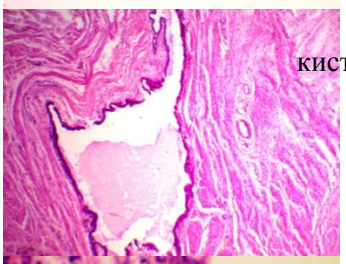


Рис. 5. В толще тератомы определяется тонкостенная киста. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение х400.

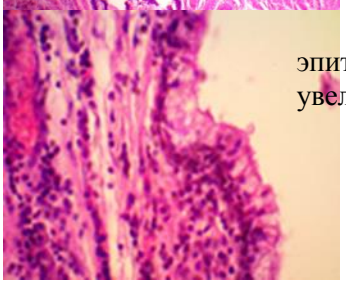


Рис. 6. Стенка кисты выстлана местами однослойным эпителием кишечного типа. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение х400.

Послеоперационный период протекал без особенностей, рана зажила первичным натяжением, дренажи удалены после УЗИ контроля на 5-8 сутки после операции. Осложнений со стороны других органов не было. Стул и мочеиспускание нормализовались. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии на 9 сутки после операции. Контрольное обследование через 3 месяц после операции: жалоб нет, функции тазовых органов не нарушены. При УЗИ таза патологии не выявлено.

Обсуждение. Представленный клинический случай демонстрирует редкий вариант полностью внутренней крестцово-копчиковой зрелой эпителиальной тератомы больших размеров, осложненной нагноением (около 500 мл гнойного содержимого) (рис. 7). Хотя локализация и макроскопическая картина (рис. 8) типичны для внутренней крестцово-копчиковой тератомы 4-о типа по классификации APPS.

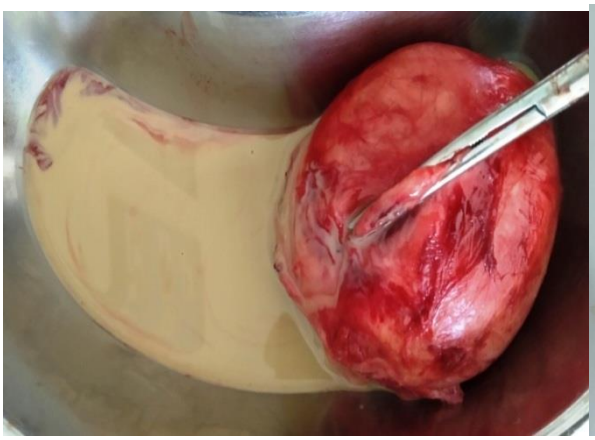


Рис. 7. Макропрепарат. Пресакральная киста после вскрытия, получено густое сливкообразное гнойное содержимое в объеме около 500мл.

Рис. 8. Макропрепарат, Внутренняя стенка пресакральной кисты, стенки плотной консистенции, утолщены, уплотнены.

Возраст пациентки был не характерен для данной патологии, так как пресакральные кисты чаще всего встречаются в детском возрасте. Тератомы обычно являются тридермальными, но при гистологическом исследовании макропрепаратах были обнаружены эктодермальные (эпителиальные) элементы.

Для уточнения диагноза неоценимую помощь оказала МРТ, которая детально представила локализацию и природу кистозного образования, что не было проведено перед- и после произведенных ранее оперативных вмешательствах, приведшее к длительному течению заболевания, ухудшению качества жизни пациентки и такому осложнению как нагноение, выраженному спаечному процессу и техническим трудностям из-за размеров и локализации кисты.

Литература:

1. Воробьев, Г.И. Основы колопроктологии.-М.: Медицинское информационное агентство,2006.- 430 с.
2. Park, Y.J. Multiple Presacral Teratomas in an 18-year-old Girl // J Korean Soc Coloproctol.-2011.- 27(2). - P.90–93.
3. Retrorectal cyst: a rare tumor frequently misdiagnosed / [MA Singer, JR Cintron, JE Martz et al.] // J Am Coll Surg.- 2003.- 196(6).- P.880-886.
4. Cody, HS, 3rd, Malignant retrorectal tumors: 28 years' experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center/ HS Cody, 3rd, R.C Marcove, S.H Quan //Dis Colon Rectum. – 1981.- 24(7). – P.501-506.
5. Giant sacrococcygeal teratoma in an adult: case report / [YB Roka, R Koirala, A Bajracharya et al.] // Br J Neurosurg.– 2009.- 23(6).- P.628–629.
6. Malignant degeneration of presacral teratoma in the Currarino anomaly / [M Urioste, Garcia-Andrade C Mdel, L Valle et al.] // J Am Med A.Genet.- 2004.- 128(3) – P.299–304.
7. Pizzo, A. P. Principles and Practice of Pediatric Oncology, 5th edition. Lippincott Williams &Wilkins / A P. Pizzo, D. G. Poplack.- 2006. – 1780 p.
8. Gonzalez-Crussi, F. Extragonadal Teratomas. Atlas of Tumor Pathology, Second Series, Fascicle 18. Armed Forces Institute of Pathology, Washington / F Gonzalez-Crussi. - D.C., USA, 1982. - P.77–94.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ОСЛОЖНЕННОЙ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ

А.И. Мусаев, У.А. Кулбаев, А.С. Егиналиев
Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель: представить результаты оперативного лечения больных с синдромом диабетической стопы (СДС), осложненной некротическим процессом. Даны результаты лечения пациентов с СДС. Изложены методы диагностики и тактика лечения. При некротическом процессе операции выполняли после проведения комплекса лечения, направленного на отграничение процесса, что в большинстве случаев позволило избежать высоких ампутаций бедра.

Ключевые слова: сахарный диабет, синдром диабетической стопы, оперативное лечение, осложнение.

ДИАБЕТТИК БУТ СИНДРОМУНУН ЫРБАП ЧИРИП КЕТКЕНДЕН КИЙИНКИ ДАРЫЛООНУН ЖЫЙЫНТЫГЫ

А.И. Мусаев, У.А. Кулбаев, А.С. Егиналиев
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Жалпы практикадагы хирургия кафедрасы, комбустиология курсу.
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Максат. Диабеттик бут синдрому ырбап, чирип кеткен соң, операциалык дарылоонун жыйынтыгын көрсөтүү. Диабеттик бут синдрому менен жабыркагандардын дарылануусунун жыйынтыгы берилди. Түрдүү диагностика жана дарылоонун ыкмасы корсотүлдү. Ушул чирип кеткен учурда, дарылоодон кийин гана, операция жолу менен жогору ампутациядан аарылууга мүмкүнчүлүк түзүлдү.

Негизги сөздөр: Кант диабети, диабеттик бут синдрому, операциялык дарылоо, ырбоо.

THE RESULTS OF TREATMENT OF DIABETIC FOOT SYNDROME, COMPLICATED BY NECROTIC PROCESS

A.I. Musaev, U.A. Kulbaev, A.S. Eginaliev
Kyrgyz State Medical Academy named after. I. K. Akhunbaev Department of General Practice Surgery with Combustiology Course, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. Purpose: to present the results of surgical treatment of patients with diabetic foot syndrome (DFS) complicated with necrotic process. There are given results of treatment of patients with the DFS. The methods of diagnosis and treatment tactics are presented. Operations in a cases of necrotic process was performed after the treatment complex, aimed at limiting the process, thus avoiding high amputation of the thigh in a most cases.

Key words: diabetes mellitus, diabetic foot syndrome, surgical treatment, complication.

Среди больных с эндокринной патологией наибольший удельный вес занимает сахарный диабет, который распространен во всем мире и не имеет тенденции к снижению, а наоборот, отмечается неуклонный рост [1,2]. В результате длительного течения сахарного диабета возникают осложнения с поражением сосудов сердца, почек и нижних конечностей и среди этих осложнений ведущим является синдром диабетической стопы (СДС) [3,4], при котором возникают гнойно-некротические процессы, встречающиеся у 15-20 % больных сахарным диабетом. Течение раневого процесса при СДС сопровождается нарушением клеточного и гуморального звеньев иммунитета [5,6] и наряду с формированием гнойно-воспалительного процесса идет развитие устойчивости возбудителей, что ведет к торпидному течению раневого процесса. Ведение этих пациентов связано с длительными сроками госпитализации и высокими показателями летальности [7].

К настоящему времени предложено большое количество методов введения антибиотиков с целью повыщения концентрации их в очаге поражения, использование медикаментозных средств, которые влияли бы на все звенья патогенеза СДС, применение физических факторов и др. Все это подтверждает то положение, что нет универсального метода, который бы позволил в короткие сроки предотвратить прогрессирование гнойно-некротического процесса [8,9], в настоящее время идут поиски все новых и новых медикаментозных средств и пересматривается тактика ведения больных.

Материал и методы: Нами проведен анализ результатов лечения 19 больных с СДС, осложненной нейроишемической гангреной нижних конечностей, которые получали лечение в отделении хирургии с 2017 по 2018 год. Мужчин было 13, а женщин 6. Все они страдали СД 2-типа в стадии декомпенсации. Сопутствующие заболевания обнаружены у всех обследованных.

В обследовании использованы (анамнез, осмотр, общий анализ крови и мочи, сахар крови, печеночные и почечные тесты.), выполнялись и специальные методы: комплиментарная активность сыворотки крови, лизоцим и иммуноглобулины А, М, G, и количество Т-В-лимфоцитов, доплерография, микрофлора раневой поверхности и ее чувствительность к антибиотикам. Исследования выполнялись при поступлении больного, а также в динамике

Результаты и обсуждение: Ознакомление с анамнезом позволило отметить, что гнойно-некротические процессы начинают развиваться уже в первые годы заболевания СД. Их развитие не

зависело от длительности течения сахарного диабета и они возникали даже при латентном течении болезни (3чел).

При осмотре конечностей, влажная гангрена стопы с переходом на голень была у 2, с гангреной пальцев стопы госпитализированы 10 пациента, а с локальным гнойным процессом стопы 7.

Терапия, проводимая больным сахарным диабетом, с момента поступления включала несколько направлений: для коррекции сахара крови переходили на простой инсулин с суточным мониторингом колебания глюкозы крови (не менее 2 раз), это позволяло подобрать дозу и добиться компенсации сахарного диабета. Также назначалась детоксикационная, антикоагулянтная и антиагрегантная терапия под контролем свертываемости крови (реополиглюкин, трентал, курантил, вазонит и.т.д.). Больные получали антиоксиданты (витамин Е), гепатопротекторы и обезболивающие препараты.

Противовоспалительная терапия включала назначение не менее 2-х антибиотиков широкого спектра действия до получения результатов посева. При бактериологическом исследовании отделяемого из раны выделена стафилококковая флора, кишечная и синегнойная палочка. Большинство штаммов не были чувствительны к наиболее часто используемым антибиотикам. Антибиотики менялись согласно антибиотикограмме. Местное лечение включало ежедневные перевязки (по мере необходимости перевязки выполнялись дважды в сутки) с использованием различных мазей на гидрофильной основе (левомеколь, левосин и т.д.), а после очищения раны-повязки с озонированной мазью или мазью облепихи

При выявлении сопутствующих заболеваний лечение согласовали с «узкими» специалистами.

При поступлении повышение температуры тела было у14 больных.

В анализах крови в лейкоцитарной формуле отмечено снижение количества лимфоцитов.

Одним из основных звеньев в лечении данной категории больных является иммуностимуляция, так как в прогрессировании гнойно некротического процесса большую роль играет угнетение иммунной защиты организма. С целью иммуной коррекции применяли полиоксидоний.

Анализ иммунограммы больных при поступлении позволил выявить резкое снижение Т-лимфоцитов (42,7±1,7), В-лимфоциты имели тенденцию к снижению (8,7±0,71), а у 14 человек они были повышены. Снижена лизоцимная и комплиментарная активность сыворотки крови (0,38±0,03; 40,4±2,7), количество иммуноглобулинов A,M,G. (9,13±0,53: 0,67±0,16: 27,3±1,5), после лечения у больных отмечена тенденция к нормализации, что свидетельствовало о улучшении иммунной защиты.

После проведенного лечения количество Т-лимфоцитов достоверно повысилось до (58,6±4,9) за счет Т-киллеров, а количество В-лимфоцитов увеличилось незначительно (10,4±0,78), повысилась лизоцимная и комплиментарная активность сыворотки крови (0,43±0,06; 47,5±1,65), количество всех классов иммуноглобулинов (А 4,5±0,73: М 1,1±0,12: G 19,78±0,59), но к моменту выписки у многих они не достигали нормы, что свидетельстует о глубоком угнетении иммунной зашиты.

Двум больным с влажной гангреной стопы в первые сутки их поступления по жизненным показаниям произведена ампутация на уровне бедра.

Из 10 больных, которые госпитализированы с гангренами пальцев стопы в первые сутки операции выполнены у 3 больных, но после операции гнойно-некротический процесс распространился на стопу. Произведено дополнительное вскрытие флегмоны стопы на подошвенной поверхности. После такого результата мы изменили тактику ведения больных, не торопились с проведением оперативного вмешательства с момента поступления, 7 больным проводили комплексное консервативное лечение, пока не спадал отек и не появлялась четкая демаркационная линия. Это наступало на 4-6 сутки и только после этого проводили экзартикуляцию пальца. При таком подходе дальнейших осложнений со стороны стопы не наблюдалось. У больных с локальным гнойным процессом производились неоднократные некрэктомии. После ампутации на уровне бедра рана нагноилась и после очищения раны заживление шло вторичным натяжением. Летальных исходов не было, но пребывание в стационаре было длительнее (21,8±1,27 койко дней).

Из 19 наблюдаемых нами больных у 2 выполнена высокая ампутация бедра по жизненным показаниям, а у остальных - органосохраняющие операции в комплексе с медикаментозным лечением, направленным на основные звенья заболевания, но в данной группе пациентов потребовалось длительное стационарное лечение.

Выводы:

1. СДС очень часто осложняется гнойно-некротическим процессом.
2. Лечение осложнений СДС должно выполняться строго индивидуально с учетом выявленных нарушений.

3. Включение иммунокорректора полиоксидония способствует улучшению течения процесса при СДС.

Литература

1.Жолдошбеков, Э.Ж. Синдром диабетической стопы. (клиника, диагностика, лечение)/ Э.Ж. Жолдошбеков. Бишкек:ОсОО «Кут Бер», 2012.-163ст.

2.Даниленко, С.Ю. Патогенез и классификация синдрома диабетической стопы/ С.Ю. Даниленко, А.Н. Плеханов, П.С. Маркевич.// Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.-2011.-№4.-С.44-46.

3.Галимов, О.В. Синдром диабетической стопы: принципы комплексного лечения/ О.В. Галимов, В.О. Ханов, Г.Р. Валиева// Вестник хирургии.-2015.-№5.-С.61-65.

4.R. Lobman. Proteases and the diabetic foot syndrome: mechanisms and therapeutic implications Diabetes Care / R. Lobman, R. Schultz., H. Lechnert //E.W.M.A.- 2005.-Vol.28.-P.461-471.

5.Шапкин, Ю.Г. Хирургическое лечение синдрома диабетической стопы, осложненного гнойно-некротическим процессом/ Ю.Г. Шапкин, Е.В.Ефимов, А.Ю. Хроших// Новости хирургии.-2012.-№6.-С.116-120.

6.D. Neut. Biofilms in chronic diabetic foot ulcers-a stady of 2 case´s.// Acta Orthop.- 2011.-Vol.82.-P.383-385.

7.Окроян, В.П. Современный взгляд на патогенетический подход в хирургическом лечении больных с синдромом диабетической стопы/ В.П.Окроян, Т.Р.Ибрагимов, О.В.Галимов// Пермский медицинский журнал.-2018.-№1.-С.12-20.

8.Осинцев, Е.Ю. Местная медикаментозная терапия раневой инфекции у больных с синдромом диабетической стопы/ Е.Ю.Осинцев, В.А.Мельситов, И.О.Бугаева// Саратовский научно-медицинский журнал.-2012.-№2.-С.325-329.

9.A.P. Fonseca. Biofilms in wounds: An unsolved problem?// EWMA Journal,- 2011.-Vol.11.-P.10-23.

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОЖНО-ЖИРОВЫМ ФАРТУКОМ И ГРЫЖЕЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

А.И.Мусаев, Э.М.Мадаминов, М.Н.Макеева, А.Ж.Акешов
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Макеева МээримНурдиновна - mekusya.93.09@mail.ru

Цель –оценить результаты абдоминопластики у больных с ожирением в сочетании с послеоперационной грыжей передней брюшной стенки.

Резюме: В работе представлены результаты оперативного лечения 12 больных с кожно-жировым фартуком в сочетании с грыжей передней брюшной стенки. Все больные прооперированы под эндотрахеальным наркозом. Показаны определения индекса массы тела, степени кожно-жирового фартука и метод комбинированной абдоминопластики с аутопластикой грыжевого отверстия.

Ключевые слова: Кожно-жировой фартук, липосакция, абдоминопластика, полипропиленовая сетка, пупочная грыжа, оперативное лечение.

ТЕРИНИН-ТОҢМАЙ ФАРТУГУ ЖАНА ИҢ КӨҢДӨЙДҮН АЛДЫҢКЫ БЕТИНИН ГРЫЖАСЫ БАР ООРУЛУУЛАРДЫ ОПЕРАТИВДҮҮ ДАРЫЛОО ТАЖРЫЙБАСЫ

А.И.Мусаев, Э.М.Мадаминов, М.Н.Макеева, А.Ж.Акешов
И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Жалпы хирургия кафедрасы комбустиология курсу менен
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Максаты – ич көңдөйүнүн алдыңкы бетинин операциядан кийинки грыжасы бар, семирип кекен оорулууларда абдоминопластиканын жыйынтыктарын баалоо

Корутунду: Иште ич көңдөйүнүн алдыңкы грыжасы менен айкалышкан теринин-тоң май фартугу бар 12 оорулууну операциялык дарылоонун жыйынтыгы берилди. Оорулуулардын баарына эндотрахеалдык наркоз менен операция жасалды. Дененин салмагынын индексин, теринин-тоң май фартугунун даражасынан ыктоо жана грыжа көзөнөгүн аутопластикалоо менен аралаш абдоминпластикалоо методу көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: теринин-тоң май фартугу, липосакция, абдоминопластика, полипропилен торчосу, киндиктин грыжасы, оперативдүү дарылоо.

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SKIN-FAT APRON AND HERNIA OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL.

A. I. Musaev, E. M. Madaminov, M.N.Makeeva, A.J.Akeshov
Kyrgyz State medical Academy named after I. K., Akhunbaev
Department of General practice surgery with a course of combustiology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Aim- to evaluate the results of abdomenoplastics in patients with obesity in combination with postoperative hernia of the anterior abdominal wall.

Abstract: the paper presents the results of surgical treatment of 12 patients with skin-fat apron in combination with anterior hernia abdominal wall. All patients were operated under endotracheal narcosis. The definitions of body mass index, degree of skin-fat apron and method of combined abdomenoplastics with autoplasty of the hernia.

Keywords: Skin-fat apron, liposuction, abdomenoplastics, polypropylene mesh, umbilical hernia, operative treatment.

Введение:В настоящее время во многих странах мира растет интерес к хирургической коррекции тела [1,2]. Актуальным разделом современной эстетической и пластической хирургии является абдоминопластика -операция, направленная на устранение излишков кожи, подкожно-жировой клетчатки в области живота и дефекта мышечно-апоневротического каркаса с их дополнительным укреплением, предусматривая коррекцию силуэта тела человека. Так, в 2016 году по данным статистики национального банка косметической хирургии американского сообщества пластических хирургов, самой популярной операцией года стала липосакция- 414 315 тыс. процедур, абдоминопластика заняла третье место, уступив увеличению груди, с количеством процедур 181 540 [3]. При широкой доступности пластической хирургии для населения, улучшении технической базы государственных медицинских учреждений, становится актуальным вопрос расширения применения методов и приемов реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии при решении эстетических задач не только у физически здоровых пациентов с измененной формой живота в результате изменения массы тела, беременности и родов, а так же у перенесших заболевания, вызывающих деформацию внешнего вида передней брюшной стенки.Частой причиной образования кожно-жирового «фартука» является беременность, значительные колебания веса, нарушения обмена веществ, возраст, хирургические вмешательства, когда в силу перерастяжения тканей передней брюшной стенки формируется птоз живота [4,5,6].

Кожно-жировой фартукимеет вид большой свисающей жировой складки иимеет несколько степеней:Первая степень (характерна опусканием складки до лобка);Вторая степень (жировая складка может опускаться до половых органов);Третья степень (характеризуется опусканием кожно-жирового фартука до верхней трети бедра); Четвертая (жировая складка опускается до середины бедер);Пятая (характеризуется отвисанием жировой складки до уровня коленей).

Что ж касается грыж передней брюшной стенки можно сказать, что эта патология является одной из самых распространенных заболевании человека и наблюдается у 3-7% населения. По данным разных авторов, от 2 до 22 процентов всех лапаротомий осложняются развитием послеоперационных вентральных грыж[7].

Таким образом, кожно-жировой фартук в сочетании с грыжами передней брюшной стенки является весьма актуальной задачей для хирургов и имеет медицинское, социальное и экономическое значение.[8].

Цель работы: Оценить результаты абдоминопластики у больных с ожирением в сочетании с грыжей передней брюшной стенки.

Материал и методы исследования

Согласно плану нашего исследования в период с 2017 по 2018 год включительно в ГКБ №1 г. Бишкек прооперированы 12 пациенток с кожно- жировым фартуком 3-5 степени и из ниху 6 пациенток в анамнезе установлено, что ранее перенесли операцию Кесарево сечение (доступом по Пфанненштилю) после чего образовалась вентральная грыжа. Больные были женщины в возрасте от 46 до 60 лет. Еще один случай после бариатрической операции (рукавная гастропластика) в одной из частных клиник города, остальные 4 пациента после 5-6 раза родов и 1 пациентка соблюдала диету в течение 2 лет (табл.).

Таблица – Распределение пациентов с кожно-жировым фартуком по возрасту

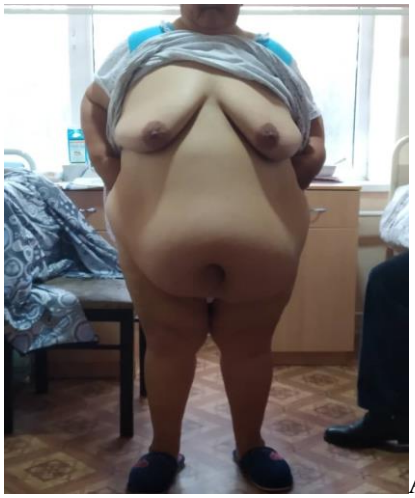
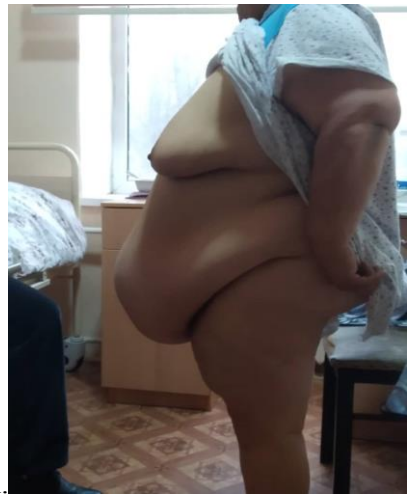
Виды вмешательств	Колебания в возрасте	Количество пациентов
Кесарево сечение	53-60	6
Рукавная гастропластика	46	1
После родов	50-57	4
Диета	52	1
Всего	46-60	12

Колебания массы тела мы оценивали в соответствии с рекомендациями Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по формулеI=$\frac{m}{h2}$, где m — масса тела в килограммах, h — рост в метрах. У всех поступивших выявлено ожирение 3-4 степеней.

В предоперационном периоде проходили комплексное обследование, которое кроме стандартного клинико-лабораторного комплекса включало также УЗИ - брюшной и грудной полости. При УЗИ определяли толщину подкожно-жирового слоя, размеры дефекта брюшной стенки, размеры грыжевого мешка, характер содержимого. Сопутствующие патологии выявлены у 3 пациентов. Коррекцию сопутствующих заболевании осуществляли с участием в лечебном процессе кардиолога, терапевта.

Результаты и их обсуждения

Все оперативные вмешательства производились под эндотрахеальным наркозом. На всех этапах оперативного вмешательства использовались современный электрохирургический инструментарий. Кожный разреза выполняли с учетом ранее перенесенными вмешательствами на органах брюшной полости и локализации грыжи. Абдоминопластику выполняли каплевидным разрезом по Шепельманну[9]. Этот доступ мы считаем более целесообразно использовать в виду того, что во время операции удается адекватно подойти к грыжевому мешку и выполнить ревизию передней брюшной стенки на наличие диастаза мышц, а также других грыжевых выпячиваний. После удаления избытка кожно-жирового лоскутапластику дефекта в брюшной стенке осуществляли полипропиленовой сеткой над апоневрозом (onlay), в одном случае произвели пластику с наложение кисетных швов на грыжевые ворота и оставляли дренажные трубки для активной аспирацииз полихлорвиниловых трубок собеих боков.[10]. В течение 3-4 дней производили активную аспирацию отделяемого из подкожно-жировой области и после его прекращения и контрольного УЗИ исследования дренажи удаляли. Пациент с жировым фартуком иллюстрирован на рис.


А.

Б.

В.

Г.

Рис.1. А – пациентка до операций в прямой проекции. Б - пациентка до операций в боковой проекции. В – удаленный фартук. Г – после операции в боковой проекции.

В раннем послеоперационном периоде у 2 пациентов образовалась серома, которая была ликвидирована пункцией под контролем УЗИ. В остальных случаях осложнении со стороны операционной раны не выявлено. Среднее пребывания в стационаре составляло 10±1,1 дней.

Выводы

Больные подверженные ранее оперативным вмешательствам на органах брюшной полости с ожирением,наличием кожно-жирового фартука и грыжами передней брюшной стенки могут быть прооперированы в государственных клиниках с хорошей оснащенностью медицинским оборудованием.

Предлагаемая методика абдоминопластики в сочетании с грыжесечением с ненатяжной аутопластикой позволяет одновременно добиться снижения рецидива грыжи и удовлетворить эстетические потребности пациентов.

Литература

1. Shiffman, M. A. History of Cosmetic Surgery [Text] / M. A.Shiffman // In: Cosmetic Surgery. Springer Berlin Heidelberg. - 2013. -P. 3-28.
2. Brink,R.R. Abdominoplasty with direct resection of deep fat [Text] / R. R. Brink // Plast. Reconstr. Surg. – 2009. – Vol. 123. – P. 1597-1603.
3. Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics. The American Society for Aesthetic Plastic Surgery. NewYork. - 2016. – P 26.
4. Косинец, В.А. Опыт комбинированной абдоминопластики и ненатяжнойгерниопластики передней брюшной стенки. [Текст] / В.А. Косинец, И.П. Штуров, Е.А. Украинец // Новости хирургии. –2012. - Т.20. - №2. – С. 101-104.
5. Miziev, I. A. Newtechniquesofabdominoplasty / I. A. Miziev, S. A. Alishanov // Khirurgiia (Mosk). – 2010. – Vol. 12. – P. 65-69.
6. Ramirez, O. M. Abdominoplasty and abdominal wall rehabilitation: a comprehensive approach / O. M. Ramirez // Plastic and reconstructive surgery. – 2000. – Vol. 105. – N 1. – P. 425-435.
7. Нелюбин П.С. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами / П.С. Нелюбин, Е.А. Галота, // Хирургия. – 2007. - №7. – с. 69-74.
8. Иванов В.В. Хирургические методы повышения безопасности и эффективности выполнения липоабдоминопластик у пациентов с вентральными грыжами. [Текст] / В.В. Иванов, В.А. Юдин // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2011. – Т.6. - №3. – С. 32-37.
9. Плегунова С.И.Варианты техники в абдоминопластике: исторический экскурс и современный взгляд на расположение операционных разрезов [Текст] / И.С. Плегунова, В.А. Зотова, О.О. Побережная // Фундаментальная и клиническая медицина. - Новосибирск. – 2018. -Т.3. -№1.- С. 77-89.
10. Егиев В.Н. Ненатяжнаягерниопластика [Текст] / В.Н. Егиева // – Мед-практика. - 2002. – 146 с.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ

А.С. Бейшеналиев, А.Ж. Жумабаев, К.К. Муратов, С.Н. Оморов

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева (ректор – д.м.н. проф. Кудайбергенова И.О.) кафедра пропедевтической хирургии. г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Анализированы результаты оперативного лечения 812 больных с острым тромбозом вен нижней конечности. Основным неинвазивным методом диагностики и контроля за

эффективностью лечения при острых тромбозах вен нижних конечностей является ультразвуковое ангиосканирование. Профилактические мероприятия тромбоэмболических осложнений, проводимые в динамике лечения больных острым тромбозом вен нижних конечностей позволило сократить ранние осложнения от 28,8% до 10,6%, отдаленные - от 6,1% до 1,6%.

Ключевые слова: тромбоз, вены нижней конечности, оперативное лечение.

ТРОМБОЭМБОЛИЯНЫ ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛУ МЕНЕН АЛДЫН АЛУУ ЖАНА АНАЛИЗДӨӨ

А.С. Бейшеналиев, А.Ж. Жумабаев, К.К. Муратов, С.Н. Оморов

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы(ректор – д.м.н. проф. Кудайбергенова И.О.) пропедхирургия кафедрасы. Бишкек ш. Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Биз төмөнкү учуна курч тамыр тромбоз менен 812 бейтаптардын хирургиялык дарылоонун жыйынтыктарын талдоо. Төмөнкү учу курч тромбоз дарылоонун диагностикалоонун жана натыйжалуу мониторинг жүргүзүү үчүн негизги эмес ыкмасы УЗИ ангиодобуштук болуп саналат. Төмөнкү учу курч тромбоз менен ооруган бейтаптарды дарылоо жүргүзүлөт туу ооруларга алдын ала эскертүүчү чараларды 28,8% - 10,6% га чейин алгачкы кыйынчылыктары кыскарган, узак мөөнөткө - 6,1% дан 1,6% га чейин төмөндөдү.

Негизги создор: тромбоз, төмөнкү учу-тамырлар, хирургиялык дарылоо.

PREVENTION OF TROMBOEMBOLITIC COMPLICATIONS IN ABDOMINAL SURGERY

A.S. Beyshenaliev, A.Zh. Zhumabaev, K.K. Muratov, S.N. Omorov

Kyrgyz state medical academy named I.K. Ahunbaev (rector – ph. D. professor Kudaybergenova I.O.) general surgery pulpit. Bishkek city, Kyrgyz Republic

Resume: Summary: The results of surgical treatment of 812 patients with acute venous thrombosis of the lower extremity were analyzed. The main non-invasive method of diagnosis and monitoring the effectiveness of treatment in acute venous thrombosis of the lower extremities is ultrasound angioscanning. Prophylactic measures of thromboembolic complications carried out in the dynamics of treatment of patients with acute venous thrombosis of the lower extremities made it possible to reduce early complications from 28.8% to 10.6%, remote ones - from 6.1% to 1.6%.

Keywords: thrombosis, veins of the lower extremity, operative treatment.

Введение.

Профилактика и лечение послеоперационного тромбоза глубоких вен нижних конечностей имеет большое медицинское и социальное значение [4,8]. Объясняется это широкой распространенностью данного осложнения, составляющей в среднем 27-30% [4,8], и теми последствиями, которые он вызывает. У 2-10% оперированных развивается тромбоэмболия легочной артерии, которая в 0,3-3,7% случаев заканчивается летально [1,3,8]. 45 - 95% больных, перенесших распространенный тромбоз глубоких вен нижних конечностей, страдают посттромботической болезнью (ПТБ), причем треть из них вынуждены сменить работу, либо досрочно уйти на пенсию по инвалидности [2,10].

Доля неудовлетворительных и малоэффективных результатов лечения распространенных тромбозов глубоких вен достигает 70-95% [2,6]. Можно предположить, что одна из причин этих неудач кроется в трафаретности и шаблонности применения терапевтических мероприятий, отсутствии дифференцированного подхода к использованию их с учетом характера и распространенности тромботического процесса и причин его вызвавших.

Использование принятых в большинстве хирургических и сосудистых центров схем комплексной антитромботической терапии оборачивается сегодня для лечебного учреждения непомерными материальными затратами. Эффективность и безопасность моногепаринотерапии, как метода лечения венозного тромбоза, ставится, традиционно, под сомнение [1,5,7].

Не уделяется должного внимания хирургическому лечению илиофеморального тромбоза: подавляющее большинство больных с этой патологией лечатся, как правило, консервативно [3,9].

Целью данного исследования является анализ результатов хирургического вмешательства у больных перенесших операции по поводу острого тромбоза глубоких вен нижней конечности.

Материал и методы исследования.

В отделении сосудистой хирургии Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за период с 2000 по 2013 год под нашим наблюдением находилось 812 больных с острым тромбозом вен нижних конечностей.

Мужчин было 276 (33,9%), а женщин 536 (66,1%). Больные были в возрасте от 18 до 79 лет. Основное их количество составили больные молодого, трудоспособного возраста. Средний возраст составил 40,19$^{\pm}$ 1,16 лет.

У женщин, по сравнению с мужчинами, частота заболеваемости несколько выше и составила соотношение 1,9:1. Эта тенденция наиболее выражена в трудоспособном возрасте от 40 до 60 лет.

Длительность заболевания составила от нескольких дней до 30 лет. Средняя продолжительность болезни составила 8,9 $^{\pm}$ 0,9 лет.

При тщательном осмотре и обследовании нами были выявлены провоцирующие факторы риска, которые были причиной тромбоза вен нижних конечностей.

Основными факторами риска острого тромбоза вен нижних конечностей были варикозная болезнь (38,5%), большие операции при патологии органов брюшной полости и малого таза (23,2%), злокачественные новообразования (6,3%), КБС ГБ (11,7%), анемия (2,2%).

Анализируя приведенные данные, необходимо отметить, что у 149 (18,3%) больных не смогли указать истинный фоновый фактор развития у них острого тромбоза вен нижних конечностей, что полностью соответствует изученным по этому вопросу литературным данным.

Результаты и обсуждение:

Для решения поставленной цели больные были разделены на две группы.

В первую группу вошли 385 больных (47,4%) с острым тромбозом вен нижних конечностей, оперированных в период с 2005 по 2013 год, которым проведение комплекса мероприятий по профилактике тромбоэмболических осложнений было начато в предоперационном периоде и продолжено на всех этапах хирургического лечения, вплоть до дня выписки из стационара (основная группа).

Вторую группу составили 427 больных (52,6%) с острым тромбозом вен нижних конечностей, оперированных в период с 2000 по 2004 год, которым профилактика ТЭЛА проводилась по традиционной схеме (контрольная группа).

Ранняя и правильная диагностика острых тромбозов вен нижних конечностей играет решающую роль в выборе тактики лечения больных с острым тромбозом вен нижних конечностей, особенно при восходящем характере процесса и распространении его на бедро.

До настоящего времени в практике часто наблюдается ориентация врачей на данные реовазографии или ультразвуковой допплерографии. Первый способ не дает никакой информации не только о распространенности тромбоза поверхностных вен, но даже о его наличии. Допплерография, обладая несомненными преимуществами в диагностике ХВН, не позволяет достоверно установить протяженность тромбоза в подкожной магистрали и наличие его (особенно неокклюзивных форм) в глубоких венах.

Наиболее точную диагностическую информацию предоставляет ультразвуковое дуплексное ангиосканирование (УЗАС) с цветовым кодированием кровотока, прежде всего, благодаря возможности прямой визуализации сосуда. С помощью этого исследования можно оценить состояние стенок и просвета вен, наличие в них тромботических масс, характер тромба, его дистальную и проксимальную границы, проходимость перфорантных вен и даже ориентировочно судить о давности процесса - по степени организации тромба и выраженности воспалительной инфильтрации подкожной клетчатки.

В основной группе в целях профилактики послеоперационных тромбоэмболических осложнений применялись патогенетически обоснованные методы ускорения венозного кровотока в нижних конечностях. Эластичные бинты длинной растяжимости были применены у 117 (48%) больных, чулки градуированной компрессии – у 127 (52%) и пневматическая последовательная компрессия нижних конечностей – у 56 (23%) пациентов.

В основной группе фармакопрофилактика включала гепарины различной молекулярной массы (нефракционированный гепарин, эноксапарин натрия, надропарин кальция).

Хирургическое лечение может быть паллиативным или радикальным. Целью паллиативных операций является предотвращение перехода тромбоза на глубокие вены через сафенофеморальное или сафенопоплитеальное соустья и развития ТЭЛА.

В тех случаях, когда применение рентгенохирургических, эндоваскулярных вмешательств по каким-либо причинам не может быть применено, производят приустьевую перевязку подкожных магистралей. Чаще всего тромботический процесс поражает большую подкожную вену, поэтому наиболее известна операция Троянова – Тренделенбурга - высокое лигирование большой подкожной вены с обязательной перевязкой всех приустьевых притоков и иссечением ствола подкожной вены в пределах раны.

Эта операция произведена 500 больным (61,6%), из них в основной группе - 170 больным, а в контрольной группе - 330 больным.

Перевязка поверхностной бедренной вены была произведена 14 больным в контрольной группе. С 2005 года данная операция нами не проводится.

Активный кровоток по ней препятствует тромбообразованию выше места перевязки поверхностной бедренной вены.

Поэтому при выявлении флотирующего тромба в поверхностной и общей бедренных венах либо начальном отделе наружной подвздошной вены, следует обязательно определять проходимость глубокой вены бедра. Сохраненный кровоток по этой магистрали — основное условие возможного проведения подобной операции.

В своей практической деятельности мы придерживаемся принципа индивидуального подхода к выбору характера оперативного вмешательства. Мы выполняем все виды операций, которые существуют при тромбозах вен нижних конечностей, но зачастую не можем произвести радикальную операцию – радикальную тромбэктомию, поскольку у большинства пациентов, поступающих в стационар по поводу острого венозного тромбоза, срок с момента первых клинических проявлений составляет 3-5 суток и более. Длительный анамнез венозного тромбоза служит чрезвычайно серьезным препятствием для выполнения радикальной операции (идеальной тромбэктомии), целью которой является полное восстановление проходимости тромбированных венозных магистралей.

При распространенных и длительно существующих флеботромбозах, которые захватывают не только илиофеморальный и кавальный сегменты, но и дистальное венозное русло, попытки радикальной тромбэктомии обречены на неудачу. Повторно образовавшийся в зоне вмешательства тромб более рыхлый и, как правило, более эмболоопасен, чем первоначальный, поэтому у подавляющего большинства больных тромбэктомия ограничивается удалением мобильной (флотирующей) части тромба, т. е. потенциального эмбола.

Операция Троянова с тромбэктомией из общей бедренной вены произведена 29 больным - 18 и 11 в основной и контрольной группах, соответственно.

В 1959 г. Р.С. Спенсер и соавт. предложили способ парциальной окклюзии нижней полой вены, получивший название «пликация». Методика операции состояла в следующем: сегмент полой вены изолировался двумя сосудистыми зажимами, между которыми в поперечном направлении накладывалось 3-4 матрацных шва на расстоянии 5 мм друг от друга. При этом просвет вены разделялся на ряд каналов диаметром несколько более 3 мм.

В общей сложности пликация была произведена 117 больным: пликация поверхностной бедренной вены (56), пликация поверхностной бедренной вены с тромбэктомией из общей бедренной вены (14), пликация поверхностной бедренной вены и операция Троянова (5), пликация общей бедренной вены (7), пликация подвздошных вен (18) и пликация нижней полой вены с тромбэктомией (17).

Операция имплантация кава-фильтра была произведена 131 больному.

Эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из нижней полой вены была произведена у 11 больных.

Использование эндоваскулярной катетерной тромбэктомии выявило возможность удаления флотирующей верхушки тромба из НПВ и подвздошных вен, что само по себе является своеобразной профилактикой ТЭЛА.

С помощью этого устройства 4 больным была проведена «парциальная» тромбэктомия части флотирующего тромба, достигающего устьев почечных вен, благодаря чему была освобождена площадка для последующей имплантации кава-фильтра.

Основными критериями эффективности лечения больных с острым тромбозом вен нижних конечностей являются частота осложнений, рецидивов и восстановление проходимости вен.

В основной группе 385 больным с острым тромбозом вен нижних конечностей комплекс мероприятий по профилактике тромбоэмболических осложнений начинали в предоперационном периоде и продолжали на всех этапах хирургического лечения.

Наиболее опасным из ближайших послеоперационных осложнений является развитие повторных тромбозов вен нижних конечностей, требующее повторной операции или консервативной терапии.

Многими больными отмечаются выраженный болевой синдром, отеки нижних конечностей и ограничение их функций. Существует значительный риск рецидива тромбоза нижней конечности не пораженной стороны.

До настоящего времени основными показателями излечиваемости больных являются средние сроки пребывания больного на койке в стационаре.

При сравнительной оценке непосредственных результатов лечения больных, разделенных на две группы в зависимости от оперативного вмешательства, нами были использованы такие критерии, как выраженность и длительность местного болевого синдрома, средние сроки пребывания больных в стационаре и амбулаторного долечивания, анатомический и функциональный результаты, а также длительность реабилитации и число осложнений.

У больных основной группы послеоперационный период протекал особенно быстро, снятие швов стало возможным и производилось на 7-8 сутки.

Оценивая продолжительность послеоперационного периода, мы получили, что среднее пребывание в стационаре больных с острым тромбозом вен нижних конечностей в основной группе на 2 дня меньше, чем в контрольной.

В раннем послеоперационном периоде у обоих групп наблюдались различные осложнения (табл. 1).

Таблица 1 -Осложнения раннего послеоперационного периода

Осложнения	**Основная группа (n-385)**		**Контрольная группа (n-427)**	
	Абс. число	**%**	**Абс. число**	**%**
ТЭЛА	6	1,5	16	3,7
Тромбоз до уровня пликации	3	0,8	8	1,8
Эмболия в зону пликации	13	4,6*	35	8,8*
Ретромбоз	2	0,5	4	0,9
Тромбофлебит	12	3,1*	41	9,6*
Пневмонии	4	1,0	16	3,7
Послеоперационная гематома	1	0,2	3	0,7
Всего	41*	10,6	123*	28,8

Примечание: * - $p<0,001$.

В основной группе у 6 (1,5 %) пациентов наблюдали ТЭЛА, четверо (1,0%) из которых - с летальным исходом. Тромбоз до уровня пликации наблюдался у 3 (0,3%) и эмболия до уровня пликации - у 13 (4,6%) пациентов. Ретромбоз имелся у двух (0,5%) больных.

Оценка результатов оперативного лечения в отдаленные сроки производилась нами в амбулаторных условиях, где исследовалось состояние вен нижних конечностей, а также выяснялась их трудоспособность.

Из 812-ти выписанных больных нам известна судьба 430 (52,9%) больных. Из 385 больных основной группы отдаленные результаты прослежены у 298 (77,4%), а в контрольной группе - у 132 (30,9%) пациентов.

Результаты отдаленных исследований даны в табл. 2.

Таблица 2 - Отдаленные результаты оперативного лечения ХОПГ в основной и контрольной группах

Группы	Кол-во больных	Отдаленные результаты					
		Отличные и Хорошие		Удовлетво-рительные		Неудовлетво-рительные	
		Абс.ч.	%%	Абс.ч.	%%	Абс.ч.	%%
Основная	298	114	38,3	179	60,1	5	1,6
Контрольная	132	48	36,3	76	57,6	8	6,1
Всего	430	162	37,7	255	59,3	13	3,0

При оценке результатов мы объединили отличные и хорошие результаты, больные никаких жалоб не предъявляют, трудоспособны; у больных с удовлетворительными результатами периодически появляются боли в нижней конечности, они получают профилактическое лечение в стационаре; больные с неудовлетворительными результатами предъявляют различные жалобы, в основном имеется рецидив тромбозов.

Как видно из таблицы, в отдаленные сроки после лечения больных по поводу тромбоза нижних конечностей из 298 обследованных в основной группе отличные и хорошие результаты отмечены у 114-х больных (38,3%), удовлетворительные – у 179-ти (60,1%) и неудовлетворительные – у 5-ти (1,6%), а в контрольной группе отличные и хорошие результаты – у 48 больных (36,3%), удовлетворительные – у 76 (57,6%), неудовлетворительные – у 8 (6,1%) больных.

В динамическом наблюдении от 6 мес. до 5 лет больных основной группы слабая реканализация наблюдалась у 35 (11,7%) больных.

Реканализация, выраженная лучше, чем слабая, но недостаточно хорошая, относится нами к средней.

Диаметр реканализованного сосуда во время компрессии может уменьшаться наполовину в направлении ее приложения. Средняя реканализация отмечена у 81 (27,2%) пациента.

Хорошая реканализация характеризуется тем, что внутрисосудистые структуры носят характер пристеночных наложений, незначительно суживающих просвет вены, либо они представлены фиброзными тяжами, расположенными в просвете сосуда, но суммарно занимающих не более одной его трети. Такая степень восстановления просвета сосуда предполагает достаточно интенсивный кровоток.

Хорошая реканализация наблюдалась у 63 (21,1%) больных.

О полной реканализации, которая встречается достаточно редко, можно говорить в случаях восстановления изначального просвета сосуда и, в значительной мере, эластичности его стенок, отсутствия на них каких бы то ни было наложений и наличия клапанной недостаточности как следствия перенесенного тромбоза.

У 114 (38,3%) больных наблюдалась полная реканализация тромба, эти больные никаких жалоб не предъявляли, выполняют полную нагрузку на работе, трудоспособны.

Таким образом, больным, перенесшим острый тромбоз вен нижних конечностей, в динамике наблюдения необходим контроль УЗАС. В отдаленном периоде определение наличия и выраженности процессов реканализации венозного русла имеет тактическое значение в динамическом наблюдении.

ВЫВОДЫ

1.Основным неинвазивным методом диагностики и контроля за эффективностью лечения при острых тромбозах вен нижних конечностей является ультразвуковое ангиосканирование. Данное исследование позволяет выявить острые тромбозы вен на ранней стадии и своевременно осуществлять комплексную профилактику тромбоэмболии легочных артерий, включая хирургические методы.

2.Профилактика ВТЭО должна носить индивидуальный и комплексный характер. Патогенетически обоснованной профилактикой тромботических осложнений у пациентов являются физические методы ускорения венозного кровотока в сочетании с гепаринами. Оптимальным и экономически обоснованным является проведение ее низкомолекулярными гепаринами, начатое за 2-12 ч. до операции. При эмболоопасных тромбозах необходимы хирургические методы профилактики ТЭЛА (имплантация кава-фильтра, пликация), сопровождаемые антикоагулянтной профилактикой.

3.Профилактические мероприятия тромбоэмболических осложнений, проводимые в динамике лечения больных острым тромбозом вен нижних конечностей позволило сократить ранние осложнения от 28,8% до 10,6%, отдаленные - от 6,1% до 1,6%.

Литература

1. Аверков, О.В. Профилактика и лечение венозных тромбозов и тромбоэмболий: пентасахариды - новые антикоагулянты, избирательно блокирующие фактор Ха, их место и потенциальные возможности / О.В.Аверков // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2004. - Том 10, № 3 . - С. 12-23.

2. Аркадьева, Г.В. Профилактика и лечение тромбозов и тромбоэмболий антикоагулянтами непрямого действия / Г.В.Аркадьева //Российский кардиологический журнал . - 2003. - № 6. - С. 73-80.

3. Баешко, А.А. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений от традиционного гепарина к низкомолекулярному / А.А.Баешко //Медицинские новости. - 2003. - №1. - С. 55-57.

4. Бокарев, И.Н. Современные проблемы венозных тромбозов / И.Н.Бокарев, Л.В.Попова //Клиническая медицина.-2006.-№10.-С.24-30.

5. Верзакова, И.В. Выявление факторов риска развития тромботических осложнений у больных с хирургическими заболеваниями / И.В.Верзакова, В.А.Зубаиров, Ю.А.Зубаирова // Здравоохранение Башкортостана . - 2005. - № 9. - С. 207-209.

6. Савельев, В.С. Клинические аспекты флебологии / В.С.Савельев, А.И.Кириенко, С.Г. Гаврилов // Проблемы клинической медицины. - 2007. - № 2. - С.10-14.
7. Яковлев, В.Б. Тромбэмболия легочной артерии у пожилых / В.Б.Яковлев, М.В.Яковлева // Клиническая геронтология. - 2001. - Том 7, № 12.-С.54-62.
8. Ageno, W. Treatment of Venous Thromboembolism / W.Ageno // Vessels.-2000.-N97(1).-P. 63-72.
9. Bounameaux, H. Clinical and laboratory diagnosis of deep vein thrombosis: new cost-eliective strategies / H.Bounameaux, A.Perrier, P.S.Wfells //Seminars in vascular Medicine.- 2001.-Nl.-P. 39-43.

СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Т.О. Омурбеков[1], Н.С.Саулен[1], А.Ж. Кабдыгани[2]
[1] Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.), г. Бишкек, Кыргызская Республика
[2] АО «Медицинский университет Астана» (ректор – д.м.н., проф.Шайдаров М.З.)
г.Астана, Республика Казахстан
Саулен Н.С. - АО “Медицинский университет Астана” (ректор – д.м.н., проф. Шайдаров М.З.),
saulen.n.s@mail.ru

Резюме. Цель работы - оценить эффективность применения Этоксисклерола 3% в лечении различных форм гемангиом. В настоящей статье приведены результаты лечения детей с гемангиомами до 1 года с 2011 по 2016 гг. При лечении простых и кавернозных форм гемангиомы у детей в возрасте до 1 года методом склеротерапии препаратом этоксисклерол 3% получены хорошие результаты (полное выздоровление) у 93% пациентов, при лечении смешанных форм гемангиом у 3 пациентов отмечался рецидив.

Ключевые слова: гемангиома, склеротерапия, этоксисклерол.

БАЛДАРДАГЫ ТУБАСА ГЕМАНГИОМАЛАРДЫ АР КАНДАЙ ЖАЙГАШУУСУНА ЖАРАША СКЛЕРОЗДОО ЖОЛУ МЕНЕН ДААРЫЛОО

Т.О. Омурбеков[1], Н.С.Саулен[1], А.Ж. Кабдыгани[2]
[1] Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.), г. Бишкек, Кыргызская Республика
[2] АО «Медицинский университет Астана» (ректор – д.м.н., проф.Шайдаров М.З.),
г.Астана, Республика Казахстан

Резюме. Иштин максаты - гемангиоманын ар кандай турлөрүндө 3% Этоксисклеронун колдонуусунун натыйжалуулугун баало. Бул макалада бир жашка чейинки гемангиомасы бар балдардын 2011чи жылдан 2016 жылга чейинки даарылоосунун натыйжалары берилген. Бир жашка чейинки балдарда 3% этоксисклерол дарысы менен жөнөкөй жана каверноздук түрүндөгү гемангиомасын склеротерапия жолу менен даарыланусунун натыйжасында (толугу менен айыгуусу) 93% балада байкалга, аралаш турүндөгу гемангиоманын даарылоосунда 3 балада оорунун кайталануусу байкалган.

Негизги сөздөр: гемангиома, склеротерапия, этоксисклерол.

SCLEROSING TREATMENT OF CONGENITAL HEMANGIOM IN CHILDREN

T.O. Omurbekov T.O[1], N.S. Saulen[1], A.Zh. Kabdygani[2]
[1] I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy (rector – d.m.s., prof. Kudaibergenova I.O.),
(Bishkek, Kyrgyz Republic.)
[2] JSC "Medical University of Astana" (rector – d.m.s., prof. Shaidarov M.Z.),
Astana, Republic of Kazakhstan

Summary. The aim of the work is to evaluate the effectiveness of the use of ethoxysclerol 3% in the treatment of various forms of hemangiomas. In this article results of treatment of children with hemangiomas up to 1 year from 2011 to 2016 are given. In the treatment of simple and cavernous forms of hemangioma in children under 1 year old, sclerotherapy with ethoxysklerol 3% gave good results (complete recovery) in 93% of patients, while in the treatment of mixed forms of hemangiomas, a relapse occurred in 3 patients.

Keywords: hemangioma, sclerotherapy, ethoxysklerol.

Введение.

Встречаемость гемангиом у детей составляет от 2 до 5,5% от всех хирургических больных детского возраста и достигает максимума – 10,5% – в группе новорожденных недоношенных детей [1]. Лечение гемангиом, традиционно считающееся прерогативой врачей-хирургов, в настоящее время претерпевает изменения, лидирующие позиции в тактике занимают нехирургические методики [2].

В последние годы новые технологии широко внедряются в лечение детей именно на амбулаторном звене, что позволяет снизить затраты и сократить сроки лечения и реабилитации пациентов [3]. В лечении гемангиом сосуществуют различные направления лечебной тактики. Во многих случаях предсказать возможность спонтанной регрессии трудно, в то время как раннее начало лечения может обеспечить лучшие косметические результаты. Необходимо понимание того, что первым звеном лечебно-диагностической цепочки является участковый врач-педиатр, который принимает важные тактические решения. Процесс принятия решения о необходимости лечения пациента с гемангиомой по сей день остается неточным, мало зависящим от клинической картины и динамики каждого пациента [4,5,6,7,8].

В 90-х гг. Ю.Ф. Исаков писал, что пороки развитая периферических кровеносных сосудов относятся к мало изученным разделам детской ангиологии. Несмотря на существенный прогресс в этой области, многие аспекты этой проблемы сохранили свою актуальность [9].

В отношении гемангиом небольшого размера наиболее приемлемые результаты достигаются с применением лазерной энергии [10]. Эстетические результаты лазерного лечения зачастую оказывается неудовлетворительными, не оправдывая ожидания родителей пациентов. [11]. Внутритканевое введение гормональных препаратов также показало свою эффективность, но сопровождается рядом побочных эффектов [12].

Повсеместно в клиническую практику активно внедряется медикаментозные способы лечения гемангиом, в частности пропраналол-терапия [13,14,15,16,17]. При этом не разработана единая тактика ведения пациентов с учётом индивидуальный особенности переносимости Этоксисклерола [2].

В настоящее время для лечения этого порока развития сосудов в большинстве случаев применяется хирургический метод лечения, хотя использование не всегда целесообразно, особенно в случаях сложной анатомической локализации [18,19].

С момента появления методики склеротерапии и вплоть до настоящего времени склерозирование сосудистых образований у детей производилось с помощью введения 96% этилового спирта, а позднее с помощью препарата «Тромбовар», «Фивро-Вейн», возможности которых безусловно шире, чем у спирта, однако большое количество побочных эффектов и осложнений ставит под вопрос целесообразность его применения у детей [20].

Материалы и методы.

В последние годы для проведения склерозирующей терапии гемангиомы у детей на базе государственной коммунальной предприятии на праве хозяйственного ведения «Городской детской больницы №2» был применен современный склерозирующий препарат Этоксисклерол 1-3%.

В настоящей статье приведены результаты лечения детей с гемангиомами до 1 года с 2011 по 2016 гг. Перед началом лечения проводилась визуальная оценка размеров гемангиомы, причем площадь гемангиомы не имела решающего значения при выборе тактики лечения, большее значение имела высота, либо глубина прорастания гемангиомы.

Мальчиков было 135 (27% случаев), девочек – 365 детей (73% случаев). Возраст детей варьировал от 10 дней до 12 месяцев (табл.).

Таблица - Распределение детей, получивших склерозирующую терапию гемангиом, в зависимости от возраста

Возраст детей	Количество детей	
	абс.	%
10 дней-1 месяц	257	51,4
2-4 месяцев	156	31,2
5-7 месяцев	45	9
8 –12 месяцев	42	8,4
Всего	500	100
Примечание: абс. – абсолютное количество детей в исследовании		

По виду гемангиом распределение было следующим путем: простая форма, кавернозная форма, смешанная форма.

Размеры гемангиом колебались от 0.5 до 3.0 см.

Результаты и их обсуждение.

Результаты лечения оценивались по внешнему виду пролеченного участка кожи. Хорошим результатом считается отсутствие видимых следов на коже после излечения, удовлетворительным – наличие нормотрофического рубца, не нуждающегося в дополнительной хирургической коррекции. Неудовлетворительным результатом считается неполный регресс гемангиомы и (или) образование гипертрофического рубца. При лечении простых и кавернозных форм гемангиомы у детей в возрасте до 1 года методом склеротерапии препаратом этоксисклерол 3% получены хорошие результаты (полное выздоровление) у 93% пациентов, при лечении смешанных форм гемангиом у 3 пациентов отмечался рецидив. Регресс гемангиомы наступал на 10-14 дни после одного введения 3% этоксисклерола. У большинства детей гемангиома исчезала бесследно, у некоторых из них – остался нормотрофический рубец. Каких-либо осложнений во время лечения этоксисклеролом и после его отмены мы не наблюдали.

Анализируя вышеизложенные данные, хотелось бы отметить, что, не смотря на актуальность данной проблемы до настоящего времени нет единого мнения как в отношении лечебной тактики и выборе метода лечения гемангиомы у детей, так и в установлении сроков его проведения. Появление нового поколения склерозирующих препаратов с высокой степенью эффективности и безопасности предоставило нам шанс к исследованию возможности склерозирующей терапии в детской практике. Современные склерозанты обладают исключительно местным действием, гипоаллергенны, и при правильном использовании безопасны для пациента. Попадание небольшого количества препарата в венозную систему приводит к быстрому его растворению без причинения местного и общего повреждающего действия.

Описанный метод внедрен в клиническую практику городской детской больницы №2 города Астаны (Казахстан), а также в городской детской клинической больнице скорой медицинской помощи №3 города Бишкек (Кыргызстан).

Выводы:

1. Своевременная диагностика, вовремя начатое консервативное лечение гемангиом, а также грамотное лечение склеротерапией, является эффективным, малоинвазивным и современным методом лечения, легко применимым в амбулаторных условиях и на базе однодневных стационаров.

2. Использование метода склеротерапии в лечении детей с гемангиомами и комбинированными гемангиомами сложной анатомической локализации привело к улучшению косметических и функциональных результатов и избежать оперативного метода лечения. При лечении простых и кавернозных форм гемангиомы у детей в возрасте до 1 года методом склеротерапии препаратом этоксисклерол 3% получены хорошие результаты (полное выздоровление) у 93% пациентов, при лечении смешанных форм гемангиом у 3 пациентов отмечался рецидив.

Литература.

1. Кожевников Е.В., Маркина Н.В., Кожевников В.А. Диагностика и лечение обширных комбинированных гемангиом и гемангиом сложной анатомической локализации у детей // Детская хирургия. — 2009. — № 6. — С. 31-34.

2. Holcomb G.W. Ashkraft’s Pediatric Surgery. — Philadelphia: saunderselsevier. — 2010. — 1101 p.

3. Aresman Robert M. Pediatric surgery // Landesbioscience. — 2000. — Georgetown, Texas U.S.A. — 464 p.

4. Шафранов В.В., Тен Ю.В., Куров Н.В. Комбинированное лечение кавернозных гемангиом у детей // Детская хирургия. — 1987. — № 8. — С. 8-11.

5. Шафранов В.В, Буторина А.В. Лечение гемангиом у детей // Врач. — 1996. — № 9. — С. 17-18.

6. Шафранов В.В., Кожевников В.А. Комбинированное лечение гемангиом и доброкачественных образований кожи у детей: метод. рек. для врачей — дет. хирургов, дерматологов, онкологов, косметологов. — 1994. — 13 с.

7. Ашкрафт К.У. Детская хирургия. — СПб.: Раритет. — 1999. — 400 с.

8. Солдатский Ю.Л., Шехтер А.Б., Понкратенко А.Д. и др. Изучение криовоздействия и лазерной деструкции на экспериментальную модель сосудистой опухоли человека // Вестник отоларингологии. — 1995. — № 2. — С. 10.

9. Зозуля Ю.А., Верхоглядова Т.П., Слынько Е.И. Кавернозные мальфор-мации позвоночника и спинного мозга // Украшськиймедичнийчасопис. -2001.- №2.-С.92-100.

10. Изменение содержания биогенных аминов в крови при воздействии низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона /Поважная Е.С., Сокрут В.Н., Лыков А.А., Поважная С.В., Пеклун И.В.- Клппчнахіpyprn. 2000. - №8. - С.42-43.

11. Илларионов В.Е. Основы лазерной терапии. М.:"Респект", 1992. - 122 с.

12. Клебанов Г.И., Страшкевич И.А., Чичук Т.В. Влияние эндогенных фотосенсибилизаторов на лазер индуцированный прайминг лейкоцитов крови // Биол. мембраны. 1998. - Т. 15(3). - С.273-285.

13. Стойко Ю.М., Шайдаков Е.В., Ермаков Н.А. Комплексное лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей в стадии трофических расстройств // Consilium medicum. – 2001. - С.28-32.

14. Цуман В.Г., Тюков А.И. Клиническая и морфологическая характеристика гемангиом у детей // Мат. Всес. симп. детских хирургов. -М., 1987.-С.9-12.

15. Шалимов А.А., Хохоля В.П., Бахарев А.М. Медицинская техника в хирургии. К.: "Здоров'я", 1991. - 224 с.

16. Шалимов С.А., Федоренко З.П., Гулак JI.О. Структура заболеваемости населения Украины злокачественными новообразованиями // Онкология. -2001. Т.З. - №2 - 3.- С.91 - 95.

17. Шафранов В.В., Цыганов Д.И., Романов А.В., Борхунова Е.Н. Криохирургия у детей. Некоторые теоретические и практические вопросы // Детская хирургия. 1999. - №3. - С.35 - 44.

18. Шафранов В.В., Резницкий В.А., Цыганов Д.И., Таганов А.В. Некоторые теоретические аспекты криохирургии // Достижения криоме-дицины. С-Пб.: "Наука". -2001. - С.124.

19. Щадящая криохирургия кожи у детей / Под. Ред. В.К.Федотова. М.: «Медицинская книга», Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2001. - 56 с.

20. Детская хирургия. Национальное Руководство. Москва 2014. Раздел VIII. Пороки развития сосудов и доброкачественные опухоли. А.В. Гераськин, В.В. Шафранов С – 1052-1057.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

Р. А. Оморов[1], У.С. Мусаев[2], А. С. Токтосунов[2], А.Т. Талантбеков[1]

[1]Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева, кафедра факультетской хирургии. [2]Городская клиническая больница №1 г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: Цель исследования - представить тактику лечения абдоминальной патологии у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности. Наблюдали 64 пациента в возрасте старше 60 лет с острыми заболеваниями брюшной полости, у которых выявлены сопутствующие заболевания. К выбору срока и объема операции подходили с учетом характера сопутствующих патологий. Все оперированы, осложнения после операции возникли у 13 больных (20,3%), умерло 3 (4,7%).

Ключевые слова: пожилой и старческой возраст, острая абдоминальная патология, сопутствующие заболевания, лечение, осложнения, летальность.

КАРЫ ЖАНА УЛГАЙГАН ЖАШТАГЫ БЕЙТАПТАРДЫ ПОЛИМОРБИДНИКАЛЫК ШАРТТАРДА КУРЧ МҮНӨЗДӨГҮ АБДОМИНАЛДЫК ПАТОЛОГИЯНЫ ДАРЫЛОО

Р. А. Оморов[1], У.С. Мусаев[2], А. С. Токтосунов[2], А.Т. Талантбеков[1]

[1]И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,
Факультеттик хирургия кафедрасы
[2]№1 Шаардык клиникалык оорукана. Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Изилдөөнүн максаты кары жана улгайган бейтаптардын полиморбидникалык шарттарда абдоминалдык патологиядагы дарылоо тактикасын көрсөтүү. Ич көңдөйдөгү курч мүнөздөгү оорулардын 60 жаштан жогору 64 бейтапка байкоо жүргүзүлдү, алардын ичинен коштоп жүргөн оорулары аныкталды. Операциянын көлөмүн жана мөөнөтүн тандоо коштоп

жүргөн оорулардын мүнөзүнө жараша тура келет.

Бардыгы операция болду. Операциядан кийинки кабылдоолор 13 бейтапта (20,3%) пайда болду, 3 бейтап(4,7%) каза болду.

Негизги сөздөр: Кары жана улгайган жашта,курч мүнөздөгү абдоминалдык патология, коштоп жүргөн оорулар, дарылоо, кабылдоо, каза болду.

TREATMENT OF ACUTE ABDOMINAL PATHOLOGY IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS IN CONDITIONS OF POLYMORBIDITY

R. A. Omorov[1], U.S. Musaev[2], A. S. Toktosunov[2], A.T. Talantbekov[1]
[1] Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva,
[2]City Clinical Hospital No. 1 Bishkek, Kyrgyz Republic.

Summary: The aim of the study is to present the tactics of treating abdominal pathology in elderly and senile patients in conditions of polymorbidity. 64 patients were observed over the age of 60 with acute abdominal diseases, who had associated diseases as well. Timing and scope of the operation was considered according to the nature of associated diseases. All patients have been taken to operation, complications after surgery occurred in 13 patients (20.3%), 3 - died (4.7%).

Key words: elderly and senile age, acute abdominal pathology, associated disease, treatments, complications, mortality.

Введение: Прогрессирующий процесс старения приобретает глобальный характер, демографическая ситуации почти во всех странах мира свидетельствует о нарастании удельного веса пожилых людей [1,2] и при этом возникает интерес к изучению особенностей течения заболеваний у этой группы больных. Наряду с увеличением численности пожилого и старческого возраста увеличивается и удельный вес больных с острой абдоминальной патологией, диагностика и лечение которых представляет большие сложности, а летальность после оперативного лечения остается на высоком уровне [3,4]. Высокие показатели осложнений и летальности у лиц пожилого и старческого возраста обусловлены не только запоздалым обращением к хирургу, диагностическими и тактическими ошибками, но и не менее важнейшим обстоятельством, влияющим на исходы заболевания являются сопутствующие патологии [5,6] ,наличие которых имеет значение в выборе срока и объема операции и особенности ведения послеоперационного периода. Однако наличие сопутствующего заболевания и даже сочетания несколько из них не является противопоказанием к операции. Поэтому, когда стоит вопрос о выборе лечения у таких больных, нужно учитывать характер течения отягощающей патологии, степень компенсации жизненно важных функций и возможности коррекции медикаментозными средствами.

Несмотря на технический прогресс, разработку мер профилактики осложнений до настоящего времени не разработаны тактические решения в лечении пожилых людей с наличием тяжёлых сопутствующих заболеваний [7,8].

Цель исследования - представить тактику лечения острой абдоминальной патологии у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности.

Материал и методы исследования.

Под наблюдениям было 64 больных в возрасте старше 60 лет, которые поступили в хирургическую клинику по поводу острого холецистита (30 чел), острого аппендицита (23 чел), острой кишечной непроходимости (5 чел) и ущемления вентральных послеоперационных грыж (6 чел). В группу пожилого и старческого возраста, согласно классификации ВОЗ, мы включили пациентов в возраст от 60 до 89 лет, долгожителей (старше 90 лет) в наших наблюдениях не было. В разработку взяты больные с сопутствующими заболеваниями. Из 64 поступивших женщин было - 38, мужчин- 36. Давность заболевании колебалась от 2 часов (ущемления грыж) до 5 суток (холецистит).

При поступлении выполняли общий анализ крови, мочи, свёртываемость, ЭКГ, печеночные и почечные тесты, УЗИ, а при кишечной непроходимости – обзорная рентгенография органов брюшной полости. В первые часы поступлении все были консультированы кардиологом, терапевтом, эндокринологом. Характер и частота сопутствующих заболеваний представлены в таблице 1.

Таблица 1- Абдоминальная патология и частота сопутствующих заболеваний.

Патологии	Сопутствующие заболевания	Количество сопутствующий заболевании
Острый холецистит n-30	Гипертоническая болезнь-13 КБС-7 ХОБЛ-6 Сахарный диабет-3 Хр. пиелонефрит-4 Общий атеросклероз-6 Постинфарктный кардиосклероз-5 Ожирение-5 Нарушение сердечного ритма 2	Одна патологии-6 Сочетание 2 заболеваний-20 Сочетание 3 заболеваний-4
Острый аппендицит n-23	Гипертоническая болезнь-10 КБС-8 ХОБЛ-8 Ожирение-3 Постинфарктный кардиосклероз-2 Хр. пиелонефрит-3	Одна патологии-1 Сочетание 2 заболеваний-18 Сочетание 3 заболеваний-3
Кишечная непроходимость n-5	Гипертоническая болезнь-4 КБС-3 ХОБЛ-4 Ожирения-1	Одна патологии-1 Сочетание 2 заболеваний-3 Сочетание 3 заболеваний-1
Ущемление вентральной грыжи n-6	Гипертоническая болезнь-2 Ожирение-3 КБС-3 ХОБЛ-3	Одна патологии-1 Сочетание 2 заболеваний-4 Сочетание 3 заболеваний-1

Анализ сопутствующих заболеваний показал, что чаще наблюдали по 2 заболевания и редко отмечено по одному заболеванию. По частоте наибольший вес занимали больные с гипертонической болезнью (у 23 из 64), КБС (21из 64), затем ХОБЛ (19 из 64). Более тяжелое состояние отмечено у больных с тремя сопутствующими патологиями.

Результаты и их обсуждение.

Учитывая тяжесть состояния, которая была обусловлена не только основным заболеванием, но и наличием сопутствующей патологии, у лиц пожилого и старческого возраста выполняли операции на органах брюшной полости в экстренном порядке и их типы представлены в таблице 2.

Таблица 2- Типы операции и характер осложнений

Тип операции	Колич. больных	**Из них возникли осложнений**							
		острый инфаркт миокарда	тромбоэмболия легочной артерии	обострение ХОБЛ	ССН	нагноение раны	пневмония	инфильтрат	умерло
Холецистэктомия	30	2		2				1	2
Аппендэктомия	25					1	1		
Лапаротомия устранение непроходимости	5		1	1	1				1
Грыжесечение	6					1		2	
Итого	64	2	1	3	1	2	1	3	3(4,7%)

КБС-Коронарная болезнь сердца.

ХОБЛ-хронический обструктивный болезнь легких.

Наша тактика заключалась в следующем, при остром холецистите без явлений перитонита выполняли консервативное лечение, которое включало препараты, направленные на нормализацию артериального давления, снижение интоксикации, спазмолитические средства и исследовали в динамике анализ крови, и УЗИ, после улучшения состояния решали вопрос об операции. У лиц пожилого и старческого возраста отдавали предпочтение минилапаротомному доступу как менее травматичному, позволяющему раннюю активизацию больных, что предотвращало возникновение легочных и тромбоэмболических осложнений. Обязательно использовали предоперационное введение антибиотиков внутривенно. В момент операции тщательно выполняли гемостаз желчестаз. Если же больные поступали с острым холециститом и явлениями перитонита то, несмотря на необходимость выполнения операции, для на коррекции сопутствующих заболеваний, выполняли кратковременную подготовку, а затем выполняли холецистэктомию.

При поступлении больных с острым аппендицитом при наличии сопутствующих заболеваний также предоперационно выполняли корригирующую медикаментозную терапию сопутствующих заболеваний, а затем больных оперировали, при этом надо учитывать, что время для выполнения такой подготовки не должно превышать тот порог, после которого возможно развитие осложнении основного заболевания.

Что же касается острой кишечной непроходимости, ущемления грыжи, то все корригирующие меры выполняли в момент операции, так как затягивание срока операции способствует развитию более глубоких деструктивных процессов.

Кишечная непроходимость имела место у 5 больных, из них у 3 была странгуляционная непроходимость, а у 2 спаечная. При ущемлении вентральной грыжи содержимым грыжевого мешка был сальник (5 чел) и тонкий кишечник у одного. При ущемлении сальника, последний мы рекомендуем резецировать, что бы предотвратить повышение внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде. У четверых больных грыжи были небольших размеров поэтому пластика грыжевых ворот выполнена без применения полипропиленовой сетки, у двух больных, у которых сопутствующим заболеванием были ХОБЛ и грыжи были больших размеров, пластику грыжевых ворот осуществляли с использованием полипропиленовой сетки с дренированием подкожно-жировой клетчатки двумя микроирригаторами с активной аспирацией до полного прекращения отделяемого.

Несмотря на коррекцию нарушенных функций в дооперационном периоде и, в момент операции, состояние больных в послеоперационном периоде было тяжелое. Учитывая это, мы предпочитали раннюю активизацию больных, назначали ингаляции кислородом, больные продолжали получать антибиотики, инфузионную терапию и лечение сопутствующих заболеваний.

После операции у 13 оперированных возникли осложнения: острый инфаркт миокарда у 2, тромбоэмболия легочной артерии у 1, у 3 наблюдалось обострение ХОБЛ, у одного пневмония, а у остальных (6чел) раневые осложнения (нагноение раны у 4, инфильтрат раны у 2) После холецистэктомии умерло 2 больных, у которых после операции возник острый инфаркт миокарда (у одного на вторые сутки, а у второго на 7 сутки после операции) у обоих имелись сопутствующие заболевания (2): гипертоническая болезнь в сочетание ХОБЛ. Еще один больной умер после операции, выполненной по поводу кишечной непроходимости, причиной смерти была сердечно-сосудистая недостаточность, которая развилась на 3 сутки после операции.

В особенности нашей тактики входил тщательный анализ отягощающей патологии, степень ее компенсации, возможность ее влияния на течение основного заболевания. Так же считаем значимым возможность прогнозирования развития осложнений течение сопутствующей патологии, что позволяло бы предотвратить их путем их коррекции, этапы последней может быть использование перед операцией, во время нее и конечно же в послеоперационном периоде. Кроме того такая тактика позволяет выбрать оптимальный операционный доступ, малоинвазивность и другие манипуляции, раннюю активизацию, рани кормление и стабилизация отягощающей патологии которая позволить улучшить результаты лечения больных с сочетанной патологий.

Выводы:

1. Из числа больных пожилого и старческого возраста с абдоминальной патологией у всех имели место сопутствующие заболевания, а порой их было более двух.
2. Профилактика осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями должна выполнятся на всех этапах лечения (при поступлении, в момент операции и после нее)
3. После операции у больных с сопутствующими заболеваниями составили 20,3% , а летальность 4,7%, что подтверждает необходимость разработки тактики лечения больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности с целью улучшения результатов лечения.

Литература:

1) Глушков, Н.И. Лечение острого язвенного кровотечения у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности. /Н.И. Глушков, Б. А. Хусенов, И.А. Яковлева// Кубанский научный медицинский вестник.-2010.-№9.-С.64-67.

2) Гостищев, В.К. Проблемы выбора лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений /В.К. Гостищев, М.А. Евсеев //Хирургия .-2009.-№3.-С.46—52.

3) Миньков, А.В. Особенности течения и хирургического лечения острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза у пациентов пожилого и старческого возраста /А.В. Миньков, Б.А. Королев, С.В. Гаврилов //Хирургия .-2013.-№5.-С.123-126.

4) Вовк, Е.И. Желчекаменная болезнь в XXI –веке /Е.И. Вовк.- М,2004- 312 с

5) Снегирев, Н.И. Острая кишечная непроходимость неопухолевого генеза, диагностика, лечение,/Н.И. Снегирев, В.И, Миронов ,В. Башлыков //Сибирский медицинский журнал .-2010.-№8.-С.163-165.

6) Шелест, П.В. Особенности диагностики острого аппендицита в пожилом и старческом возрасте, /П.В. Шелест, В.И. Миронов, //Бюллетень ВСНЦСО РАМН.-2007.-№5.-С.186-188.

7) Горелин, С.Г. Диагностика и лечение острой абдоминальной патологии у пациентов старших возрастных групп. // Научная ведомости .Серия медицины и фармации.-2012.-№4.-С.117-121.

8) Sandier, R.S.The garden of selected digestive diseases in the United states //Gastroeutelogy -2012.-Vol .122, №5.-P.1500-1511.

9) Баранов, Г.А. Холецистэктомия из минимального доступа при остром деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста, /П.А. Баранов, А.В, Салинов, Б.А. Харламов //Клиническая герантология.-2016.-№9.-С.77-79

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЗАДНЕ-ПЕТЛЕВАЯ РЕКТОПЕКСИЯ СЕТЧАТЫМ ИМПЛАНТОМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Р.А. Оморов [1], С.А. Айтбаев [1], А.А. Абдиев [1], Б.Т. Токтогазиев[2]

[1] Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра факультетской хирургии
[2] Медицинский центр КГМА им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: Одной из проблем современной колопроктологии является лечение пролапса прямой кишки. Это связано с комплексным характером нарушений при ректальном пролапсе. При котором, помимо анатомических нарушений, имеются и функциональные расстройства моторики толстой кишки и анального сфинктера. Этими фактами объясняется многообразие способов оперативных вмешательств при лечении ректального пролапса. Тем не менее, частота рецидивов заболевания остается достаточно высокой и колеблется от 15 до 30%. В связи с этим становится очевидной актуальность данного направления.

Ключевые слова: лапароскопия, прямая кишка, выпадение, лечение, сетчатый имплант.

ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК АРТКЫ КОЗОНОК РЕКТОПЕКСИЯСЫ ТОРЧО ИМПЛАНТЫ МЕНЕН (КЛИНИКАЛЫК КОЗОМОЛДОО)

Р.А. Оморов[1], С.А. Айтбаев[1], А.А. Абдиев[1], Б.Т. Токтогазиев[2].

[1]И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
факультеттик хирургия кафедрасы
[2]И.К.Ахунбаев атындагы КММА, медициналык борбору
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Заманбап колопроктологиянын бирден бир койгойу котон чучуктун пролапсын дарылоо. Пролапстын бузулушуна коп себептер туртку болот, алардын ичинде органдын анатомиялык озгорушу, жоон ичегинин жана котон чучук сфинктеринин оз кызматын аткарбагандыгы да себеп болот. Ушул себептерди эске алуу менен дарылоодо ар турдуу ыкчам ыкмалар колдонулат. Ага карабастан котон чучуктун кайрадан чыгып кетиши дагы эле жогору болуп 15- 30% тузот . Ушуга байланыштуу багытталган корсотмо актуалдуу боюнча кала берет.

Негизги создор: лапароскопия, котон чучук, тушуп кетишу, дарылоо, торчо имплант.

LAPAROSCOPIC REAR-LOOP REKTOPEXIUM WITH A MESHY IMPLANT

R.A. Omorov[1], S.A. Aitbaev[1], A.A. Abdiyev[1], B.T. Toktogaziev[2].

[1] Kyrgyz State Medical Academy n. a. I.K. Akhunbaeva, Department of Faculty Surgery.
[2] Medical Center KSMA n. a. I.K. Akhunbaev

Bishkek, the Kyrgyz Republic.

Resume: One of the problems of modern coloproctology is the treatment of rectal prolapse. This is due to the complex nature of the violations in rectal prolapse. In addition to anatomical disorders, as a rule, there are functional disorders of motility of the colon and anal retention. These facts explain the variety of surgical interventions in the treatment of rectal prolapse. However, the recurrence rate of precipitation remains quite high and ranges from 15-30%. In this regard, it becomes apparent relevance of this direction.

Key words: laparoscopy, rectum, prolapse, treatment, mesh implant.

Введение: За всю историю хирургического лечения выпадения прямой кишки предложено более 100 способов оперативной коррекции данного заболевания. В настоящее время во всем мире хирурги применяют промежностные и трансабдоминальные типы операции. Большим минусом промежностных операций является большой процент рецидивов и встречается в 15-30% случаев [1,2,3]. В данное время большая часть хирургов предпочитает трансабдоминальный тип операции, который имеет 2 направления: резекционные и фиксирующие, без резекции толстой кишки методы лечения. Каждое из этих направлений имеют свои положительные и отрицательные стороны.

В последнее десятилетие оперативные вмешательства по поводу пролапса прямой кишки стали выполняться с помощью лапароскопических технологий [4, 5,6]. Казалось бы, данные технологии идеально подходят для выполнения фиксирующих вмешательств при ректальном пролапсе, так как не требуется резецировать органы брюшной полости. Преимуществами лапароскопического подхода являются снижение осложнений и хороший послеоперационный исход. Исследования, сравнивающие лапароскопический и открытый хирургические подходы пролапса прямой кишки показали, что лапароскопия имеет весомые преимущества, обоснованные меньшей послеоперационной болью, укорачиванием продолжительности койко-дней в стационаре и хорошим функциональным состоянием кишечника [7]. К настоящему времени по данным мировой литературы, большое количество авторов поддерживают концепцию лапароскопических хирургических методов, которые могут безопасно обеспечить низкую частоту рецидивов и улучшенные функциональные результаты для пациентов с полным выпадением прямой кишк Представляем наблюдение успешного лечения полного выпадения прямой кишки, при котором был использован именно лапароскопический метод ликвидации пролапса прямой кишки.

Больной Р., 34 года поступил в МЦ КГМА им. И.К. Ахунбаева 01.02.2018 г. в плановом порядке. Пациент предъявлял жалобы на боли и выпадение прямой кишки при акте дефекации (рис. 1-а). Из анамнеза было известно, что он болеет с детского возраста. При выпадении прямой кишки, самостоятельно ее вправлял. Наблюдался у хирурга по месту жительству, консервативно не лечился. В связи с нарастанием опущения прямой кишки обратился для оперативного лечения.

При ректальном осмотре на высоте пальца патологических изменений нет, при натуживании, сильном чихании и кашле отмечается выпадение прямой кишки. Прямая кишка вправляется с помощью пальцев.

Пациент был обследован амбулаторно.

Общий анализ крови: Эритроциты-5,36 х 10^{12}/л; Гемоглобин -165г/л; Лейкоциты - 5,80 х 10^{9} /л; Тромбоциты – 233 х 10^{12}/л;

Биохимические анализы крови: креатинин -86,3 мкмоль/л; мочевина – 6,37 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс -102,3%, протромбиновое время – 13,2 сек., международное нормализованное отношение – 0,98.

Колоноскопия: спастический колит.

Данные магнитно-резонансной томографии брюшной полости продемонстрировали, что прямая кишки мобильная, имеется сглаженность слоев.

На основании анамнеза, обьективного обследование, а также полученных инструментальных данных установлен клинический диагноз полное выпадение прямой кишки 3 степени. Принято решение выполнить лапароскопическую ректопексию с помощью сетчатого импланта.

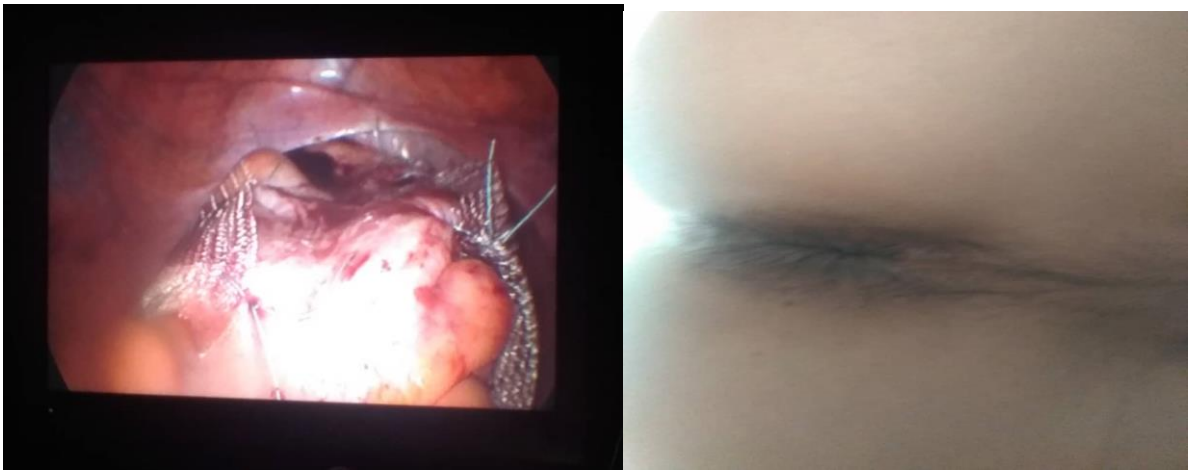
В день госпитализации, после предоперационной подготовки пациенту под комбинированным эндотрахеальным наркозом произведено лапароскопическое вмешательство:

Первым этапом выполнена медиа-латеральная мобилизация прямой кишки до мышц тазового дна, без пересечений сосудистых пучков; вторым этапом из полипропиленовой сетки 10,0 х 15,0 см выкроен лоскут, погружен в брюшную полость и фиксирован к надкостнице крестца отдельными узловыми швами. Затем прямая кишка подтянута вверх, края сетки фиксированы справа и слева к передней стенке прямой кишки, обхватывая ¾ ее обьема (рис. 1-б, в).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Стул был на 2-е сутки после операции, пациент на 5-е сутки после оперативного вмешательства в удовлетворительном состоянии выписан из стационара с рекомендациями: явка на повторный осмотр через 20 дней, ограничение физической нагрузки в течении 1-го месяца, наблюдение у хирурга по месту жительства.

При повторном осмотре через 20 дней после оперативного вмешательства, пациент не предьявлял никаких жалоб, состояние больного удовлетворительное, стул ежедневный, при акте дефекации и сильном натуживании выпадение прямой кишки не отмечалось (рис. 1-г).

а – до операции б – фиксация сетки прямой кишке.



в – сетка фиксирована к прямой кишке г – после операции

Рисунок 1. Этапы лапароскопического метода лечения с выпадением прямой кишки.

Заключение: Выпадение прямой кишки является одним из редких заболеваний желудочно-кишечного тракта, коррекция которого трудна и не всегда эффективна. На сегодняшний день развитие лапароскопических вмешательств позволило рассматривать такие заболевания как выпадение прямой кишки успешным малоинвазивным вмешательством. Миниинвазивность данных технологий в сочетании с радикальностью, позволяет значительно улучшить результаты лечения больных с подобной патологией.

Литература

1. Elhaddad, A. Laparoscopic posterior rectopexy (Well's procedure) for full-thickness rectal prolapse following laparoscopic repair of an anorectal malformation: A case report / A. Elhaddad, E.E. Amerstorfer, G. Singer // Int J surg case rep. - 2018. - Vol 42. – P. 187-190.

2. Зубайдов, А.У. Выбор способа лечения больных ректальным пролапсом / А. У. Зубайдов, Ю. А Шелыгин, Л.Ф. Подмаренкова // Колопроктология. – 2005. - №2. – С. 15-20.

3. Воробьев, Г.И. Лапароскопическая ретропексия / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шелыгин, С.А. Фролов // Эндоскопическая хирургия. - 2001. - №3. - С. 36-42.

4. Senagore, A.J. Management of rectal prolapse: the role of laparoscopic approaches // Semin Laparosc Surg. – 2003. – Vol. - №4. – P. 197-202.

5. Heah, S.M. Laparoscopic suture rectopexy without resection is effective treatment for full-thickness rectal prolapsed // dis. colon rectum. – 2000. – Vol. - №5. – P. 638-643.

6 . Chaudhry, V. R. Laparoscopic Suture Rectopexy: An Effective Treatment for Complete Rectal Prolapse // Med. J. Armed Forces India. - 2010. - №2. – P. 108-112.

7. Marderstein, E.L. Surgical management of rectal prolapsed / E. L. Marderstein, C.P. Delaney // Nat. clin pract. gastroenterol. hepatol. – 2007. – Vol. - №10. – P. 552-561.

ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Нарынбеков Ч.Н., Джанышбеков Э.Дж.

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии, г. Бишкек, Кыргызстан

720027 г. Бишкек, ул. Кривоносова, 206, тел. 0312-21-16-67

Введение. Активное хирургическое лечение осложнённых, нестабильных форм травмы грудо-поясничного отделов позвоночника в настоящее время обретает большую актуальность среди повреждений опорно-двигательного аппарата.

Актуальность данной проблемы объясняется, прежде всего, ростом травматизма среди наиболее трудоспособного и активного контингента людей 20-50 лет. Все осложненные переломы позвоночника независимо от уровня его повреждения требуют безотлагательного оперативного вмешательства (1,2,3). Конечной целью хирургического лечения осложненных переломов позвоночника является восстановление анатомической оси поврежденного сегмента и его функции. Нестабильные осложненные переломы являются наиболее частым видом травматических повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника. На современном этапе существуют различные способы надежной стабилизации поврежденного сегмента позвоночника.

С применением современных методов диагностики, таких как цифровая рентгенография и спиральная компьютерная томография, позволяют определить характер тяжести травмы позвоночника, степень стеноза и компрессии содержимого позвоночного канала, и определить план предстоящего оперативного вмешательства. (3,6).

В настоящее время в вертебрологии применяются различные методы и способы оперативного вмешательства с использованием различных видов имплантов, биоматериалов, костного цемента, различных фиксирующих металлических и металополимерных конструкций. (2,4,6). При этом подход к позвоночнику может осуществляться как из вентрального, так и из дорсального доступа. (2,3,6).

Основным принципом хирургического лечение осложнённых, нестабильных форм повреждений позвоночника является проведение полноценной декомпрессии позвоночного канала с последующей стабилизацией заинтересованного ПДС (позвоночно-двигательный сегмент) кейджами либо транспедикулярной фиксацией.

Цель данного исследования – анализ хирургического лечения осложненных переломов грудного и поясничного отделов позвоночника.

Материал и методы исследования

В отделении патологии позвоночника БНИЦТО с 2009 по 2019 гг. прооперированы с осложнёнными, нестабильными формами повреждения грудопоясничного отдела позвоночника - 126 человек. При этом отмечались повреждения позвоночника на одном, двух и более уровнях. По половым различия мужчин было 79(62,7%), женщин 47(37,3%). У мужчин по сравнению с женщинами удельный вес осложненной травмой позвоночника наблюдался в 2 раза больше. Осложненная травма позвоночника чаще отмечена среди лиц молодого и трудоспособного возраста. Возраст пострадавших варьировал от 17 до 63 лет.

По локализации преобладали повреждения Th11-Th12 – 38(30,1%), L1 – 34(26,9%), L2 – 24(19,0%), Th12-L1 - 19(15,1%), L3 – 11(8,7%) позвонков.

Транспедикулярную фиксацию выполняли с использованием инструментария и систем Stryker (США). Всем больным проводили клинико-неврологическое, рентгенологическое, ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной и плевральной полостей при наличии травм этих областей. Рентгенологические методы включали в себя: спондилографию в стандартных и, по показаниям, в косых проекциях, интраоперационную спондилографию с проекцией изображения на экране электронно-оптического преобразователя (ЭОП), компьютерную томографию (КТ), отдельным больным магнитно-резонансную томографию (МРТ).

При планировании операции мы исходили из характера и тяжести травмы позвоночника и патологических изменений происходящих в позвоночном канале, выраженности неврологических нарушений, возраста пациента, данные инструментальных методов исследований.

Компрессионные переломы позвоночника оперировались в зависимости от характера перелома, степени нарушения проводимости спинного мозга, давности полученной травмы, при этом применялись как передние, так и задние доступы. Хирургический доступ выбирался в зависимости от уровня и вида перелома позвоночника, наличие перелома тела или дуги позвонка, смещение их фрагментов в полость позвоночного канала. Оперативное вмешательство было направлено на восстановление проходимости позвоночного канала, освобождение спинного мозга и его элементов от костных фрагментов, остатков межпозвонкового диска, гематомы, рубцовых тканей с последующей стабилизацией никелид титановым имплантом либо транспедикулярной фиксацией.

Результаты

Результаты оперативного лечения заболеваний и повреждений позвоночника нами были отслежены на протяжении 5-и и более лет. Для оценки состояния больного, а именно болевого синдрома применялись шкала Бартела, ВАШ, индекс Освестри при этом пациенты самостоятельно могли оценить свою повседневную активность, а также функциональную независимость. Применение вышеперечисленных шкал позволило нам определить эффективность проведенного оперативного лечения – качества жизни.

Рентгенологическая оценка результатов хирургического лечения проводилась на основании обзорных спондилограмм, выполненных в двух проекциях, а также использовании данных компьютерной томографии. При этом в 96% случаев выявлен сформировавшийся костный блок и в 4% случаев произошел миграция имплантов или перелом транспедикулярных винтов, требующий повторного оперативного вмешательства.

В послеоперационном периоде через 6 месяцев, пациенты получали курс восстановительной терапии в условиях института курортологии и восстановительного лечения. Реабилитационная терапия включала в себя широкий спектр физиопроцедур, занятие лечебной физкультуры, массаж позвоночника. В среднем восстановительный период продолжался в течение 3-6 месяцев. За этот период пациенты отмечали значительное улучшение общего состояния, отсутствовал болевой синдром, восстанавливалась мышечная сила, наблюдался регресс неврологических нарушений. Положительная динамика отмечена у большинства больных, по оценочным шкалам (Бартела, ВАШ, индекса Освестри), данных рентгенограмм, КТ и спондилограмм. Результаты хирургического лечения 126 больных: у 105(83,3%) пострадавших достигнут положительный результат, наступило улучшение неврологической симптоматики, у 21(16,7%) неврологическая симптоматика осталась без изменений.

Вывод

Хирургическое лечение осложнённых, нестабильных форм травмы позвоночника является сложной задачей современной вертебрологии, сложность проблемы заключается в многообразии клинико-неврологических проявлений патологии позвоночника, необходимости работы как непосредственно, на позвоночнике так и на содержимом позвоночного канала. Многие аспекты хирургического лечения осложненной травмы грудного и поясничного отделов позвоночника остаются спорными.

Выбор правильного и адекватного оперативного лечения при повреждениях позвоночника зависит от конкретизации диагностических данных полученных во время исследований, при этом не должно быть конкретных и строгих рекомендаций к проведению способа и техники операций на позвоночнике. В каждом случае требует индивидуального подхода к больному в зависимости от повреждения позвоночника и спинного мозга. Выбор способа оперативного вмешательства должен быть научно обоснованным и четко спланированным действием, так как от этого зависит конечный результат оперативного лечения при повреждениях позвоночника.

Литература:

1. Джумабеков С.А., Сулайманов Ж.Д. Хирургическое лечение повреждений, их последствий и дегенеративных поражений грудопоясничного отдела позвоночника. Бишкек-2008.-302 с.
2. ЛебедевВ.В., БыковниковЛ.Д. Руководство по неотложной нейрохирургии.- М., 1987.-335 с.
3. Лившиц А.В. Хирургия спинного мозга.- М ., 1990.- 350.с.
4. Корнилов Н.В., Усиков В.Д. Повреждение позвоночника, тактика хирургического лечения. Спб.-« МОРСАР АВ ».- 2000.- 231 с.
5. Ульрих Э.В., Мущкин А.Ю. Вертебрология в терминах, цифрах и рисунках. Спб.- « ЭЛБИ-Спб ».- 2005.-186с.
6. Ronald Z . Eisenberg. Diagnostic imaging in sugery. – New York. 2005.- P.639-641.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИК РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Сарсебеков А.С., Акматалиев К.И.,
Научный руководитель - д.м.н., проф. Кожокматова Г.С.
Кыргызская государственая медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева
Сарсебеков А.С. – студент 6 курса, факультета «лечебное дело №2»
Акматалиев К.,И.- ассистент кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева

РЕЗЮМЕ: В данной статье мы сравнили эффективность методов аутотрансплантации сухожилий подколенных сгибателей с сухожилиями связки надколенника при артроскопической аутопластике передней крестообразной связки крестообразной связки (ПКС). Проанализировано 90 операций в период с 2014 по 2018 года, и раздели их на 2 группы.В 1-й группе (44 вмешательств, 49 %) аутотрансплантат взят из связки надколенника. Во 2-й группе (46 вмешательств, 51% операций) – из сухожилий мышц подколенных сгибателей.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 1-й группе, по IKDC2000, J.Lysholm, и снимков МРТ в сроки 6-12-24 месяцев реже наблюдали неблагоприятные исходы. Стабильность коленного сустава была выше в 1-й группе. Во 2-й группе трансплантат чаще имел признаки разрушения и выявлялся эффект «стеклоочистителя»

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Аутотрансплантат из связки надколенника позволяет добиться более высокой надежности в достижении отличных и хороших результатов по сравнению аутотранспалнтатом из сухожилий мышц подколенных сгибателей.

Ключевые слова: Коленный сустав, передняя крестообразная связка, сухожилий подколенных сгибателей, связки надколенника, артроскопическая реконструкция.

ТИЗЕ МУУНУНУН АЛДЫҢКЫ КРЕСТ СЫМАЛ БАЙЛАМТАЛАРЫН РЕКОНСТРУКЦИЯЛОО ЫКМАЛАРЫНЫН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУН САЛЫШТЫРЫП ТАЛДОО

Сарсебеков А.С., Акматалиев К.И.,
Илимий жетекчи - м.и.д, проф. Кожокматова Г.С.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын травматология, ортопедия жана ыкчам хирургия кафедрасы

Таржымал: Макалада алдыңкы крест сымал байламтанын (АКБ) артроскопиялык аутопластикасындагы тизе алдындагы бүгүлткүч булчуңдардын тарамыштары жана тизе үстүндөгү байламталардын тарамыштары менен аутотрансплантациялоо ыкмаларынын натыйжалуулугу салыштырма талдоого алынды.

2014-жылдан 2018-жылга чейинки аралыктагы 90 операция талданып, алар 2 топко бөлүштүрүлдү. 1-топто (44 операциялык кийлигишүү, 49%) аутотрансплантат тизе үстүндөгү байламталардан алынды. 2-топто (46 операциялык кийлигишүү, 51%) аутотрансплантат тизе астындагы бүгүлткүч булчуңдардын тарамыштарынан алынды.

ЖЫЙЫНТЫКТАР. 1-топто IKDC2000, J.Lysholm жана 6-12-24 айда жасалган МРТнын сүрөттөлүшү боюнча начар жыйынтыктар азыраак байкалган. Тизе мууунун туруктуулугу 1-топто жогору болгон. Ал эми 2-топто трансплантаттын бузулуу жана «айнек тазалоо» белгиси көбүрөөк байкалган.

КОРУТУНДУ. Эң мыкты натыйжаларга жетишүүдө тизе астындагы бүгүлткүч булчуңдардын тарамыштарына караганда, тизе үстүндөгү байламталардан алынган аутотрансплантат ишенимдүүлүктү көбүрөөк арттырат.

Негизги сөздөр: тизе мууну, алдыңкы крест сымал байламта, тизе астындагы бүгүлткүч булчуңдардын тарамыштары, тизе үстүндөгү байламталар, артроскопиялык реконструкция.

COMPARISONAL ANALYSIS OF EFFICIENCY OF ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION METHODS.

Sarsebekov A.S., Akhmataliev K. I.
Academic adviser – d.m.s. prof. Kozhokmatova G. S.
I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy. Bishkek. Kyrgyz Republic.
Department of Traumatology, Orthopedics and Extremal Surgery

Abstract: In this article we compared the efficiency of two methods of tendon autotransplantation – from popliteal flexor muscles' ligament and from patella ligament – in arthroscopic autoplasty of anterior cruciate ligament.

We analyses 90 surgeries in time period from 2014 to 2018 and divided into two groups. In 1st group (44 interventions, 49%) tendons were taken from patella ligament. In 2nd group (46 interventions, 51%) – from popliteal flexor muscles' ligament.

Results: in 1st group, according to the IKDC 2000, J. Lysholm tests and MRI scans, in period of 6 – 12 – 24 months, negative outcomes were less frequent. Knee joint stability was greater in 1st group.in 2nd group, signs of transplant destruction were seen more frequently and "windshield-weeper effect" was revealed.

Conclusion: An autotransplant taken from patella ligament allows obtaining higher reliability of reaching excellent and good results in tendon autotransplantation, rather than the autotransplant taken from popliteal flexor muscles' ligament.

Key words: Knee joint, anterior cruciate ligament, popliteal flexor muscles' ligaments, patella ligament, arthroscopic reconstruction.

Актуальность: Артроскопическая реконструкция передней крестообразной связки (ПКС) коленного сустава — широко распространенная за рубежом операция. По официальным данным в США артроскопическую аутопластику ПКС коленного сустава выполняют 20000 пациентам в год.[1] Пациенты, подвергающиеся таким операциям, как правило, относятся к группе лиц молодого, трудоспособного возраста с высокой степенью физической активности. Основными причинами внимания к этой проблеме явились не только сохраняющаяся тенденция к увеличению количества травм коленного сустава, сопровождающихся разрывами передней крестообразной связки, а появление новых способов артроскопической пластики и ее технического оснащения, но и четко сформировавшаяся в профессиональном сообществе потребность определения преимуществ, особенностей и перспектив создаваемых технологий. [2,3] При этом как способ операции, так и последующее функциональное восстановление коленного сустава в первую очередь зависят от вида используемого пластического материала. Несмотря на большое число клинической эффективности отдаленных результатов различных способов аутопластики ПКС коленного сустава в других странах[2,6], до настоящего времени недостаточно определены преимущества и недостатки имеющегося многообразия хирургических технологий в Кыргызской Республики. Вместе с этим еще не в полной мере изучены сравнительная эффективность, перспективность отдельных технологий пластики ПКС, что приводит к недостаточному единству в понимании этой проблемы среди травматологов и ортопедов

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сравнить эффективность аутотрансплантатов из сухожилий подколенных сгибателей и связки надколенника при артроскопической аутопластике передней крестообразной связки.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2018 г. в БНЦиТО и медицинском центре КГМА проанализированы и изучены результаты 90 операций по артроскопической аутопластике ПКС. Данные пациенты были разделены на 2 группы (Табл №1). В 1-й группе (44 вмешательств, 49 %) ПКС из связки надколенника. Во 2-й группе (46 вмешательств, 51% операций) из сухожилий мышц подколенных сгибателей. Возраст пациентов варьировал от 18- 50 лет. Изучения результатов лечения проводились по функциональным оценочным шкалам повреждений капсульно-связочного аппарата коленного сустава (по IKDC2000, J.Lysholm, где A- Отличные результаты, B- хорошие результаты, C- удовлетворительные результаты, D- плохие результаты) и изучения МРТ снимков в сроки 6-12-24 (Таблица № 2) после операции.

Таблица №1

Показатели	Всего (n=90)		1 группа (n=44)		2 группа (n=46)		
	Абс.число	%	Абс.число	%	Абс.число	%	
Мужчин	54	60	26	59	27	58,7	
Женщин	36	40	18	41	19	41,3	
Средний возраст, лет(M±m)	31,8±1,3	-	31,2±2,1	-	32,1±1,2	-	
Спортивная травма	74	82,2	38	86,3	36	78,3	
Другие механизмы травмы	16	17,8	9	20,5	7	15,2	

Таблица 2. Сравнительные результаты пластик ПКС по шкальным в группах таблица №2
Шкала J.Lysholm после 6 и 12 месяцев

Показатели	всего (n=90)		1 группа (n=44)		2 группа (n=46)	
	Абс.число	%	Абс.число	%	Абс.число	%
A	71	78.9	32	72,7	39	84.8
B	14	15.5	11	25	3	6.4
C	3	3.3	1	2,3	2	4.4
D	2	1.1	0	0	2	4.4
A	73	82.2	39	88.6	34	76.1
B	13	14.5	4	9.1	9	19.6
C	3	2.2	0	0	2	4.4
D	1	1.1	0	0	1	2.2

Шкала IKDC2000 после 24 месяцев

A	74	82.2	32	72,7	29	63,1
	13	15,5	12	27,3	14	30,4
B	2	2,2	0	0	2	4,3
	1	1,1	0	0	1	2,2
C						
D						

МРТ(рис №1 6 месяцев, рис №2 12 месяцев, рис № 3 24 месяцев

Рис. №1

Рис. №2

Рис. №3

Результаты. Анализ результатов хирургической реконструкции ПКС, по функциональным оценочным шкалам повреждений капсульно-связочного аппарата коленного сустава (по IKDC2000, J.Lysholm) и изучения МРТ снимков в сроки 6-12-24 месяца (*табл. 2*), показал, что у 80,1 ±2,1% пациентов характеристики сустава практически вернулись к норме. Только у 9,8±2,1 % отмечались те или иные патологические изменения коленного сустава, а у 3,3 % (3 наблюдений) — имелись грубые нарушения функции. Однако при сравнении исследуемых групп между собой были выявлены в 2 раза меньше неблагоприятных результатов среди пациентов, которым провели артроскопическую

хирургию с аутотрансплантатом из связки надколенника ПКС [группа С — 2,3 % против 4,4 % после подколенной и группа D — 0 % против 2,2%].

У них же значимо лучше были показатели, характеризующие болевой синдром или другие патологические симптомы. Достоверных различий в группах по шкале J.Lysholm после 6 и 12 месяцев было выявлено, у 1 и 2-ой группы показали хорошие результаты по функциональности, но оставались жалобы на боли и крепитации из мест сбора аутотрансплантата. У 2-ой группы чаше наблюдались нарушение наружной ротации при сгибании коленей на 20 градусов и нестабильность сустава.

При изучении результатов хирургического лечения в отдаленном периоде неблагоприятные исходы пластики ПКС чаще наблюдали во 2-й группе, они были связаны со сгибательной или комбинированной контрактурами в коленном суставе, синовитом,

а также с атрофией мышц бедра. Ревизионные вмешательства потребовались пациентам 2-й группы почти в 2 раза чаще, чем в 1-й группе. Эти показатели статистически значимо отличали аутотрансплантат из связки надколенника ПКС в лучшую сторону.

По данным МРТ, у пациентов 2-й группы наблюдали расширение костных каналов типа эффекта «стеклоочистителя» у 3 больных, что в 1 группе не было.

Выводы . В проведенном анализе мы пришли к следующим выводам:

1) что аутотрансплантан из сухожилий подколенных сгибателей характерно меньше по прочности и приводит к частичному или полному разрыву трансплантата, в сравнении с аутотрансплантантом из связки надколенника. По нашему мнению необходимо подбирать правильную методику в зависимости от физической активности пациента, однако это компенсируется сравнительно малой травматичностью места забора. небольшой дефицит внутренней ротации голени, что значимо для футболистов, хоккеистов и горнолыжников. При выполнении ПКС из аутотрансплантата из сухожилий мышц подколенных сгибателей наблюдается увеличение продолжительности хирургического вмешательства за счет большего числа его этапов, усложнения хирургической техники, ограниченности выбора фиксаторов трансплантата вследствие, часто возникает расширение костных каналов типа эффекта «стеклоочистителя».

2) для аутотрансплантанта из связки надколенника всех его положительных аспектах в виде прочности и более легкой интеграции кость к кости, отрицательным моментом является достаточно травматичный забор аутотранспалантата с возможным осложнением в виде нарушение чувствительности вследствие повреждения подкожного нерва или его ветвей и длительно сохраняющийся болевой синдром в месте его забора, что сказывается на функции коленного сустава в течение нескольких лет после операции. Но 1 –я группа показала долгосрочную перспективу для спортсменов, что показывает статистические данные, которую мы провели, меньше рецидивов нестабильности коленного сустава что позволило получить большую надежность в достижении отличных и хороших результатов.

Аутотрансплантат из связки надколенника является предпочтительной у пациентов молодого и среднего возраста с высокими функциональными запросами к коленному суставу, у спортсменов, а также в качестве методики при ревизионных реконструкциях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицын М.П. *Артроскопическая диагностика и лечение острых и хронических повреждений капсульно-связочных структур коленного сустава у спортсменов:* Дис. ... канд. мед.наук. 1995;6:9-21.

2. Лазишвили Г.Д., Королев А.В. *Повреждения ПКС коленного сустава: диагностика, лечение, реабилитация.* 2013.

3. Fu FH, Bennett Ch, Ma CB. Current trends in anterior cruciate ligament reconstruction, Part II: Operative procedures and clinical correlations. *Am J Sports Med.* 2000;28:124-130.

4. Freeman MAR, Wyke BD. *J Anat.* 1964;1001:4:505-532.

5. Howell S. Principles for placing the tibial tunnelland avoiding roof impingement during reconstruction of a torn anterior cruciate ligament. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 1998;6:4955.

6. Hui C, Salmon LJ, Kok A et al. Fifteen-year outcome of endoscopic anterior cruciate ligament reconstruction with patellar tendon autograft for isolated anterior cruciate ligament tear. *Am J Sports Med.* 2011;39:1:89-98.

7. Reuben SS, Ekman EF. The effect of initiating a preventive multimodal analgesic regimen on long-term patient outcomes for outpatient anterior cruciate ligament reconstruction surgery. *Anesth Analg.* 2007;105:1:228-232.

8. Strobel MJ. *Manual of arthroscopic surgery.* 2012.

Аннотация

НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА СУБТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Аспирант: врач - офтальмолог Бекназарова Б.А
Научный руководитель: д.м.н., профессор Ырысов К.Б.
д.м.н., профессор Медведев М.А

Актуальность. Проблемы ранней диагностики и лечения опухоли головного мозга – одна из важнейших в современной медицине. Опухоль головного мозга составляет 0,7 – 2,3% от общего числа онкологических заболеваний, при этом преимущественно страдает лица трудоспособного возраста (Тиглеев Г.С., с соавторами, 2001). По данным И.А Сафоновой (2007), С.В.Мужаева, с соавт.,(2001) наибольшее число заболевших приходится на возраст от 40 до 59 лет.

На опухоли черепной ямки приходится 5,6%. Одной из ведущих в клинике объемных образований головного мозга является нейроофтальмологическая симптоматика, проявляющаяся глазодвигательными и зрачковыми нарушениями и признаками внутричерепной гипертензии на глазном дне (Daroff R.B., et al 2007; Raimondi A.J., et al 2008; Jooma R., et al 2009; Boyd M.C., et al 2010). Исходя из этого, показания к хирургическому лечению объемных образований этой локализации и его результаты должны оцениваться с учетом динамики нейроофтальмологических симптомов в послеоперационном периоде.

Развитие за последние десятилетия современных методов нейровизуализации, микрохирургической техники позволило расширить показания к хирургическому лечению объемных образований головного мозга (Laprs C., Patet J.D., 2008; Neuwelt E.A. et al., 2009; Bruce J.N. et al., 2010; Vafnetsky M.A. et al., 2011). Однако исследования динамики глазодвигательной функции после хирургического лечения у пациента с этой патологией очень немногочислены и носят, как правило, описательный характер (Nazzaro J.V. et al., 2009; Коновалов А.Н., et al. 2010; Гаврюшине А., 2011). В современной литерастуре отсутствуют данные об инструментальном исследовании степени выраженности глазодвигательных нарушений и их динамики после операций удаления объемных образований головного мозга.

Ведущими в структуре симптоматики у больных с объемными образованиями являются застойные диски зрительных нервов и расстройства зрачковой и глазодвигательной функции.

Частота ЗДЗН при различной патологии головного мозга по данным литературы составляет от 40% до 80% (Трон Е.Ж., 1968; Huber A., 2011). Выраженность зрительных нарушений при ЗДЗН колеблется от начальных дефектов в поле зрения до слепоты (Chou S., et al. 2009).

Целью работы явилось выявление закономерностей развития нейроофтальмологической симптоматики у больных с объемными образованиями задней черепной ямки до и послеоперационном периоде и совершенствование методов оценки функции зрительного нерва.

Задачи исследования:

1. Изучить нейроофтальмологическую симптоматику у больных с опухолями головного мозга задней черепной ямки.
2. Изучить особенности проявления глазодвигательных нарушений в зависимости от локализации и гистоструктуры опухоли.
3. Уточнить динамику их развития до операции, в послеоперационном периоде тактику медикаметозного и физиологического лечения глазодвигательного нарушения в раннем послеоперационном периоде.
4. Определить возможности компьютерной ретинотомографии для оценки состояния зрительного нерва и динамики его изменений у пациентов с опухолями головного мозга при гипертензионно-гидроцефальном синдроме и сопоставление полученных результатов с данными нейрохирургического обследования.

Научная новизна:

- Будет проведен анализ нейроофтальмологической симптоматики в раннем и отдаленном послеоперационном периоде у больных с опухолями головного мозга субтенториальной локализацией.
- Будет определена структура симптоматики и степень выраженности глазодвигательных нарушений у больных с объемными образованиями.
- Впервые будут изучены зрачковые рефлексы (ВВЗЦ, V-скорость зрачковых реакций) у больных с объемными образованиями.
- Будут изучены особенности трехмерной топографии ЗДЗН в зависимости от офтальмоскопически выделенных его стадий. По данным лазерной ретинотомографии, для количественной оценки ЗДЗН будут выделены степени увеличения площади ДЗН, объема нейроретинального ободка, введено понятие деформации ДЗН.
- По данным МРТ будут выявлены рентгенанатомические изменения, как ствола зрительного нерва, так и его подоболочечного пространства, характерные для различных офтальмоскопически выделенных стадий ЗДЗН.

Практическое значение:

Полученные результаты могут быть использованы для ранней диагностики основного заболевания, приведшего к глазодвигательным нарушениям, позволяющей сохранить пациенту жизнь поодерживать качество жизни.

Будут выделены группы риска больных с ЗДЗН, глазодвигательными и зрачковыми нарушениями.

Будет проводиться динамическое наблюдение за состоянием ЗДЗН, его стереометрическом параметре при исследовании пациентов на компьютерном томографе.

Внедрение в практику

Планируется, что результаты клинического исследования внедрены с 2019 года в практическую деятельность отделений нейрохирургии Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики.

Материалы диссертации будут использоваться в учебном процессе на кафедре нейрохирургии до- и последипломного образования КГМА им. И. К. Ахунбаева, при подготовке студентов и клинических ординаторов.

Материалы и метод исследования:

Настоящая работа будет включать материалы собственных наблюдений и анализ архивной документации пациентов, пролеченных по поводу тяжелой черепно-мозговой травмы за период времени с 2019 по 2021 годы.

Собственные исследования будут проведены у пациентов с объемными образованиями головного мозга, находившихся на стационарном лечении в отделениях клиники нейрохирургии Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики.

Проведенное в стационаре комплексное клиническое обследование поступивших больных будет включать тщательный общесоматический и неврологический осмотр, а также осмотр врача-офтальмолога.

Для каждого больного будут заполнены данные демографических (возраст, пол), неврологических, нейровизуализационных, интраоперационных и нейроофтальмологических исследований.

Среди методов, характеризующих состояние внутричерепного давления у больных, важное значение будет придано нейроофтальмологическому исследованию. Базовое офтальмологическое обследование включит в себя визометрию, компьютерную периметрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, исследование зрачковых реакций и глазодвигательных функций, оптическую когерентную томографию и ангиографию сосудов сетчатки.

Нами будет проведен анализ динамики выявления ЗДЗН при объемных образованиях головного мозга и эффективности проводимой комлексной териапии.

Доклад

ПОСТВЕТРЯНОЧНАЯ НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА У ДЕТЕЙ

Сапарбеков А.А. Мыкыев К.М.

кафедра детской хирургии КГМА им.И.К.Ахунбаева

Актуальность

Некротическая эпифасциальная флегмона является одним из тяжелых и своеобразных заболеваний, встречается у 0,01-0,2% детей с ветряной оспой.

Сопровождается наличием некротических процессов в коже и подкожной клетчатке, характеризуется определенными формами, длительностью течения

и летальностью.

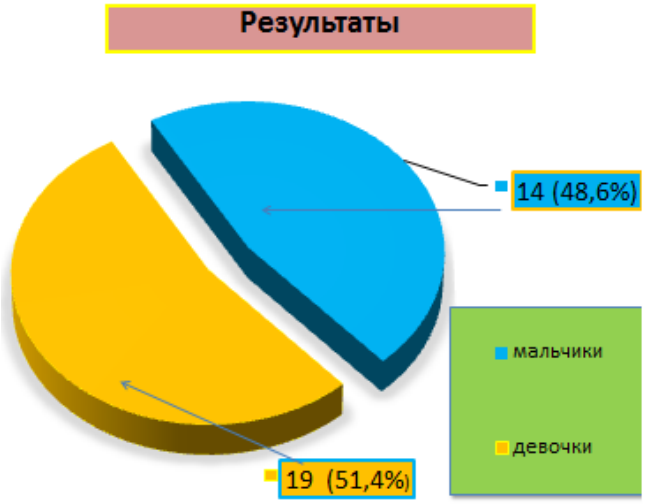
Летальность при некротической эпифасциальной флегмоне, как осложнения ветряной оспы, по данным разных авторов, достигает 12-20%.

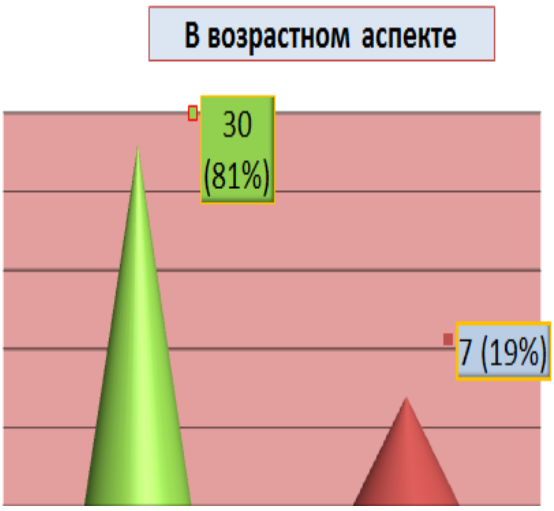
Цель исследования: Изучить особенности постветряночной некротической флегмоны у детей и оптимизировать алгоритм лечения.

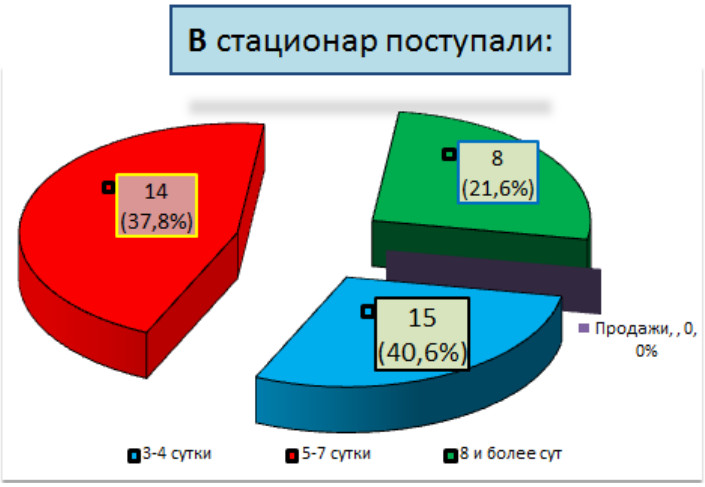
Материал и методы

Проанализированы истории болезни 37 детей с постветряночной некротической флегмоной пролеченных в отделении гнойных инфекций ГДКБ СМП г. Бишкек за 2010-2019 годы.

Больным кроме обьективного и локального осмотра проводились общеклинические анализы, микробиологические исследования отделяемого из раны, изучение анамнеза ребенка.







Результаты

Из инфекционного стационара поступили 28 (97%), из дома - 9 (3%) больных.

По локализация воспалительного процесса:

на ограниченной области тела отмечена у 19 (51,4%) детей,

у 18 (48,6%) флегмона распространялась на двух и более анатомических областях тела.

Клиника

• **Локальные** клинические проявления флегмоны характеризовались картиной выраженного отека, гиперемии кожи вокруг пузырьковых высыпаний, сопровождались болевым синдромом, повышением температуры тела у всех больных.

• **При множественных локализациях** отмечались эпидермальные пузырьки с мутноватой серозной или гнойной жидкостью.

По характеру распространения местного процесса флегмона напоминает некротическую флегмону новорожденных, эпифасциальную флегмону.

В анамнезе у 21 (70%) больных удалось выявить аллергическую предрасположенность: экссудативный диатез, аллергический дерматит, пищевую аллергию.

- Отмечали возникновение осложнений при ветряной оспе у больных детей на повышенном аллергическом фоне .

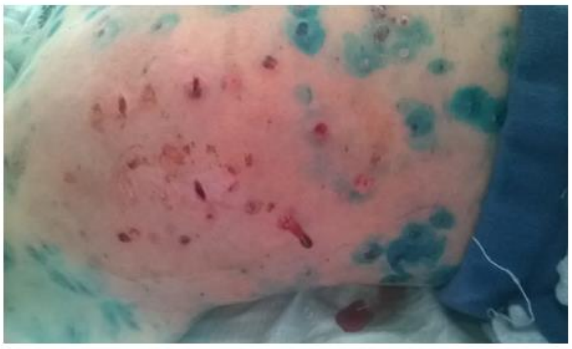
Лечение

• При локальных ПВНФ у 11 производили вскрытие флегмоны и насечки, дальнейшее лечение продолжалось в отделениях РКИБ.

• У 19 больных с переводом в хирургический стационар с множественными и распространенными поражениями, из-за тенденции к прогрессированию картины местного процесса флегмоны, симптомов гнойно-септической интоксикации.

• Комплекс лечения включал инфузионную и антибиотикотерапию, десенсибилизирующее, почасовое ежедневные перевязки дренированием ран.

Распространенная форма



Осложнения

Из-за особенности эпифасциальной флегмоны и прогрессующего течения у одного больного с обширной локализацией на передней брюшной стенке образовался дефект кожного покрова, что в последующем потребовало осуществить пересадку кожи.

Причиной образования дефекта кожи послужил особенности течения эпифасциальной флегмоны

а также - недостаточный разрез на участке воспаления, вокруг воспалительного процесса и отсутствие почасового наблюдения за такими больными.

В 6-х случаях из-за развития некроза мягких тканей проводили этапную некроэктомию.

Выводы:

1. Наблюдается рост осложненных форм ветряной оспы с развитием постветряночной некротческой флегмоны, характеризующейся эпифасциальным течением процесса;
2. Наряду с нанесением множественных насечек с охватом здорового участка, в комплексе лечения необходимо:

- почасовое динамическое наблюдение за течением местного процесса;
- антибактериальная и десенсиблизирующая терапии что снизило тяжелые осложнения.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Авазбеков А.А., Толтоев А.М., Акматалиев К.И., научный руководитель: к.м.н. Борукеев А.К.,
ассистент кафедры травматологии, ортопедии и ЭХ. БНИЦТО, г. Бишкек, Республика Кыргызстан
Авазбеков А.А.-студент 5го курса 21группы лечебного факультета
Толтоев А.М.-студент 5го курса 21группы лечебного факультета
Акматалиев К. И. - ассистент кафедры травматологии, ортопедии и ЭХ

Цель исследования: улучшение результатов оперативного лечения больных с внутрисуставными переломами дистального отдела плечевой кости за счет разработки специального долота и метода остеотомии локтевого отростка

Материалы и методы исследования. Всего в травматологических отделениях БНИЦТО с 2008 по 2016 год находилось на стационарном лечении 83 больных со сложными внутрисуставными переломами дистального отдела плечевой кости и в основном были лица работоспособного возраста. Из них в контрольной группе было 42 больных а основной группе 41. Ведущим методом диагностики переломов дистального отдела плечевой кости, благодаря своей информативности и доступности, является рентгенография. Использование компьютерной томографии при лечении

переломов дистального отдела плечевой кости имеет важное значение, как на этапе первичной диагностики, так и в плане оценки отдалённого результата оперативного лечения. Трехмерная реконструкция локтевого сустава позволяет получить объемное представление обо всех компонентах сустава. **Методика оперативного лечения**. Используем задний кожный разрез с обходом локтевого отростка снаружи. Далее производим V образную остеотомию локтевого отростка, предложенным долотом. Артротомия. Производится фиксация перелома накостной пластиной. Накостную пластину моделируем интраоперационно и укладываем по наружной поверхности плеча, во избежание травматизации локтевого нерва. Тем самым формируем опорную конструкцию, которая удерживает отломки плечевой кости. Далее производим репозицию локтевого отростка и фиксируем спицами со стягивающей петлей. На разработанное долото для остеотомии локтевого отростка на которую получен патент КР №188. Выводы. Сравнительный анализ традиционного и предложенного методов оперативного лечения показал преимущество последнего, за счет снижения частоты осложнении в 2,4 раза (9,6 % против 23,8%), а удельный вес неудовлетворительных результатов в снизился в три раза (7,3 % против 23,8 %).

Литература:

1. Ring D. Articular fractures of the distal part of the humerus / D. Ring, J. Jupiter . L. Gulotta // J. Bone Joint Surg- 2003.- Vol. 85-A, N 2. P. 232238.

2. Абдуразаков У .Л. Внутри- и околосуставные переломы и их оперативное лечение. // Автореферат диссертации на соискание степени доктора мед. наук.-Киев.-1988.-40с.

ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЦИСТЭКТОМИЮ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Кемелбекова А.К., Азизов И.

Научный руководитель: к.м.н. зав. каф. онкологии Саяков У.К.

КГМА им И.К.Ахунбаева. НЦОиГ МЗ КР.

Азизов И. студент 5 к 44гр. ЛФ. azizovisaz@gmail.com

Актуальность: Лечение инвазивного рака мочевого пузыря подразумевает его удаление(цистэктомию). Естественно после такой органоуносящей операции качество жизни пациентов значительно снижается. Для улучшения качества жизни и спокойного пребывания в социуме требуются пластические операции по отведению мочи(деривация).

Цель: Улучшение качества жизни пациентов, перенесших цистэктомию при раке мочевого пузыря.

Материал и методы исследования: В исследование вошло 63 пациента, которые находились на стационарном лечении в отделении урологии НЦО МЗ КР с 1994г. по н.в. Из 63 пациентов получили только хирургическое лечение 32(51%); комбинированное лечение 31(49%).Всем 63 больным по поводу рака мочевого пузыря выполнена цистэктомия.

Результаты и их обсуждение: Больным I группа (28 человек), которым двухэтапно выполнена цистэктомия и через 6-12 месяцев формировние сухой абдоминальной уростомы, отведение мочи было достигнуто выведением двухсторонней кутанеостомы, из-за чего фактически все больные испытывали ряд неудобств: ношение бутылочек, мочеприемников; неудобство в подборе комфортабельной одежды скрывающей бутылочки/мочеприемники; постоянный запах мочи из-за чего больные испытывали чувство неполноценности, воспалительные реакции ткани вокруг кутанеостом, явления восходящего пиелонефрита (боли в поясничной области, повышение t тела). После второго этапа данные симптомы значительно уменьшались или исчезали полностью.II группа (35 больных), которым одномоментно выполнена цистэктомия и ФСАУ. Данная группа пациентов не испытывала неудобств. Соответственно, на примере этих двух групп больных, мы можем предположить разницу качества жизни пациентов, которым пластические операции выполнялись одномоментно или двухэтапно, по сравнению с качеством жизни тех, кому выполнена цистэктомия без последующей пластической операции.

Вывод: Выполнение пластической операции после цистэктомии значительно улучшает качество жизни больных.

1)Гоцадзе Д.Т., Пирухалашвили Г.Г. «Качество жизни больных после цистэктомии по поводу рака» Вопр. Онкологии. – 1992.-Т.38.-N14..

2)Токтомушев А.Т., Саяков У.К., Мукамбетов К.М. и др. «Способ деривации мочи при цистэктомии по поводу переходноклеточного рака мочевого пузыря» Урология и нефрология. – 1996. N1 – стр.21-22.

3) Studer U.E., Zining E.J. “Ileal orthotopic bladder substitutes. What we have learned from 12 years’ experience with 200 patients. Urol. Clin. North Amer. – 1997. – Vol.24. – P.781-788.

ВОПРОСЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОРТИЗОЛА СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПРЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИЕЙ

Агзамова З.Д., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В., Молдогазиева А.С.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии
Агзамова Зарина Данияровна – клинический ординатор 1-го года обучения, тел. 0556-01-56-07, E-mail: zariagzamova228@mail.ru
Вычигжанина Наталья Викторовна – к.м.н., ассистент,720020, г.Бишкек, ул.Ахунбаева, 92, 66-04-49
Борякин Юрий Васильевич – к.м.н., доцент, г.Бишкек, ул.Ахунбаева, 92, 66-04-49
Молдогазиева Айгуль Сартбаевна – к.м.н., доцент, г.Бишкек, ул.Ахунбаева, 92, 66-04-49, E-mail:as_aigul@yahoo.com

Аннотация: Проведено исследование 152 недоношенных детей с гестационным возрастом от 35 до 37 недель. Первую группу составили 50 условно здоровых недоношенных детей, вторую – 102 недоношенных ребенка с пренатальной гипотрофией. С учетом динамики уровня кортизола сыворотки крови определено, что в исследуемых группах регистрируются низкие темпы адаптации к внеутробной жизни в раннем неонатальном периоде, наиболее отчетливо проявляющие себя в группе детей с пренатальной гипотрофией. В этой же группе отмечается достоверно более высокая частота поражений центральной нервной системы.

Ключевые слова: кортизол, недоношенные дети, церебральная ишемия, пренатальная гипотрофия.

ПРЕНАТАЛДЫК ГИПОТРОФИЯ ЖАНА ЦЕРЕБРАЛДЫК ИШЕМИЯ МЕНЕН АРА ТОРОЛГОН БАЛДАРДЫН КАНДЫН СЫВОРОТКАСЫНДА КОРТИЗОЛДУН КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНҮН ДИНАМИКАСЫ.

Агзамова З.Д., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В., Молдогазиева А.С.
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын госпиталдык педиятрия жана неонатология курсу кафедрасы

Аннотация: Гестациялык жашы 35-37 жумалар аралыгында 150 ара торолгон балдарга изилдоолор жургузулгон. Биринчи топко- 50 шарттуу дени сак ара торолгон балдар, экинчи топко- 102 пренаталдык гипотрофия менен ара торолгон балдар тузгон. Кандын сыворoткасындагы кортизолдун даражасынын динмикасын эске алуу менен аныкталган. Изилденуучу топто антенаталддык убакта ынгайлашуусу томонку темпте катталган. Пренаталдык гипотрофия менен изилденген топто айкын корунуп турат. Ушул эле топто борбордук нерв системаынын жабыркашы кобуроок жыштыкта катталган. Негизги создор: кортизол, ара торолгон балдар, церебралдык ишемия, пренаталык гипотрофия.

DYNAMICS OF BLOOD SERUM CORTISOL INDICATORS AT THE CEREBRAL ISCHEMIA IN THE PREMATURE CHILDREN WITH PRENATAL HYPOTROPHY

Agzamova Z.D., Vychigzhanina N.V., Borjakin Y.V., Moldogazieva A.S.
I.K.Ahunbaev Kyrghyz state medical academy,
Hospital pediatrics with course of neonatology department

The summary: Research of 152 premature children with gestational age from 35 to 37 weeks is carried out. The first group includes 50 conditionally healthy premature children, the second – 102 premature children with prenatal hypotrophy. With due regard for dynamics of blood serum cortisol level it is defined, that in investigated groups low rates of adaptation to extrauterine life in the early neonatal period most clearly proving in group of children with prenatal hypotrophy are registered. In the same group higher frequency of the central nervous system damages is authentically marked.

Keywords: cortisol, premature children, cerebral ischemia, prenatal hypotrophy.

В настоящее время в структуре перинатальной патологии нервной системы (ЦНС) наиболее распространёнными являются гипоксически-ишемические нарушения (код по МКБ -10: Р91.0 Ишемия мозга) [3, 4]. У недоношенных детей основными неврологическими синдромами,

свидетельствующими о гипоксически-ишемических нарушениях головного мозга, являются такие, как возбуждение ЦНС, угнетение ЦНС, гипертензионный синдром и синдром вегето-висцеральных нарушений. По данным Р.А.Сундетовой (2008), патологические синдромы адаптации в раннем неонатальном периоде у маловесных детей проявляются перинатальными гипоксически-ишемическими и инфекционными повреждениями ЦНС, внутриутробными и нозокомиальными инфекциями [10]. Г.В.Яцык с соавт. (2000) отмечают, что новорожденные с гипотрофическим вариантом задержки развития имеют отклонения в неврологическом статусе, чаще всего в виде синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, синдрома угнетения, гипертензионного синдрома, а также синдрома вегето-висцеральных дисфункций [11].

Особенности функционирования эндокринной системы недоношенного ребенка определяются степенью его зрелости и наличием эндокринных нарушений у матери, спровоцировавших преждевременные роды. Как правило, координация деятельности эндокринных желез нарушена по оси «гипоталамус – гипофиз – щитовидная железа – надпочечники». Функциональная и морфологическая незрелость надпочечников способствует быстрому истощению гормональной функции. Продуцируемые пучковой зоной коры надпочечников глюкокортикоиды, являясь гормонами адаптации, обладают широким спектром действия, рецепторы к ним обнаружены практически во всех тканях [4]. Содержание кортизола, в крови плода нарастает в последние недели беременности, свидетельствуя о структурно-функциональной зрелости дефинитивной коры надпочечников [8, 9].

Цель работы: определить взаимосвязь колебаний сывороточного уровня глюкокортикоидных гормонов коры надпочечников с проявлениями гипоксически-ишемических нарушений ЦНС недоношенных детей с пренатальной гипотрофией.

Задачи исследования: 1. Изучить динамику показателей кортизола сыворотки крови у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией в раннем неонатальном периоде.

2. Разработать рекомендации по диспансеризации недоношенных детей с пренатальной гипотрофией.

Материалы и методы исследования

Обследовано 152 недоношенных новорожденных детей с гестационным возрастом от 35 до 37 недель. Все недоношенные дети были подразделены на 2 группы. Первую группу (контрольную) составили 50 условно здоровых новорожденных детей, у которых в неонатальном периоде основной патологией была только недоношенность. Вторая группа (сравнения) состояла из 102 маловесных недоношенных новорожденных детей. При обследовании детей использовался комплекс анамнестических, клинических, инструментальных, лабораторных и статистических методов исследования. Все полученные нами данные были внесены в таблицу пакета статистического программного обеспечения SPSS 11.0. Методами доказательной медицины вычислены следующие показатели: тесты на чувствительность – S_e, специфичность – S_p, где высокие показатели (более 90-95%) считались достоверно чувствительными и специфичными; тест диагностической эффективности – J, когда в случае получения значения 0,5 и выше – результат оценивался как положительный. Мера ассоциации между патогенным воздействием и эффектом оценивалась с помощью отношения шансов (ordds ratio – OR). OR определялся как наличие воздействия в основной группе, деленное на наличие воздействия в контрольной группе по формуле: OR= [a/c] / [b/d]. Показатель OR выше 1,0 трактовался как положительный эффект воздействия риск-фактора.

В исследованных группах нами проведен мониторинг уровня кортизола в сыворотке крови недоношенных новорожденных с пренатальной гипотрофией в раннем неонатальном периоде. По данным Н.У.Тиц [1997, цит. по Н.П.Шабалову, 2004] уровень кортизола в пуповинной крови доношенных новорожденных составляет 220±130 нмоль/л [4]. Данных по содержанию кортизола в крови недоношенных детей в доступной нам литературе не обнаружено.

Результаты и обсуждение

В наших исследованиях уровень кортизола в пуповинной крови недоношенных детей был значительно снижен. Причем уровень кортизола в пуповинной крови недоношенных детей с пренатальной гипотрофией был достоверно ниже, чем у недоношенных детей контрольной группы ($p<0,001$). На родовой стресс все недоношенные новорожденные дети ответили повышением уровня кортизола сразу же после рождения, что согласуется с мнением авторов о структурно-функциональной зрелости дефинитивной коры надпочечников [8, 9] (табл.1).

Таблица 1 - Уровень кортизола в крови недоношенных детей (нмоль/л)

Сутки жизни	**Кортизол**	
	Группа I	**Группа II**
Пуповинная кровь	127,61±6,94	101,09±8,52***
1 сутки	174,86±8,07	127,57±11***
2 сутки	116,25±6,79	78,55±5,0***

3 сутки	106,00±4,69	91,2±6,8**
4 сутки	128,17±9,05	59,63±2,95***
5 сутки	144,73±8,46	85,06±8,47***
6 сутки	157,25±8,69	102,84±8,1***
7 сутки	153,58±3,88	93,72±5,03***

*Примечание: статистически значимые различия обозначены следующим образом: * – p<0,05;** – p<0,01; *** – p<0,001*

В то же время недоношенные дети контрольной группы ответили на родовой стресс более высоким повышением уровня кортизола в крови на первые сутки, чем дети группы сравнения (47,29 и 26,48 нмоль/л соответственно). Затем отмечалось снижение уровня кортизола в обеих исследованных группах. Уровень кортизола за все 7 дней динамического наблюдения у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией был достоверно ниже (p<0,001), чем в контрольной группе. Необходимо отметить, что снижение уровня кортизола у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией продолжалось до 4-х суток, тогда как, в контрольной группе он восстановился до исходного к 4-м суткам. Уровень кортизола в крови детей группы сравнения достиг исходного только к 6-м суткам (рис.1).

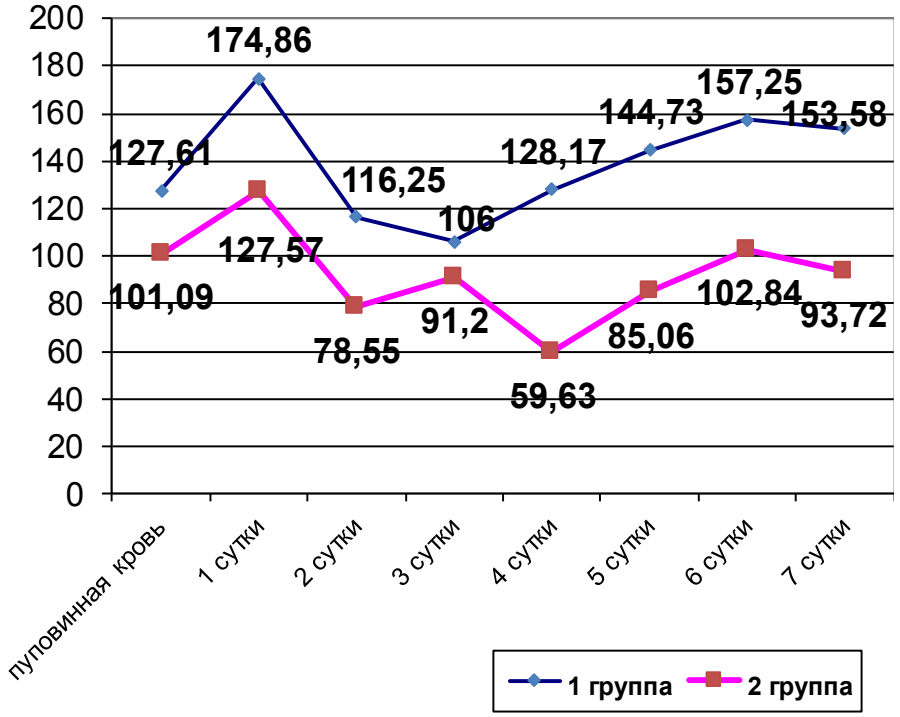


Рисунок 1. Динамика уровня кортизола у маловесных недоношенных детей.

По нашим наблюдениям, низкий уровень кортизола, истощаемость коры надпочечников, артериальная гипотензия приводят к нарушению кровоснабжения головного мозга у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией и развитию церебральной ишемии с формированием изменений в перивентрикулярных зонах, что согласуется с данными Е. В. Нагаевой (2009) о транзиторном гипокортицизме в первые дни и недели после рождения. По ее мнению, сниженная секреция кортизола к моменту рождения приводит к тяжелому послеродовому синдрому дизадаптации – дистресс-синдрому [2]. В наших исследованиях уровень кортизола у маловесных недоношенных детей, был достоверно ниже, чем у недоношенных детей того же срока гестации, с достаточной массой тела. В динамике, в процессе адаптации к внеутробным условиям, уровень кортизола снижался, а к концу раннего неонатального периода повышался. Наиболее низкий уровень гормонов отмечался на 4-е сутки жизни, которые можно считать критическими в раннем неонатальном периоде. Очевидно, это может быть связано с окончанием влияния материнских гормонов, полученных ребенком во время родов. Постепенное повышение уровней гормонов, указывающих на

становление гормональной деятельности собственных надпочечников, у недоношенных детей к 7-м суткам регистрировалось в обеих группах. Однако, у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией уровни кортизола на 7-е сутки были достоверно ниже, чем у условно здоровых. Это свидетельствует об отрицательном влиянии пренатальной гипотрофии на механизмы гормональной адаптации в раннем неонатальном периоде у недоношенных детей с гипоксически-ишемическими нарушениями ЦНС.

В контрольной группе, несмотря на условно здоровое состояние, нами была отмечена легкая степень церебральной ишемии (ЦИ), которая проявлялась симптомами повышения (в 4% случаев), симптомами снижения нервно-рефлекторной деятельности (в 62%) и дистонией (в 8% случаев). При дистонической неврологической симптоматике отмечалась волнообразность течения со сменой физиологического состояния, снижения и повышения нервно-рефлекторной деятельности [3, 4, 6, 7]. Патологические неврологические симптомы у детей контрольной группы самостоятельно редуцировались к концу раннего неонатального периода и не требовали дополнительного медикаментозного вмешательства.

Из 102 детей опытной группы у 101 (99%) ребенка отмечалась церебральная ишемия II степени, у 1 (0,98%) – I степени. Клиника церебральной ишемии проявлялась различными синдромами (табл. 2, рис.2).

Таблица 2 - Синдромы церебральной ишемии у маловесных недоношенных детей

Синдромы ЦИ	**Группа I**	**Группа II**
Гипертензионный синдром	–	2,9±1,67%*
Синдром угнетения	60,0±6,93%	67,6±4,63%
Синдром возбуждения	6,0±3,36%	22,5±4,14%**
Гипертензионно-гидроцефальный синдром	–	6,9±2,5%
Судорожный синдром	–	2,0±1,37%
Синдром вегето-висцеральных нарушений	2,0±1,98%	18,6±3,85%***
Всего	50	102

*Примечание: статистически значимые различия обозначены следующим образом: * – p<0,05;** – p<0,01; *** – p<0,001*

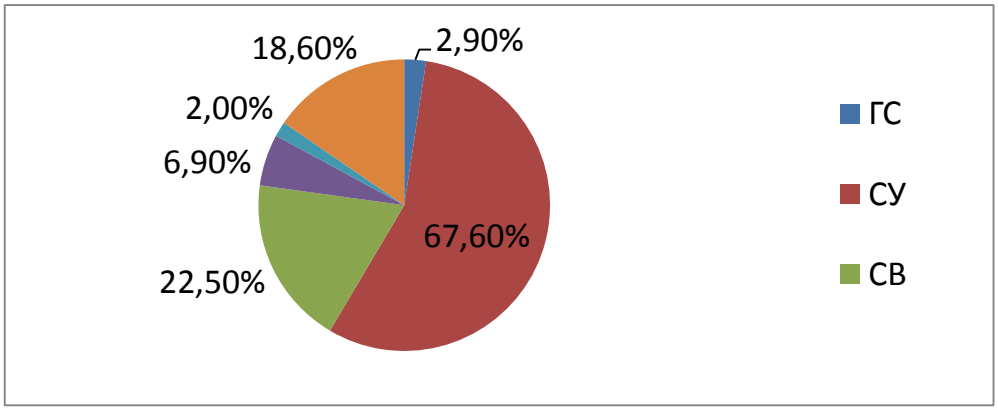


Рисунок 2. Синдромы ЦИ у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией.

Как следует из данных из таблицы 2, у детей контрольной группы отмечался только синдром угнетения (в 60%) и в единичных случаях (2,0%) –синдром вегето-висцеральных нарушений. Эти синдромы достоверно чаще регистрировались у детей группы сравнения. Остальные синдромы ЦИ отмечались только у детей группы сравнения.

Мы оценили ранговую значимость этих синдромов для постановки диагноза церебральной ишемии (табл. 3).

Таблица 3 - Оценка значимости неврологических синдромов для постановки диагноза церебральной ишемии

Синдромы церебральной ишемии	**S_e**	**S_p**	**J**	**OR**
Гипертензионный синдром	3	100	0,3	∞
Синдром угнетения	68	40	0,6	1,4
Синдром возбуждения	23	94	0,5	4,6
Гипертензионно-гидроцефальный синдром	7	100	0,4	∞
Судорожный синдром	2	100	0,3	∞
Синдром вегето-висцеральных нарушений	19	98	0,4	11,2

Как видно из таблицы 3, для постановки диагноза церебральной ишемии доказательно значимыми являются все перечисленные выше синдромы.

Выводы:

1. Ранний неонатальный период у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией характеризуется значительно более низкими темпами адаптации к внеутробной жизни по сравнению с недоношенными новорожденными без такового отягощения.

2. У недоношенных детей с пренатальной гипотрофией в раннем неонатальном периоде отмечается достоверно более высокая частота поражений ЦНС, таких как гипертензионный синдром, синдром угнетения, синдром возбуждения, гипертензионно-гидроцефальный синдром, судорожный синдром, синдром вегето-висцеральных нарушений. Выявляется синдром угнетения с патологическими элементами.

Практические рекомендации

1. Уровень кортизола сыворотки крови недоношенных детей с пренатальной гипотрофией может быть использован в качестве показателя риска развития неврологических осложнений.

2. Недоношенные дети с пренатальной гипотрофией должны постоянно находиться на диспансерном учете у детских неврологов и получать реабилитационную терапию.

Список литературы

1. Гаранин А.Г. Эффективность ранней неврологической реабилитации недоношенных новорожденных в условиях перинатального центра /А. Г. Гаранин, В.В. Долгих, Е.С. Филиппов: Материалы второй Всероссийской конференции «Здоровый ребенок» //Бюлл. ВСНЦ СО РАМН.-2004. - № 3. - С. 78-84.

2. Нагаева Е. В. Внутриутробная задержка роста /Е.В. Нагаева //Педиатрия.- 2009.- Том 88, №5.- С. 140-145.

3. Неонатология: Национальное руководство / Под ред. Н.Н. Володина.- М.: Гэотар-медиа, 2007.- 749с.

4. Неонатология /Под ред. Н.П. Шабалова.- М.: "МЕДпресс-информ", 2004.- Т.1,2.- 607, 640 с.

5. Пальчик А.Б., Федорова Л.А., Понятишин А.Е. Неврология недоношенных детей. М.: «МЕДпресс-информ», 2011.С.173-345.

6. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. – СПб.: Питер, 2006. – 219с.

7. Практическое руководство по неонатологии / Под ред. Г.В. Яцык. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. — 344 с.

8. Рец Ю. В. Структурно-гормональные проявления хронической плацентарной недостаточности /Ю.В. Рец //Акушерство и гинекология.- 2008.- №5.- С. 28-31.

9. Рец Ю. В. Регуляторные и адаптационные процессы в системе мать-плацента-плод. Возможности прогнозирования и профилактики акушерских и перинатальных осложнений: Автореф. дисс. … докт. мед .наук.- Челябинск, 2010.- 48 с.

10. Сундетова Р. А. Особенности ранней неонатальной адаптации доношенных и недоношенных новорожденных с задержкой внутриутробного развития: Автореф. дисс. … канд. мед. наук.- Москва, 2008.- 32 с.

11. Хурасева А.Б. Современный взгляд на проблему синдрома задержки внутриутробного развития плода (обзор литературы) /А.Б. Хурасева http://www.consilium-medicum.com/

ВЛИЯНИЕ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Дмитриченко М.С., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В., Молдогазиева А.С

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии

Дмитриченко Марина Серегеевна, клинический ординатор 1-го года обучения, 0555-70-38-15, gorbaneva.marina@gmail.com

Вычигжанина Наталья Викторовна – к.м.н., ассистент,720020, г.Бишкек, ул.Ахунбаева, 92, 66-04-49

Борякин Юрий Васильевич – к.м.н., доцент, 720020, г.Бишкек, ул.Ахунбаева, 92, 66-04-49

Молдогазиева Айгуль Сартбаевна – к.м.н., доцент, 720020, г.Бишкек, ул.Ахунбаева, 92, 66-04-49, 0555 11-01-77, as_aigul@yahoo.com

Аннотация: Проведено исследование 268 3-6-хлетних детей, жителей г. Бишкек, доношенных, с синдромом задержки внутриутробного развития (ЗВУР) при рождении – 140 детей с гипотрофическим вариантом I и II степени и 128 детей с гипопластическим вариантом I и II степени. Определено, что в исследуемых группах регистрируются повышенная инфекционная заболеваемость и нарушения обмена веществ, частота которых нарастает с увеличением степени выраженности

вариантов ЗВУР. Наибольшая заболеваемость выявлена у детей с гипопластическим вариантом ЗВУР.

Ключевые слова: заболеваемость, доношенные дети, задержка внутриутробного развития.

МЕКТЕПКЕ ЧЕЙИНКИ КУРАКТАГЫ БАЛДАРДЫН ООРУКЧАНДЫГЫНА ТҮЙҮЛДҮКТҮН ӨСҮШҮНҮН НАЧАРЛАШЫНЫН ТААСИРИ

Дмитриченко М.С., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В., Молдогазиева А.С
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын, неонаталогия курсу менен госпиталдык педиатрия кафедрасы

Корутунду: Бишкек шаарында жашаган 3-6 жашка чейинки жана өз убагында төрөлгөн 268 бала изилденген, алардын ичинен 140 баланын салмагы I, II даражада аз болгон, ал эми 128 баланын салмагы менен катар бою да I, II даражада жетишсиз болгон. Изилденген группалардын ичинде жогорку инфекциялык оорукчандык жана зат алмашуунун бузулуулары катталган, ошондой эле бул өзгөрүүлөр түйүлдүктүн өсүшүнүн начарлашынын даражасы өскөн сайын көп кездешкен. Эң көп оорукчандык салмагы менен катар бою да жетишсиз болгон балдардын арасында байкалган.

Негизги сөздөр: оорукчандык, өз убагында төрөлгөн балдар, түйүлдүктүн өсүшүнүн начарлашы.

INFLUENCE OF INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION ON DISEASE OF PRESCHOOL AGE CHILDREN CASE RATE

Dmitrichenko M. S, Vychigzhanina N.V., Borjakin Y.V., Moldogazieva A.S.
I.K.Akhunbaev Kyrghyz state medical academy,
Hospital pediatrics with course of neonatology department

The summary: Research of 268 3-6-year-old children, inhabitants of Bishkek, full-term, with signs of intrauterine growth retardation (IUGR) at a birth is carried out – 140 children with hypotrophic variant and 128 children with hypoplastic variant. It is defined, that in investigated groups there is the raised infectious case rate and the metabolism disorders are registered and its frequency accrues with increase in degree of expressiveness of IUGR variants. The greatest infectious case rate is revealed in children with hypoplastic variant of IUGR.

Keywords: case rate, full-term children, intrauterine growth retardation.

Внутриутробное состояние плода оказывает существенное влияние на последующее развитие ребенка и становление всех жизненных функций организма. Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) или недостаточность питания (НП) является актуальной проблемой педиатрии, решение которой позволит качественно улучшить состояние здоровья детей всех возрастов [2,5,6,7].

Дети с НП в большинстве случаев требуют повышенного внимания педиатров, невропатологов, психоневрологов и других специалистов не только в момент их рождения, но и спустя много лет [6,7]. Даже при гладком течении периода адаптации у новорожденного с признаками задержки развития, ребенок должен быть включен в группу диспансерного наблюдения, поскольку различные отклонения физического и психического развития регистрируются у подавляющего количества таких пациентов [6,7]. Последний факт стимулирует поиск современных профилактических диспансерных мероприятий.

Цель работы. Провести комплексную оценку состояния здоровья детей 3-6-хлетнего возраста, родившихся с задержкой внутриутробного развития, для разработки рекомендаций по диспансерному наблюдению.

Задачи исследования.1. Изучить заболеваемость детей с недостаточностью питания в 3-6-хлетнем возрасте, родившихся с задержкой внутриутробного развития.

2. Разработать рекомендации по диспансеризации детей с высоким риском инфекционной заболеваемости на фоне ЗВУР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка медико-биологических данных, результатов клинико-лабораторных исследований, показателей течения беременности, родов, состояния плодов проводилась в сравниваемых группах. Формирование групп исследования осуществлялось исходя из возраста, клинического варианта, степени тяжести ЗВУР и недостаточности питания.

Все обследованные дети родились доношенными в срок 38-41 недель беременности.

В зависимости от возраста ЗВУР были выделены две группы 3-6-х летних детей. В первую группу было включено 140 детей с гипотрофическим вариантом ЗВУР при рождении. Из них 105 ребенка имели гипотрофический вариант ЗВУР I степени (Iа группа), 35 детей – гипотрофический вариант ЗВУР II степени (Iб

подгруппа).

Вторая группа была представлена детьми с гипопластическим вариантом ЗВУР при рождении в количестве 128 человек. Из них 86 ребенка имели гипопластический вариант ЗВУР I степени (IIа группа), 42 детей – гипопластический вариант ЗВУР II степени (IIб группа).

Контрольная группа была сформирована методом случайной выборки без проявлений ЗВУР и составила 50 детей.

ЗВУР диагностировалась у новорожденных, масса тела которых при рождении по таблицам стандартных отклонений оказалась менее 10 перцентиля для данного гестационного возраста.

Определение клинического варианта ЗВУР проводилось по основным диагностическим критериям, предложенным Г.М.Дементьевой [3, 4], к которым относятся: снижение массы, длины тела, окружности головы на 1,5 - 2 и более стандартных отклонения оценочных таблиц в сравнении с должными для данного возраста; массо-ростовой индекс (МРИ) менее 60; диспропорциональное (диспластическое) телосложение; наличие признаков трофических нарушений кожи и слизистых оболочек; малые аномалии (дизгенетические признаки) развития; наличие врожденных пороков развития.

Степень тяжести гипотрофического варианта ЗВУР определялась по дефициту массы тела по отношению к длине тела: I степень (легкая) – дефицит массы 1,5-2 сигмы, МРИ 59-56; II степень (средней тяжести) – дефицит массы 2-3 сигмы, МРИ 55-50.

Степень тяжести гипопластического варианта определялась по дефициту длины тела и окружности головы по отношению к сроку гестации: I степень (легкая) – дефицит 1,5-2 сигмы; II степень (средней тяжести) – более 2, но менее 3 сигм.

Антропометрический статус оценивался путем измерения массы, длины тела, окружности головы, окружности грудной клетки. Для оценки физического развития детей использовали таблицы стандартных отклонений. Оценку антропометрических показателей проводили отдельно для девочек и мальчиков.

Наблюдение за детьми осуществлялось в центрах семейной медицины №№ 2,3,8 и в консультативно-диагностическом отделении НЦОМиД (г.Бишкек). Анализ заболеваемости выполнялся с использованием истории развития ребенка (формы № 112), справок, выписок из историй болезни в случае госпитализации наблюдаемых детей в стационары города.

Комплексная оценка состояния здоровья детей проводилась согласно методическим рекомендациям И.Н.Власовой [1, 8], по шести основным критериям, определяющим здоровье: 1) особенности онтогенеза, определяемые по данным генеалогического, биологического и социального анамнеза; 2) уровень физического развития и степень его гармоничности; 3) уровень нервно-психического развития; 4) уровень резистентности организма; 5) уровень функционального состояния организма; 6) наличие или отсутствие хронических заболеваний или врожденных пороков развития.

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с помощью пакета программ статистической обработки при помощи углового преобразования F – Фишера. Критерий Фишера был использован с целью сопоставления выборок по частоте встречаемости интересующего эффекта, что позволило оценить достоверность различий между процентными долями выборок.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Дети с ЗВУР в большинстве случаев требуют повышенного внимания педиатров, невропатологов, психоневрологов и других специалистов. Согласно критериям оценки состояния здоровья, новорожденный с признаками задержки развития, независимо от течения периода адаптации, должен быть включен в особую группу диспансерного наблюдения, так как на фоне несовершенного иммунитета у него регистрируется повышенная инфекционная заболеваемость на первом году жизни.

Прежде всего, в ходе настоящего исследования, отмечена высокая заболеваемость детей с ЗВУР в отличие от детей группы контроля, родившихся без признаков ЗВУР, с нормальными массо-ростовыми показателями (таблица 1).

Таблица 1 - Заболеваемость 3-6-х летних детей, родившихся с гипотрофическим вариантом ЗВУР

Нозологические формы	**Гипоплазия**				**Контроль**		**Достоверность различий**		
	I ст.		**II ст.**		**абс.**	**%**	**p (I-II)**	**p (I-к)**	**p (II-к)**
	абс.	**%**	**абс.**	**%**					
Гиперплазия вилочковой железы	72	68,6	28	80,0	2	4,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Ожирение	6	5,7	7	20,0	1	2,0	p<0.05	p>0.05	p<0.05
Анемия	41	39,0	33	94,3	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Косоглазие	2	1,9	4	11,4	0	0,0	p<0.05	p>0.05	p<0.01
Нарушение зрения	4	3,8	7	20,0	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Отиты	27	25,7	31	88,6	2	4,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Глухота	2	1,9	1	2,9	0	0,0	p>0.05	p>0.05	p>0.05

Острая ревматическая лихорадка	3	2,9	4	11,4	0	0,0	p<0.05	p<0.05	p<0.01
Пороки сердца	4	3,8	7	20,0	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Синуситы	2	1,9	3	8,6	0	0,0	p>0.05	p>0.05	p<0.05
Фарингиты	22	21,0	35	100,0	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Тонзиллиты	3	2,9	5	14,3	0	0,0	p<0.05	p<0.05	p<0.01
Ларинготрахеиты	3	2,9	5	14,3	0	0,0	p<0.05	p<0.05	p<0.01
ОРВИ	41	39,0	34	97,1	10	20,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Пневмония	12	11,4	22	62,9	1	2,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Бронхиты	41	39,0	34	97,1	2	4,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Риниты	74	70,5	28	80,0	11	22,0	p>0.05	p<0.01	p<0.05
Кариес	31	29,5	27	77,1	2	4,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Афтозный стоматит	15	14,3	23	65,7	2	4,0	p<0.01	p<0.05	p<0.01
Гастроэнтероколиты	8	7,6	21	60,0	2	4,0	p<0.01	p>0.05	p<0.01
ДЖВП	42	40,0	23	65,7	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Атопические дерматиты	4	3,8	6	17,1	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Крапивница	3	2,9	2	5,7	0	0,0	p>0.05	p<0.05	p<0.05
Нарушение осанки		40,0	37	105,7	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Инфекции мочевыводящих путей	18	17,1	19	54,3	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01

При обследовании были установлены следующие отклонения и заболевания: гиперплазия вилочковой железы – у 72 детей (68,6%) с гипотрофическим вариантом ЗВУР I степени (Iа), у 28 детей (80,0%) – со II-ой степенью (Iб) и всего лишь у 2 детей (4,0%) контрольной группы. Ожирением страдали 6 детей (5,7%) в Iа группе, 7 детей (20,0%) – в Iб группе и 1 ребенок (2,0%) – в контрольной группе.

Анемия зарегистрирована у 41 ребенка (39,0%) при I-ой степени гипотрофии и у 33 детей (94,3%) – при II-ой.

Отиты были диагностированы у 27 детей (25,7%) при гипотрофии I-ой степени и у 31 ребенка (88,6%) при II-ой. Синуситы отмечались у детей из Iа группы в 7,6% случаев, в то время как у детей из Iб – в 34,3%. Фарингиты определены у 2 детей (1,9%) при гипотрофии I-ой степени, у 3 детей (8,6%) – при II-ой, тонзиллиты – у 22 детей (21,0%) и 35 детей (100,0%) соответственно, ларинготрахеиты – у 3-х детей (2,9%) и 5 детей (14,3%) соответственно.

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) была зарегистрирована у 41 ребенка (39,0%) из группы детей, родившихся с I-ой степенью гипотрофии и у 34 детей (97,1%) – со II-ой. В контрольной группе ОРВИ была зарегистрирована лишь у 10 детей (20,0%). Пневмонию перенесли 12 детей (11,4%) в Iа группе, 22 ребенка (62,9%) – в Iб группе и лишь 1 ребенок (2,0%) – в группе контроля. Бронхиты диагностировались у 41 детей (39,0%) в Iа группе, у 34 (97,1%) – в Iб группе, и у 2 (4,0%) – в контрольной группе.

Риниты отмечались у 74 детей (70,5%) в Iа группе, у 28 (80,0%) – в Iб группе и у 11 (22,0%) – в группе контроля. Кратность острых респираторных заболеваний у детей с гипотрофическим вариантом ЗВУР I степени составила в среднем 5 раз в год, в то время как у детей с гипотрофией II степени — 6 раза в год. В контрольной группе детей кратность острых респираторных заболеваний составила до 3 раз в год (в среднем 1,6±0,14), индекс частоты острых заболеваний составлял 3±0,01, что свидетельствует о хорошем уровне резистентности (p<0,05). Очевидно, что нарастание частоты острых респираторных заболеваний у детей в возрасте 3-5 лет связано с увеличением личных контактов при посещении детских дошкольных учреждений, и особенно явно это проявляет себя у детей с гипотрофическим вариантом ЗВУР в катамнезе.

Нами было отмечено, что в большинстве случаев дети страдали кариесом: в группе Iа – 31 ребенок (29,5%), в группу Iб – 27 (77,1%) и 2 (4,0%) – в группе контроля.

Афтозный стоматит наблюдался у 15 (14,3%) детей в Iа группе; у 23 (65,7%) – в Iб и у 2 (4,0%) – в контрольной группе.

Гастроэнтероколиты перенесли 8 детей (7,6%) из Iа группы, 21 (60,0%) – из Iб группы и 2 (4,0%) – из группы контроля.

Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) регистрировалась у 42 детей (40,0%), родившихся с I степенью гипотрофии, у 23 (65,7%) – со II-ой 2-ой степенью, в то время, как в контрольной группе таких больных не было.

Нарушением осанки страдали 42 детей (40,0%) и 37 детей (105,7%) в Iа и Iб группах соответственно.

Инфекция мочевыводящих путей диагностировалась у 18 детей (17,1%) в Iа подгруппе и у 19 детей (54,3%) в Iб группе при отсутствии таких больных в группе контроля.

Таким образом, по результатам проведенного исследования, детей с недостаточностью питания можно отнести в группу часто и длительно болеющих, с множественным поражением различных органов и систем организма. Это можно объяснить тем, что недостаточность питания усугубляет степень выраженности и длительности транзиторного иммунного дефицита, а возникающий при этом дисбаланс иммунологической реактивности приводит к обязательному наслоению острой инфекционной патологии в раннем возрасте. Иллюстрацией этой зависимости служит определенная нами более высокая частота инфекционной патологии у детей, родившихся с гипотрофическим вариантом ЗВУР, по сравнению с детьми из группы контроля, не имеющими подобного отягощения: в структуре инфекционной заболеваемости во всех обследуемых группах преобладали острые респираторные заболевания, но среди детей с ЗВУР они встречались в 4 раза чаще, чем среди детей контрольной группы.

При анализе заболеваемости детей, родившихся с гипопластическим вариантом ЗВУР, по сравнению с показателями детей из группы контроля, выявленные закономерности приобретают еще большую наглядность (таблица. 2).

Таблица 2 - Заболеваемость 3-6-х летних детей, родившихся с гипопластическим вариантом ЗВУР

Нозологические формы	**Гипоплазия**				**Контроль**		**Достоверность различий**		
	I ст.		**II ст.**		**абс.**	**%**	**p (I-II)**	**p (I-к)**	**p (II-к)**
	абс.	**%**	**абс.**	**%**					
Гиперплазия вилочковой железы	64	74,4	37	88,1	2	4,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Ожирение	5	5,8	3	7,1	1	2,0	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Анемия	31	36,0	24	57,1	0	0,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Косоглазие	3	3,5	5	11,9	0	0,0	p<0.05	p<0.05	p<0.01
Нарушение зрения	3	3,5	8	19,0	0	0,0	p<0.01	p<0.05	p<0.01
Отиты	22	25,6	27	64,3	2	4,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Глухота	1	1,2	1	2,4	0	0,0	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Острая ревматическая лихорадка	4	4,7	3	7,1	0	0,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Кардиомиопатии	2	2,3	3	7,1	0	0,0	p>0.05	p<0.05	p<0.01
Пороки сердца	3	3,5	5	11,9	0	0,0	p<0.05	p<0.05	p<0.01
Синуситы	5	5,8	11	26,2	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Фарингиты	4	4,7	3	7,1	0	0,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Тонзиллиты	11	12,8	32	76,2	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Ларинготрахеиты	6	7,0	11	26,2	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
ОРВИ	41	47,7	38	90,5	10	20,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Пневмония	23	26,7	38	90,5	1	2,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Бронхиты	31	36,0	42	100,0	2	4,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Риниты	72	83,7	37	88,1	11	22,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Бронхтальная астма	1	1,2	1	2,4	1	2,0	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Кариес	42	48,8	24	57,1	2	4,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Афтозный стоматит	7	8,1	15	35,7	2	4,0	p<0.01	p>0.05	p<0.01
Гастроэнтероколиты	6	7,0	10	23,8	2	4,0	p<0.01	p>0.05	p<0.01
ДЖВП	42	48,8	31	73,8	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01

Атопические дерматиты	7	8,1	10	23,8	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Крапивница	3	3,5	6	14,3	0	0,0	p<0.05	p<0.05	p<0.01
Нарушение осанки	21	24,4	31	73,8	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Инфекции мочевыводящих путей	13	15,1	10	23,8	0	0,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01

При исследовании детей 3-6-тилетнего возраста, родившихся с гипопластическим вариантом, были выявлены следующие отклонения в состоянии здоровья: гиперплазия вилочковой железы наблюдалась у 64 детей (74,4%) с гипопластическим вариантом ЗВУР I-ой степени при рождении (IIа группа), у 37 детей (88,1%) – при гипоплазии II-ой степени (IIб группа) и всего лишь у 2 детей (4,0%) из контрольной группы. Анемия выявлялась у 31 ребенка (36,0%) – при гипопластическом варианте ЗВУР I-ой степени в анамнезе, у 24 детей (57,1%) – при гипоплазии II-ой степени, в то время как в группе контроля таких детей не отмечалось.

Отиты были зарегистрированы у 22 детей (25,6%) из IIа группы, у 27 детей (64,3%) из IIб группа и у 2 (4,0%) детей из группы контроля. Синуситы регистрировались у 5 (5,8%) детей, у 11 детей (26,2%) – из IIб группы, фарингиты – у 4 (4,7%) и 3 детей (7,1%) соответственно, тонзиллиты – у 11 (12,8%) и 32 (76,2%) детей соответственно, ларинготрахеиты – у 6 (7,0%) и 11 (26,2%) детей соответственно. ОРВИ зарегистрировалась у 41 ребенка (47,7%) во IIа группе, у 38 детей (90,5%) – во IIб группе и у 10 (20,0%) – в группе контроля. Пневмонией страдали 23 ребенка (26,7%) при гипопластическом варианте ЗВУР I-ой степени в анамнезе, 38 (90,5%) при II-ой и только у 1 ребенка (2,0%) из контрольной группы. Бронхиты были диагностированы у 31 детей (36,0%) из IIа группы, у 42 (100,0%) – из IIб группы и всего лишь у 2 (4,0%) – в группе контроля.

Риниты определялись у 72 детей (83,7%) из IIа группы, у 37 (88,1%) – из IIб группы и у 11 (22,0%) – в группе контроля. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у детей с гипопластическим вариантом ЗВУР I-ой степени в анамнезе в среднем регистрировались с частотой 6 раз в год, в то время как у детей с таким же вариантом ЗВУР, но II-ой степени выраженности — 7 раз в год. В контрольной группе детей кратность ОРВИ составила не более 3 раз в год, что свидетельствует о хорошем уровне резистентности ($p<0,05$) в отличие от детей из основных группы исследования.

Нами был выявлен факт высокой встречаемости кариеса: в IIа группе - у 42 детей (48,8%), во IIб группе – у 24 (57,1%) и у 2 (4,0%) – в группе контроля.

Афтозный стоматит наблюдался у 7 детей (8,1%) из IIа группы, у 15 (35,7%) – из IIб группы у 2 (4,0%) – в контрольной группе.

Гастроэнтероколиты перенесли 6 детей (7,0%) из IIа группы; 10 (23,8%) – из IIб группы и 2 (4,0%) – из группы контроля.

Дискинезия желчевыводящих путей регистрировалась у 42 детей (48,8%), родившихся с гипопластическим вариантом ЗВУР I-ой степени, у 31 (73,8%) – при наличии подобного варианта ЗВУР II-ой степени при отсутствии нарушений желчеотделения у детей в группе контроля. В наблюдаемых группах наблюдались атопические дерматиты у 7 детей (8,1%) из IIа группы и у 10 детей (23,8%) – из IIб группы, крапивница у 3 (3,5%) и 6 детей (14,3%) соответственно.

Нарушением осанки страдали 21 ребенок (24,4%) и 31 детей (73,8%) в обеих исследуемых группах соответственно. Инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) в виде бактериурии, избыточного выделения солей, эпителия, лейкоцитурии была зарегистрирована у 13 детей (15,1%) из IIа группы и у 10 детей (23,8%) – из IIб группы при отсутствии таких больных в группе контроля. Во всех группах детей с недостаточностью питания проявления ИМВП возникали на фоне ОРВИ или сразу после нее.

Таким образом, становление здоровья детей с недостаточностью питания характеризуется более высокой заболеваемостью острыми воспалительными заболеваниями органов дыхания, кариесом, афтозным стоматитом, ДЖВП, железодефицитной анемией и инфекцией мочевыводящих путей.

Дети с хронической недостаточностью питания являются наиболее уязвимыми и относятся к группе часто и длительно болеющих. Это объясняется тем, что хроническая недостаточность питания способствует выраженному и длительному состоянию иммунодефицита, что проявляется в предрасположенности к частому возникновению острых инфекционных заболеваний в дошкольном возрасте с угрозой развития хронической патологии в будущем.

Определение нарушений соматического здоровья, нервно-психического и физического развития дает возможность составления индивидуального прогноза на последующие периоды жизни ребенка, что позволяет своевременно проводить профилактику прогнозируемых нарушений.

ВЫВОДЫ

1. Реактивность детей, родившихся с любым вариантом ЗВУР, к 3-6-летнему возрасту, не достигает таковой у детей без данного отягощения, о чем свидетельствует выявленная в нашем исследовании повышенная инфекционная заболеваемость среди детей исследуемых групп по сравнению с таковой у детей из группы контроля.

2. Дети с задержкой внутриутробного развития по результатам оценки заболеваемости относятся к «поздно стартующим детям» и входят в группу высокого риска по различным видам патологии.

3. Динамическое наблюдение детей с ЗВУР должно проводиться по индивидуальному плану с привлечением различных специалистов узкого профиля (эндокринолога, оротопеда и др.).

4. Лечебно-реабилитационные мероприятия для детей с ЗВУР должны включать меры неспецифической и медикаментозной иммунореабилитации.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Дети, родившиеся с любым вариантом ЗВУР, должны составлять отдельную диспансерную группу наблюдение.

2. В план диспансеризации данной группы целесообразно включать ежеквартальные профилактические осмотры с исследованием общих анализов крови и мочи 2 раза в год и консультациями специалистов по требованию.

3. В плане реабилитации особое внимание уделить мероприятиям по повышению реактивности и формирования резистентности организма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Власова И.Н. Методы комплексной оценки состояния здоровья детей раннего возраста / И.Р. Власова, Т.Ф. Лыскова, В.С. Прощагина, М.Н. Седельникова//Н.Новгород, 1997.- 36 с.
2. Гольденберг О.П. Особенности состояния здоровья детей с задержкой внутриутробного развития на первом году жизни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 114.00.09. / - Астрахань, 2001. - 21 с.
3. Дементьева Г.М. Оценка физического развития новорожденных: Метод, рекомендации /. - М., 1984. - 44 с
4. Дементьева, Г.М. Дифференцированная оценка детей с низкой массой при рождении / Г.М. Дементьева, Е.В. Короткая // Вопросы охраны материнства и детства. - 1981. - № 2. - С. 15-20.
5. Кельмансон И.А. Низковесный новорожденный и отсроченный риск кардиореспираторной патологии / И.А. Кельмансон. - СПб.: СпецЛит, 1999.- 156 с.
6. Медведев М.В. Задержка внутриутробного развития плода / М.В. Медведев, Е.В. Юдина - 2-е изд. - М.: РаВУЗДПВ, 1998. - 208 с.
7. Стрижаков А.Н. Задержка развития плода / А.Н. Стрижаков, Е.Т. Михайленко, А.Т. Бунин, М.В. Медведев. - К.: Здоровья, 1988. - 184 с.
8. Филиппов Е.С. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста //Здоровье детей Сибири. - 2000. - № 1. - С. 31-43.

ДОСТИЖЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МИНИМАЛЬНЫХ ДОЗ СИНТЕТИЧЕСКОГО АДРЕНОКОТРИКОТРОПНОГО ГОРМОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ВЕСТА

Н.Ж. Абдыкасымова[1], А.В. Сирик[2], Э.М. Мамытова[1]
[1]Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И. О.)
Кафедра неврологии и клинической генетики им. акад. НАН КР
А.М. Мурзалиева (зав. кафедрой – д.м.н., доцент Мамытова Э. М.)
[2]Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Абдыкасымова Назира-Бегим Жолмурзаевна – студент 6 курса педиатрического факультета E-mail: Anbzh@mail.ru

Синдром Веста – возрастзависимый эпилептический синдром, относящийся к группе младенческих энцефалопатий, при котором эпилептическая активность на электроэнцефалограмме неизбежно приводит к прогрессирующей психоневрологической дисфункции. Прогноз течения болезни определяется его этиологией, а также успешностью медикаментозной терапии. В статье описывается клинический случай синдрома Веста, с успешным применением минимальных доз синтетического адренокортикотропного гормона (АКТГ).

Ключевые слова: синдром Веста, инфантильные спазмы, адренокортикотропный гормон (АКТГ), минимальные дозы, тетракозактид (синактен депо), атрофия полушария мозга.

АЗ ӨЛЧӨМДӨГҮ СИНТЕТИКАЛЫК АДРЕНОКОРТИКОТРОПТУУ ГОРМОН МЕНЕН ВЕСТ СИНДРОМУН ДАРЫЛООДО КЛИНИКАЛЫК РЕМИССИЯГА ЖЕТИШҮҮ

Н.Ж. Абдыкасымова[1], А.В. Сирик[2], Э.М. Мамытова[1]
[1]И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы (ректор- м. и. д., профессор Кудайбергенова И. О.)
УИАнын акад. А.М. Мурзалиев атындагы неврология жана клиникалык генетика кафедрасы (кафедрасынын башчысы – м.и.д., доцент Мамытова Э. М.)
[2]Бишкек шаарын медициналык тез жардам балдар клиникалык ооруканасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Вест синдрому – ымыркайлар энцефалопатиясы тобуна кирген жана электроэнцефалограммадагы талмалык жигердүүлүк улам күчөй берүүчү психоневрологиялык дисфункцияга алып келери шексиз жак куракка көз каранды болгон талмалык синдром. Оорунун өтүү деңгээли анын этиологиясы, мындан тышкары дары каражаттары аркылуу дарылоонун натыйжалуулугу аркылуу бааланат. Макалада синтетикалык адренокортикотроптуу гормондду (АКТГ) аз өлчөмдө колдонулган Вест синдромдун клиникалык учуру баяндалат.

Негизги сөздөр: Вест синдрому, жетилбеген карышуулар, адренокортикотроптуу гормон (АКТГ), аз өлчөмдөр, тетракозактид (синактен депо), натыйжалуулук, мээ жарым шаарынын атрофиясы.

ACHIEVEMENT OF CLINICAL REMISSION WHEN USING MINIMUM DOSES OF THE SYNTHETIC ADRENOCOTROTROPIC HORMONE IN THE TREATMENT OF WEST SYNDROME

N.Zh. Abdykasymova[1], A.V. Sirik[2], E.M. Mamytova[1]
[1]I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
(rector - doctor of medical sciences, professor. Kudaibergenova I.O.)
Department of Neurology and clinical genetics n. a. acad. of NAS KR
A.M. Murzaliev (Head of Department – M.D., Assoc. Prof. Mamytova E. M.)
[2] City Children's Clinical Emergency Hospital
Bishkek, Kyrgyz Republic

West syndrome – age-dependent epileptic syndrome, belonging to the group of infant encephalopathies, in which epileptic activity on the electroencephalogram inevitably leads to progressive neuropsychiatric dysfunction. The prognosis of the course of the disease is determined by its etiology, as well as the success of drug therapy. The article describes a clinical case of West syndrome, with the successful use of minimal doses of synthetic adrenocorticotropic hormone (ACTH).

Key words: West syndrome, infantile spasms, adrenocorticotropic hormone (ACTH), minimal doses, tetracosactide (synacthen depot), atrophy of the brain hemisphere.

Введение

Синдром Веста (СВ) – возрастзависимый эпилептический синдром с дебютом на первом году жизни, относящийся к группе младенческих энцефалопатий, при котором эпилептическая активность на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) неизбежно приводит к прогрессирующей психоневрологической дисфункции. СВ характеризуется следующими критериями: особым типом эпилептических приступов – инфантильными спазмами; изменением на электроэнцефалограмме в виде «гипсаритмии»; задержкой психомоторного, речевого развития [1].

Актуальность СВ определяется, во-первых, его распространенностью — заболеваемость СВ составляет 2-3 случая на 10 000 новорожденных, у мальчиков встречается чаще, чем у девочек [2]; во-вторых — высокой частотой трансформации при персистировании приступов в другие эпилептические синдромы, сопровождающиеся инвалидизацией. При эффективном лечении происходит блокирование гипсаритмии на ЭЭГ, что в конечном счете является необходимым условием улучшения психомоторного развития больных СВ. Все это диктует необходимость раннего лечения.

Основным ЭЭГ-паттерном СВ является гипсаритмия. Она же в большей степени нарушает когнитивные функции у больных СВ, чем сами инфантильные спазмы [1].

Синдром полиэтиологичен, наиболее часто встречаемыми этиологическими факторами являются пороки развития ЦНС без идентифицированной наследственной природы (38%); перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС (28,5%); перенесенные ВУИ (8,5%) [1].

Когнитивный дефицит и психоречевое развитие при СВ обусловлены несколькими причинами. Во-первых – структурный дефект головного мозга при симптоматических формах; во-вторых – частые серийные некупируемые эпилептические приступы; и в-третьих – постоянная продолженная диффузная эпилептиформная активность по типу гипсаритмии на ЭЭГ. Нарушения двигательного развития у больных СВ различны и могут значительно варьировать [1].

Прогноз течения синдрома определяется его этиологией, а также терапией. Медикаментозная ремиссия отмечается у 33-80% больных. Смертность при СВ составляет от 5 до 30%. Частыми причинами летального исхода являются осложнения медикаментозной терапии. При персистировании приступов происходит трансформация СВ, преимущественно в фокальные или мультифокальные формы эпилепсии [1].

Цель лечения – достижение клинической ремиссии наименьшими дозами адренокортикотропного гормона (АКТГ), путем блокирования гипсаритмии на электроэнцефалограмме, что является необходимым условием улучшения психомоторного развития.

Цель работы – представление клинического случая успешного лечения синдрома Веста минимальными дозами синтетического АКТГ у пациента с резистентностью к противоэпилептической терапии, состоявшей из вальпроевой кислоты и вигабатрина.

Лечение синдрома Веста на современном этапе.

В Кыргызстане на настоящий момент не существует клинических рекомендаций (протокол) по оказанию медицинской помощи при синдроме Веста. Препараты выбора при СВ варьируют в различных странах: стероидные гормоны в США и Скандинавии; вигабатрин (сабрил) в Западной Европе; высокие дозы пиридоксина и иммуноглобулины в Японии; вальпроаты – в России [1].

В 1958 г. Sorel и Dusausy-Bauloye впервые применили адренокортикотропный гормон (АКТГ) при лечении СВ. Его назначали исходя из предположения об инфекционной природе СВ. АКТГ способен оказать воздействия на головной мозг либо непосредственно, либо косвенно через стимуляцию коры надпочечников. Структура воздействий – повышение содержания глюкозы в ткани мозга; гиперполяризация клеточных мембран нейронов; нейромедиаторные, нейромодуляторные и трофические функции [3].

При лечении СВ применяются натуральный АКТГ, синтетический аналог АКТГ (синактен-депо, тетракозактид-депо) и кортикостероидные гормоны [1]. При назначении гормональной терапии первоначальный эффект достигается быстрее, чем при терапии вигабатрином. Если при лечении СВ изначально успешно контролируются спазмы, то это, непосредственно, приводит к более лучшему неврологическому развитию в последующем [4]. Согласно руководству Американской академии неврологии и Практического комитета Общества детской неврологии – применение АКТГ при лечении эпилептических спазмов в низких дозах более предпочтительнее, чем АКТГ в высоких дозах [5]. Доказано, что синтетическая терапия АКТГ в более низкой дозировке так же эффективна, как и терапия натуральным АКТГ, но в более высокой дозировке. А сама тяжесть побочных эффектов напрямую коррелирует с дозировкой АКТГ [6].

В рекомендациях, предложенных К.Ю. Мухиным (2011) [1] – при лечении СВ используется АКТГ (синактен депо), в начальной дозировке равной 0,1 мл в/м, с постепенным увеличением до момента купирования спазмов или до дозы 1,0. Интервал увеличения дозы препарата составляет от 2-3 до 7 дней. После достижения ремиссии или существенного снижения частоты приступов, рекомендуется перейти на поддерживающую дозу: около 1мл каждые 48 часов в течение 2 месяцев. Столь длительный курс терапии напрямую связан с частотой рецидивов приступов.

В перечень жизненно-важных лекарственных средств Кыргызской Республики. АКТГ не входит, также его реализацию не осуществляют фармацевтические компании.

Клинический случай

Пациент М., 5 мес., поступил в отделение неотложной неврологии ГДКБСМП г. Бишкек с жалобами на частые серийные приступы по типу «инфантильных спазмов» до 30 раз за одну серию, 4-5 серий за сутки.

Из акушерского анамнеза: ребенок рожден от второй доношенной беременности, протекавшей на фоне отслойки плаценты в первом триместре, на 24 неделе - ветряная оспа. По причине слабой

родовой деятельности роды проведены путем экстренного КС. Крик ребенка – после санации верхних дыхательных путей.

Из анамнеза заболевания: впервые судороги дебютировали в месячном возрасте, носили адверсивный характер. На ЭЭГ зафиксированы грубые нарушения биоэлектрической активности головного мозга (см. рис. 1). Был назначен прием вальпроевой кислоты (Депакин Хроносфера) в дозировке 30 мг/кг/сут.

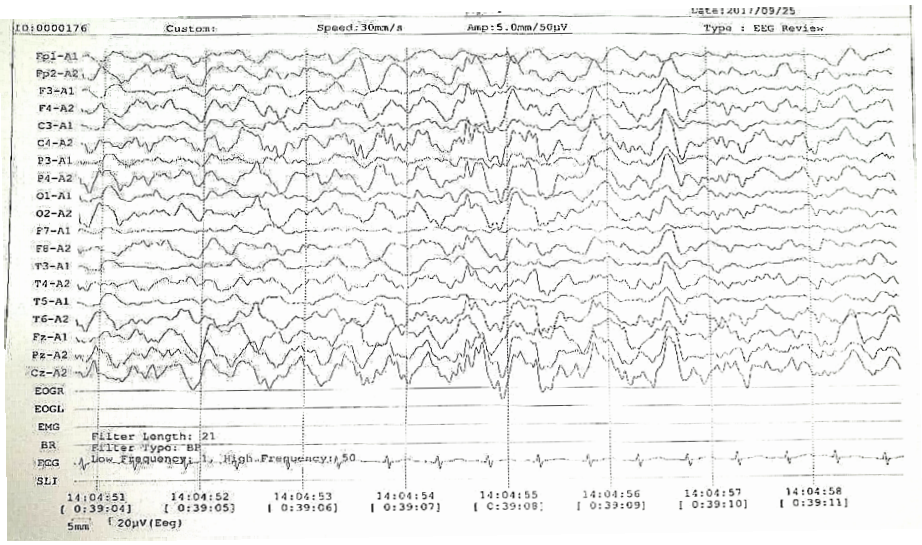


Рис. 1. На ЭЭГ в межприступный период отмечались грубые нарушения биоэлектрической активности головного мозга, уплощение биоэлектрической активности по левым лобно-височным отделам; во время сна – на протяжении всех фаз часто регистрируются независимо друг от друга фронтальные острые волны.

С 5 месяцев судороги стали носить тип «инфантильных спазмов». На ЭЭГ – регистрация атипичного варианта гипсаритмии (см. рис 2). Выставлен диагноз: Синдром Веста, симтоматический вариант. Произведена коррекция противосудорожной терапии назначением вигабатрина (сабрил), однако судороги продолжались.

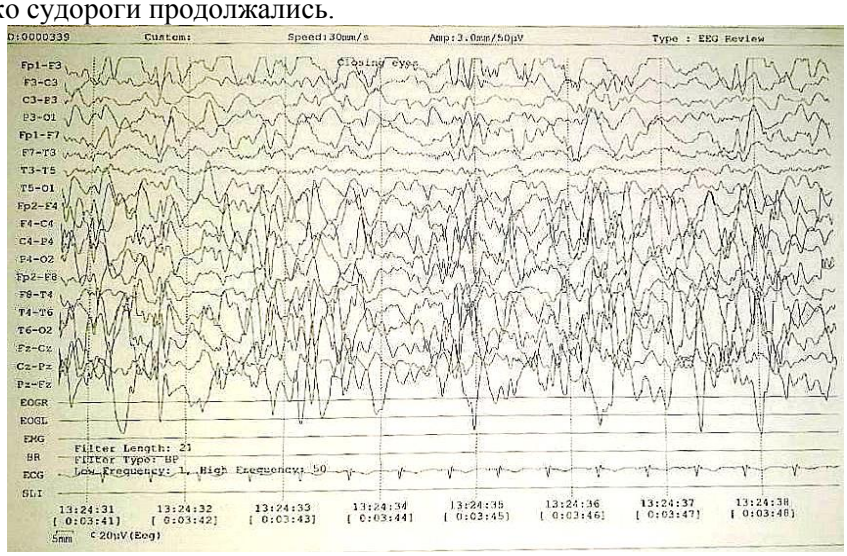


Рис. 2 Атипичный вариант гипсаритмии, более выраженный по амплитуде по правому полушарию, в сочетании с мультифокальной эпилептиформной активностью в виде острых волн, пиков, полипиков, комплексов острая-медленная волна. Бодрствование и сон не дифференцируются.

При поступлении: в неврологическом статусе – очаговая симптоматика в виде правостороннего гемипареза, грубее в кисти; горизонтальный парез взора с нистагмом. В заключении МРТ головного мозга – атрофия левого полушария мозга и моста (см. рис. 3).

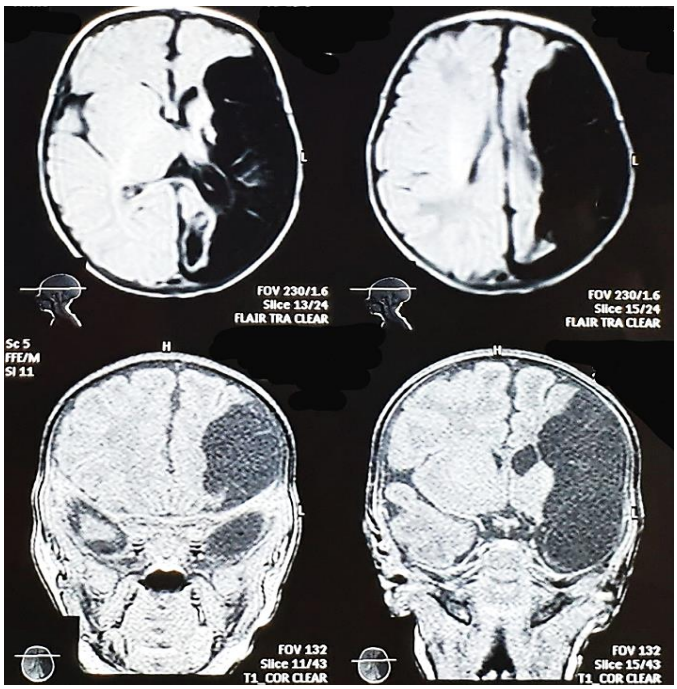


Рис. 3. Заключение: кистозная трансформация с атрофией левого полушария мозга и моста. Очаги геморрагий базальных ядер слева. Вентрикулодилатация слева. Субатрофия полушарий мозжечка.

Схема разработанного лечения СВ с использованием минимальных доз АКТГ:

В связи с тем, что противоэпилептическая терапия, включающая вальпроевую кислоту и вигабатрин, оказалась неэффективной – была назначена альтернативная терапия с использованием минимальных доз синтетического АКТГ.

1-й день – 0,1 мл;

2-й день – перерыв;

3-й день – 0,2 мл;

4-й день – перерыв;

5-й день – 0,3 мл;

6-й день – перерыв;

7-й день – 0,4 мл. Клинически на этой дозировке было достигнуто прекращение приступов, но так как на ЭЭГ не произошло санации – в последующем была увеличена дозировка на 0,1 мл;

С 7-го до 14 дня – перерыв;

14-й день – 0,5 мл;

28-й день 0,5мл. В последующем – подколы по 0,5мл 1 раз в месяц на протяжении 3 месяцев.

На дозировке 0,5 мл. была достигнута клиническая ремиссия, но учитывая тот факт, что у пациента грубый органический фон – на ЭЭГ регистрируются острая и медленные волны по левому полушарию (см. рис.4). Как и ожидалось – после курса гормональной терапии у ребенка прослеживается значительное улучшение психомоторного развития.

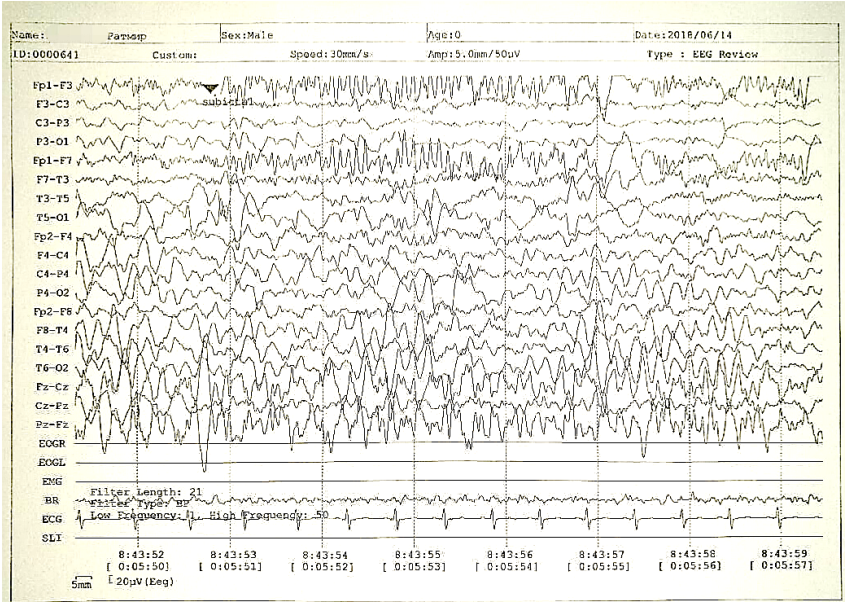


Рис. 4 На ЭЭГ регистрируются веретена сна по правому полушарию, отмечается уплощение биоэлектрической активности по левому полушарию. К – комплексы полифазные и выражены только по правому полушарию. Регистрируется эпилептиформная активность комплексов острая-медленная волна с распространением на все левое полушарие по типу вторичной билатеральной синхронизации.

Заключение

В течение 1 года проводилось наблюдение одного пациента мужского пола с СВ, поступившего в отделение неотложной неврологии ГДКБСМП г. Бишкек в 2018 г. в возрасте 5 мес. Пациенту было проведено неврологическое обследование, МРТ головного мозга, проведена ЭЭГ в динамике, была разработана схема лечения с использованием минимальных доз тетракозактида (синтетического АКТГ). В данном клиническом случае описано успешное применение синтетического АКТГ в минимальных дозировках, при которых удалось достичь клинической ремиссии, путем блокирования гипсаритмии на ЭЭГ. У пациента после гормональной терапии наблюдалось активное развитие речевых навыков; развитие двигательных навыков, более выраженных слева, мальчик может самостоятельно сидеть, стоять при поддержке, ползать, также активно играет с игрушками.

Неоспоримо, что существует необходимость всестороннего изучения лечения синдрома Веста, так как отсутствие адекватного лечения приводит к задержке психомоторного развития, и как следствие к инвалидизации детей, а при неправильно подобранных дозировках гормональной терапиии и вовсе - смерти больных. Необходимо начать изучение корреляции побочных эффектов от дозировки АКТГ, а также изучение эффективности АКТГ на самых минимальных дозах. Ведь достижение клинической ремиссии на гормональной терапии с минимальными побочными эффектами – это прерогатива современной медицины.

Литература

1. Мухин, К.Ю. Эпилептические энцефалопатии и схожие синдромы у детей / К.Ю. Мухин, А.С. Петрухин, А. А. Холин. – Москва, 2011. – 680 с.

2. Go, C.Y. Evidence-based guideline update: medical treatment of infantile spasms / C.Y. Go, M.T. Mackay, S.K.Weiss//Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. – 2012. – Vol.12, 78(24). –P.1974-1980.

3. Петрухин, А. С. Эпилептология детского возраста. Руководство для врачей / Под ред. А. С. Петрухина. –Москва 2000. – 624 с.

4. Lux, A.L. The United Kingdom Infantile Spasms Study (UKISS) comparing hormone treatment with vigabatrin on developmental and epilepsy outcomes to age 14 months: a multicentre randomised trial / [A.L. Lux, S.V. Edwards, E. Hancock et al.]// Lancet Neurol. – 2005. – №4. – P.712–717.

5. Wilmshurst, J.M. Summary of recommendations for the management of infantile seizures: Task Force Report for the ILAE Commission of Pediatrics. / [J.M. Wilmshurst, W.D. Gaillard, K.P. Vinayan et al.]// Epilepsia. –2015. – 56(8). – P.1185-1197.

6. Hamano, Sh. Therapeutic efficacy and adverse effects of adrenocorticotropic hormone therapy in west syndrome: differences in dosage of adrenocorticotropic hormone, onset of age, and cause / [Sh. Hamano, S. Yamashita, M. Tanaka et al.]//The Journal of Pediatrics. – 148(4). – P.485–488.

ЭТИО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Джакупбеков Ж. Ж., Аякеев Т. К., Шайымбетов А.Т.
Кыргызская Республика, г. Бишкек, Кыргызская Государственная медицинская академия (КГМА) им. И.К. Ахунбаева, ул. Ахунбаева 92, кафедра «Детских инфекционных болезней».
Шайымбетов Азый Туратбекович, к.м.н.,ассистент кафедры детских инфекционных болезней КГМА им.И.К.Ахунбаева ,т.+996557777538, azyy@inbox.ru

Резюме: Проведен ретроспективный анализ 150 клинических случаев больных дизентерией детей в возрасте от 0 до 14 лет, лечившихся в Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) за период 2018 гг. Среди детей, больных дизентерией преобладали пациенты в возрасте от 1 года до 3х лет (39,4 %) и первого года жизни (27,3%). Основным этиологическим фактором шигеллеза у наблюдаемых детей чаще была Sh. Flexneri (85,4%). Сезонность дизентерии наблюдалась с апреля по ноябрь месяцы года. Заболевание протекало в тяжелой форме у 77,4% детей и 22,6% в среднетяжелой форме.

Ключевые слова: этиология, дизентерия, дети, сезонность, диагностика.

БАЛДАРДАГЫ ЖУГУШТУУ ДИЗЕНТЕРИЯ ООРУСУНУН ЭТИО-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ЗАМАНБАП ОЗГОЧОЛУКТОРУ

Ж. Ж. Джакупбеков, Т. К. Аякеев, А.Т. Шайымбетов
Балдар жугуштуу оорулар кафедрасы,И.К.Ахунбаев атындагы КММА. Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: 2018 жылдагы Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар бейтапканасында дарыланган 0-14 жашка чейинки балдардын дизентерия менен орууган 150 бейтаптын бейтап баяны изилденген. Дизентерия менен ооруган балдар арасында 1-3 жашка (39,4%) чейинки бейтаптар басымдуулук кылган жана бир жашка (27,3%) чейинки ымыркай балдар тузгон тузгон. Дизентериянын негизги козгогучу Sh.Flexneri (85,4%) экени аныкталган. Оорунун мезгилдуулугу жылдын ноябрдан апрель айына чейин кездешкен. Оорунун оордугу 77,4% оор ахвалда жана 22,6% орто ахвалда откон.

ETIO-EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DIESENTERY IN CHILDREN AT THE PRESENT STAGE

Djhakupbekov J.J, Ayakeev T.K, Shayimbetov A.T.
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy Republican clinical infectious hospital,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: A retrospective analysis of 150 clinical cases of patients with dysentery in children aged 0-14 years who were treated at the Republican Clinical Infectious Diseases Hospital for the period 2018 was carried out. Among children with dysentery, patients aged from 1 to 3 years (39,4%) and the first year of life (27,3%) prevailed. The main etiological factor of shigellosis in observed children was Sh. Flexneri (85.4%). Seasonality of dysentery was observed from April to November months of the year. The disease was severe in 77,4% of children and 22,6% in moderate form.

Key words- etiology, dysentery, children, seasonality, diagnosis.

Введение

Проблема дизентерии продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в инфекционной патологии, несмотря на большое число исследований. Известно, что дизентерия относится к числу инвазивных кишечных инфекций и представляют серьезную проблему в развивающихся странах, в том числе и в Кыргызстане, где по данным Департамента госсанэпиднадзора (ДГСЭН), дизентерия у детей регистрируется ежегодно и составляет более 65,0%.

В последнее время отмечается подъем заболеваемости шигеллеза среди детей как раннего, так и старшего возраста. Это связано с тем, что заболеваемость дизентерией регистрируется ежегодно как спорадически, так и в виде вспышек. По данным ВОЗ, число заболевших дизентерией достигает

до 80 миллионов ежегодно, из них у 700000 заболевание завершается неблагоприятным исходом, особенно у детей раннего возраста. Повышенный интерес к проблеме дизентерии связан в настоящее время, кроме того, с изменением клинического течения ее в сторону повышения удельного веса не только легких, но и тяжелых форм. Активная антибиотикотерапия, проводимые эпидемиологические мероприятия на современном этапе не предотвращают смертность от дизентерии, т.к. в патогенезе дизентерии большое значение имеет фактор вирулентности, особенно в развитии гемоколитического синдрома.

Цель – представить клинико-эпидемиологические особенности дизентерии у детей на современном этапе.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 150 клинических случаев больных дизентерией детей в возрасте от 0 до 14 лет, лечившихся в Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) за период 2018 гг. Диагноз дизентерии был подтвержден положительным результатом бактериологического исследования кала. При диагностике дизентерии принимали во внимание эпидемиологические данные и характерные клинические симптомы инфекции. Использовали общеклинические методы диагностики заболевания, результаты объективного исследования, общего анализа крови, бактериологического исследования и микроскопии кала больного ребенка. Статистическая обработка данных проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и обсуждение

Анализируя возрастную структуру больных (рис.1), было установлено, что среди детей, больных дизентерией преобладали пациенты в возрасте от 1 года до 3х лет (39,4 %) и первого года жизни (27,3%).

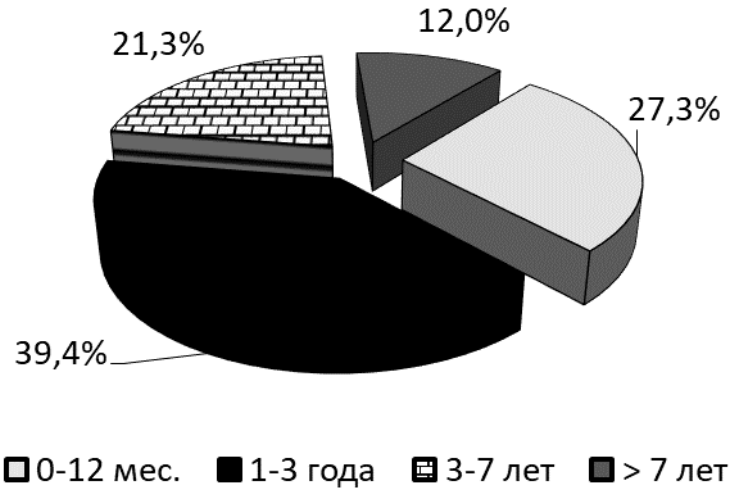


Рис. 1. Возрастная структура детей, больных дизентерией.

Среди наблюдаемых детей, больных дизентерией мальчики составляли 53,4%, девочки – 46,6%. Большинство пациентов (57,4%) были городскими жителями, 42,6% составили жители близлежащих новостроек и сельской местности, преобладали неорганизованные дети (70,2%).

Этиологическая структура дизентерии была представлена у 77 (51,3%) детей серотипом Sh. Flexneri 2a, у 22 (14,7%) Sh. Flexneri 1b - у 16 (10,7%), Sh. Flexneri 2b – у 8 (5,3%) и Sh. Flexneri 6 - у 5 (3,3%) больных. Из других сероваров выделена Sh. Sonney в 17 (11,3%) случаях и реже Sh. Boydii в 5 (3,3%) случаях. Таким образом, основным этиологическим фактором шигеллеза у наблюдаемых детей чаще была S. Flexneri (85,4%), реже S. Sonney и Sh. Boydii (рис.2).

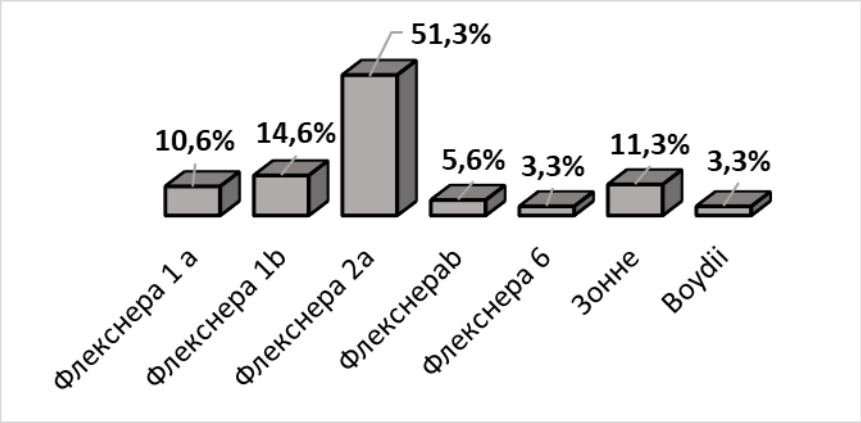


Рис.2. Этиологическая структура дизентерии у наблюдаемых больных.

Дети с дизентерией поступали в стационар с апреля по ноябрь месяцы года (рис.3).

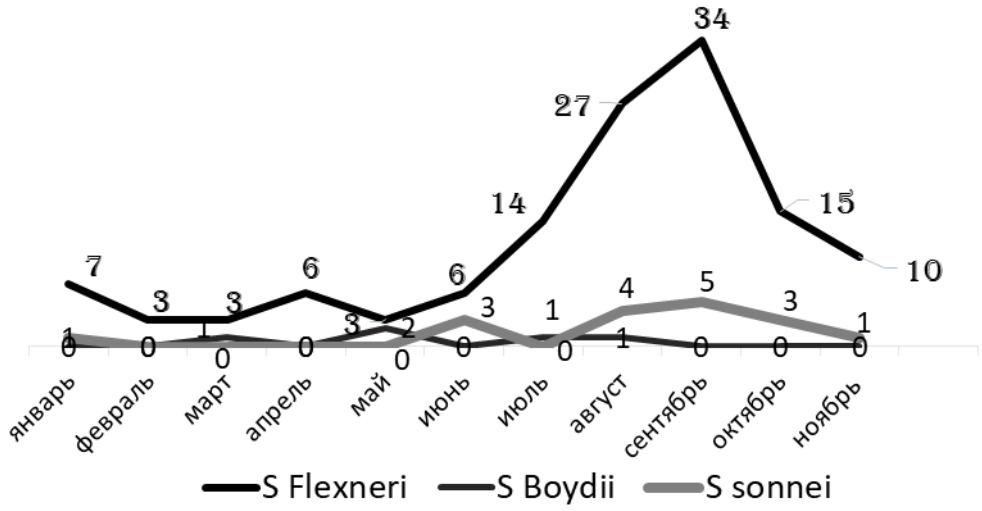


Рис.2. Сезонность дизентерии/

При выяснении эпидемиологического анамнеза у наблюдаемых больных контакт с кишечными больными был выявлен лишь у 25,5% детей, больных дизентерией, пищевой путь передачи отмечен в 19,5% случаев.

Большинство (74,0%) детей, больных дизентерией поступало в первые три дня от начала заболевания. Однако, 35,0% детей раннего возраста поступили в более поздние сроки на 3-4 день болезни из-за недооценки тяжести состояния на догоспитальном уровне. Без направления врачей по тяжести состояния поступили 124 (82,6%), СМП доставлены 16 (10,6%) больных и по направлению ЦСМ – 15 (10,0)%. До поступления в стационар по назначению семейных врачей 14,5% детей получил антибактериальную терапию в течение 1,8±0,2 дня. Следует отметить, что каждому третьему ребенку родители самостоятельно и не рационально использовали антибиотики.

Анализ преморбидного фона у детей первых 3х лет жизни показал, что наиболее часто был отягощен анемией (76,6%).

При поступлении у большинства наблюдаемых детей были выставлены синдромальные диагнозы: дизентерия - 48,7%; энтероколит -29,6% и гастроэнтероколит - 21,7% больным.

Заболевание протекало в тяжелой форме у 77,4% детей и 22,6% в среднетяжелой форме. Критериями тяжести заболевания считались выраженность симптомов интоксикации и частота стула в течение суток. Выявлена корреляционная связь между тяжестью болезни и возрастом (r=+0,3).

Длительность пребывания детей с дизентерией в инфекционном стационаре в среднем составила 7,8±2,0 дней. Чем младше был ребенок, тем дольше он находился в стационаре (r= -0,4).

Таким образом, ведущим этиологическим фактором дизентерии у детей является шигелла Флекснера (85,4%). В возрастной структуре больных дизентерией преобладали дети 0 до 3х лет жизни (66,7%). Отмечается корреляционная связь между тяжестью болезни и возрастом (r=+0,3)

ребенка. Частота дизентерии у детей раннего возраста в структуре ОКИ диктует необходимость своевременной госпитализации и внедрения алгоритма ведения больных дизентерией, как на первичном, так и госпитальном уровне.

Список использованной литературы:

1. Улуханова Л.У. Современные подходы в терапии дизентерии Флекснера 2а у детей [Текст] / Л.У. Улуханова //Ж-. Эпидемиология и инфекционные болезни – 2012. - № 2. - С. 50 -54.
2. Надырбекова Р.А., Кадырова Р.М., Джолбунова З.К. идр. Этио-эпидемиологическая характеристка дизентерии у детей, проживающих в южном регионе Кыргызстана / Р.А. Надырбекова, Р.М. Кадырова, З.К. Джолбунова идр. //Универсум:Медицина и фармакология. – 2016. - № 12 (34)
3. Khaliullina, S. V. Therapy of acute intestinal infections in children. Proven effectiveness (review) [Text] / S. V. Haliulina, V. A Anokhin // J. Infectology. - 2013. - № 4. - P. 5-13.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ОСЛОЖНЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПОДРОСТКА

Майрамбеков Изат - Студент 5-курса, группы ЛД-13-14
Руководитель: Береговой А. А., старший преподаватель
Кафедра инфекционных болезней КРСУ им. Б. Н. Ельцина
Майрамбеков Изат Майрамбекович - студент 5-курса Медицинского факультета КРСУ. Специальности «Лечебное дело», Тел.: 0706071096pro100.iza@gmail.com

Резюме. В данной статье описан случай течения осложнённой формы кишечной инфекции у подростка мужского пола. Выявлены предрасполагающие факторы (2 месяца назад переболел скарлатиной и бронхитом) для развития болезни, особенности её течения. Обозначены проблемы в проведении лечебно-профилактических мероприятий, способствующих возвращению пациента в социальную среду. Определена тактика ведения таких больных.

Ключевые слова: подросток, кишечная инфекция, реабилитация, факторы риска.

ӨСПҮРҮМДӨРДҮН ИЧЕГИ ООРУЛАРЫНЫНТАТААЛДАНЫШЫЖОНУНДО КЛИНИКАЛЫК ИШТИ БАЯНДОО

Майрамбек Изат - 5-курстунстуденти, ЛД-13-14топ
Жетектөөчү: Береговой А.А., улук окутуучусу
Б. Н. ЕльцинатындагыКРСУ, Жугуштууоорулар бөлүмү

Корутунду. Бул макаладаэркек өспүрүмдүнбир айдын ичиндеги ичеги-карын жугуштууорусунун татаалданышы жонундо айтылат.Ооруну өнүктүрүү, айрыкча, анын агымыгатаасир эткен жагдайлараныкталды (2 ай мурун түстөгү ысытма жана бронхит менен ооруп айыккан). Дарылоо жана алдын алуу чараларын өткөрүү, бейтаптыкоомдук чөйрөгө кайтаруу маселелердайындалат. Ушул сыяктуу бейтаптарды дарылоо тактика аныкталды.

Негизги сөздөр: өспүрүм, ичеги жарасы, калыбына келтирүү, коркунуч болуп саналат.

DESCRIPTION OF THE CLINICAL CASE OF COMPLICATED INTESTINAL INFECTION IN ADOLESCENT

Mairambekov Izat - 5-year students, group LD-13-14
Head: Beregovoi A.A., Senior Lecturer
Department of Infectious Diseases KRSU them. B. N. Yeltsin

Abstract. This article describes a case of a complication of an intestinal infection in a male teenager during a month. Identified predisposing factors (2 months ago, had been ill with scarlet fever and bronchitis) for the development of the disease, especially its course. The problems in the implementation of therapeutic and prophylactic measures that contribute to the patient's return to the social environment are indicated. Determined tactics for the management of such patients.

Key words: adolescent, intestinal infection, rehabilitation, risk factors**.**

Введение.

Среди инфекционных заболеваний детского возраста острые кишечные инфекции (ОКИ) уверено занимают лидирующие позиции [1]. Данные статистических отчетов свидетельствуют о

достаточно напряженной эпидемической ситуации по большинству нозологических форм с тенденцией к ежегодному приросту в объеме 4–7%. Количество официально регистрируемых случаев ОКИ у детей от 0 до 17 лет составляет от 470 до 570 тыс. в год [2, 3]. Безусловно, оценить реальную распространенность ОКИ в детской популяции достаточно сложно, учитывая значительную долю стертых и легких форм заболевания. Помимо недоучета официальной заболеваемости, стертые и легкие формы ОКИ в детском возрасте могут играть важное значение в формировании нозокомиального инфицирования, в первую очередь в отделениях респираторных инфекций, при госпитализации больных ОРВИ, у которых нередко регистрируются нарушения стула, без проведения должной лабораторной диагностики. К числу факторов, влияющих на данные о распространенности ОКИ, также относится высокая стоимость лабораторной верификации, необходимость одновременной детекции 10–15 видов возбудителей при относительной ретроспективности результатов этиологической расшифровки [4-6].

Данные проблемы не обошли стороной и Кыргызстан. ОКИ у нас в стране обладают круглогодичной заболеваемостью. Учитывая дороговизну тест-систем для этиологической расшифровки возбудителей, не представляется возможным повсеместное внедрение лабораторной диагностики с определением антибиотикочувствительности к различным возбудителям. В связи с чем подбор этиотропного лечения проводится эмпирически, что влечёт за собой развитие затяжных и осложнённых форм заболеваний.

Описание случая.

Больной А., мужского пола, 2004 года рождения. Анамнез жизни, со слов матери:проживает в селе в частном доме с удовлетворительными бытовыми условиями. Учится в сельской средней школе. Не имеетвредных привычек. Страдает эпилепсией с 7 лет (в связи с чем имеет инвалидность), состоит на учёте у невропатолога, получает периодически лечение.Случаи заболевания пищеварительной системы, а также патологии со стороны различных систем организма, у других членов семьи не выявлены.

В начале сентября 2018 г. подросток перенёс скарлатину, осложнённую бронхитом. В ходе лечения антибактериальными препаратами(ампициллин, цефтриаксон), у больного отмечались диспепсические проявления (тошнота, рвота, боли в эпи- и мезогастрии), диарея энтеритного характера(водянистый обильный стул до 25 раз в день). С данными жалобами ребенок был госпитализирован по тяжести состояния в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) в отделение реанимации и интенсивной терапии.

В РКИБ пациент А., находился с 03.11.18 по 17.11.18г с диагнозом «острый гастроэнтерит неуточнённой этиологии тяжёлая форма», где,учитывая лабораторные данные (воспалительные явления в общем анализе крови) получал массивную антибактериальную терапию (ципрокс, цефепим, метрид, ванкомицин),а затем флуканозол. В ходе обследования стандартными методами обследования (исследование кала на группу сальмонелл и шигелл) возбудителя заболевания выявить не удалось.У подростка развилась тяжёлая ферментопатия, связанная с нарушением пристеночного пищеварения (в копрограмме выявлены жиры, непереваренные частицы пищи, а также лекарственные препараты, применяемые перорально). К 17.11.18 на фоне применения антибиотиков, коллоидных (нирмин, альбумин), кристаллоидных (р-р Рингера, гемосол, физиологический р-р, 5 и 10% р-ры глюкозы) препаратов, пробиотиотиковпотери жидкости компенсировались, лабораторные показатели пациента нормализовались, лихорадки и интоксикации не было.Кормление осуществлялось через назогастральный зонд. Однако сохранялась диарея энтеритного характера, а попытки расширения диеты сопровождались повторной рвотой, учащением диареи.В связи с отсутствием инфекционной патологии по тяжести состояния подросток был переведен в ОРИТ НЦОМиД, где находился по01.12.18г. и был выписан из отделения с диагнозом«Неспецифический язвенный колит» (НЯК)**?**

06.12.18 отмечалось ухудшение состояния: отсутствие аппетита,выраженная слабость, повышение температуры тела до 38°С, кашель влажный малопродуктивный, в связи с чем 07.12.18. повторно обратился в НЦОМиД с последующей госпитализацией в отделение гастроэнтерологии.

На момент осмотра состояние ребенка оценивалось как тяжелое, за счет симптомов интоксикации, водно-электролитных, обменно-дистрофических нарушений,течения сопутствующего заболевания (пневмония). Отмечалось: вялость, выраженные астенические явления, бледность и сухость кожи и слизистых, гипотония мышц, в легких разнокалиберные хрипы, преимущественно в нижнем отделе, дыхание жесткое, сердечные тоны приглушены, ритмичны, живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Вес 30 кг.

Лабораторно: в общем анализе крови снижение гемоглобина (108 г/л), СОЭ (3мм/ч). Биохимический анализ: снижение общего белка (40г/л), магния (0,73ммоль/л), кальций (1,90ммоль/л), натрий (130,1ммоль/л). Копрограмма без патологий. Общий анализ мочи фосфатурия (+++).

Инструментально: УЗИ внутренних органов (гепатомегалия, реактивные изменения в паренхимы печени и почек). ЭКГ ось QRS отклонена вправо, синусовая тахикардия

Консультация пульмонолога: левосторонняя пневмония не исключается на фоне тяжелого нарушения обменных процессов.

Консультация невропатолога: идиопатическая генерализованная эпилепсия. Продолжить прием противоэпилептических препаратов. Продлить инвалидность в связи с окончанием срока.

Больной находился на стационарном лечении в течение 10 суток. Получал терапию: MgSO4,противоязвенные(контролок-ингибитор протонного насоса, препараты группы сульфаниламиды(сульфасалазин, салофальк, имодиум(противодиарейный), креон(пищеварительное ферментное средство), гидрокартизон(ГКС), инфезол - средство парентерального питания(аминокислоты+электролиты). Заключительный диагноз: «тяжелая белково-энергетическая недостаточность. Неспецифический язвенный колит? Вторичный синдром мальабсорбции. Сопутствующий: «левосторонняя пневмония. Идиопатическая генерализованная эпилепсия».Выписан с улучшением. Даны рекомендации: наблюдение у участкового педиатра, продолжить прием вышеуказанных препаратов.

Дискуссия.

Данный пациент представляет интерес для динамического наблюдения с целью отслеживания осложненияОКИ и его влиянияна состояние здоровья больного, поиска более эффективных мер лечения(в том числе применения парентерального питания с использованием белковых и углеводных смесей, жировых эмульсий) и профилактики болезни, а также проведения комплекса реабилитационных мероприятий, помогающих устранить последствия заболевания (выраженные ферментопатии, мальабсорбция, тяжёлая белково-энергетическая недостаточность).

Показателен тот факт, что пациент получал длительную антибактериальную терапию, в связи с чем имеет место снижение реактивности, а также возможное развитие антибиотик-ассоциированной диареии со множественной устойчивости к антимикробным препаратам.

Выводы.

1. Учитывая тяжёлые последствия, данный случай показывает необходимость проведения санитарно-профилактических мероприятий (внедрение, контроль соблюдения санитарно-гигиенических норм), так как Кыргызстан является эндемичной территорией по ОКИ.
2. Необходимо применение более точных методов диагностики кишечных инфекций с использованием экспресс-методов, что приведёт к подбору верной тактики этиотропной терапии.
3. Обязательным является применение парентерального питания в условиях реанимационного отделения с целью предотвращения тяжёлых отсроченных осложнений ОКИ (выраженные ферментопатии, мальабсорбция, тяжёлая белково-энергетическая недостаточность).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Литература.

1. Острые кишечные инфекции: метод. реком. для преподавателей по подготовке к проведению практического занятия со студентами V курса / сост. С. В. Кузнецов, О. Н. Ольховская, Т. С. Копейченко и др. – Харьков: ХНМУ, 2016. – 24 с
2. Майданник В. Г. Педиатрия: учебник / В. Г. Майданник. – 2-е изд. испр. и доп. – Харьков: Фолио, 2002. – 1125 с.
3. 4. Учайкин В. Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей / В. Ф. Учайкин. – Москва: ГЭОТАР Медицина, 2002. – 809 с.
4. Горелов А.В., Милютина Л.Н., Усенко Д.В.Клинические рекомендации по диагностике илечению ОКИ у детей. М., 2005, 106 с.
5. Бабик Р.К. Клинико-иммунологические особенности вирусных кишечных инфекций удетей. Дисс. докт. мед. наук. М., 2013, 279 с.
6. Учайкин В.Ф., Новокшонов А.А., МазанковаЛ.Н. и др. Острые кишечные инфекции удетей (диагностика, классификация, лечение).Пособие для врачей. М., 2004, 136 с.

ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Г.К. Кожоназарова, А.А. Сариева, Р.А. Алмазбекова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра факультетской педиатрии, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье приведены данные ретроспективного исследования детей с циррозом печени, находившихся на стационарном обследовании и лечении в отделении гастроэнтерологии Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМиД) за период 2017-2018гг. Был проведен анализ по специально составленной карте исследования, куда вошли данные анамнеза, объективного осмотра, лабораторные и показатели функционального инструментального исследования.

Ключевые слова: дети, цирроз печени, распространенность, гастроэнтерология.

БАЛДАРДЫН КАРА САРЫК ООРУСУ (БООР ЦИРРОЗУ)

Г.К. Кожоназарова, А.А. Сариева, Р.А. Алмазбекова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
Факультеттик педиатрия кафедрасы, Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду: Макалада Эне жана Баланы Коргоо Улуттук Борборунун гастроэнтерология бөлүмүндө 2017-2018 жылдар арасында кара сарык оорусу (боор циррозу) менен жабыркаган балдардын текшерилип жана дарыланып жаткандыгы жөнүндө ретроспективдүү маалыматтар келтирилген. Атайын жасалган изилдөө картасы боюнча анализ кылынган. Анын ичине анамнездин берилмелери, объективдүү текшерүү, лабораториялык жана функционалдык куралдар аркылуу изилдөөлөрдүн берилмелери киргизилген.

Негизги сөздөр: балдар, кара сарык оорусу (боор циррозу), жайылуу, гастроэнтерология.

LIVER CIRRHOSIS IN CHILDREN

G.K. Kozhonazarova, A.A. Sarieva, R.A.Almazbekova
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department of Faculty Pediatrics, Bishkek, Kyrgyzstan

Resume: The article presents data from a retrospective research of children with liver cirrhosis, hospitalized and examined at the department of gastroenterology of the National Center of Maternal and Child Healthcare during the period of 2017-2018. The analysis was carried out on a special research card of patients, where included the data of anamnesis, objective examination, laboratory and functional research.
Key words: children, liver cirrhosis, prevalence, gastroenterology.

Цирроз печени — хроническое заболевание печени, сопровождающееся необратимым замещением паренхиматозной ткани печени фиброзной соединительной тканью, или стромой.

Актуальность исследования. Циррозы печени занимают значительное место в структуре заболеваний органов пищеварения, оставаясь крайне актуальной социально-экономической и клинико-эпидемиологической проблемой здравоохранения всех стран мира (Шифф, Юджин Р. Болезни печени по Шиффу / под редакцией Тарасовой А.Ф., Клепиковой И.А. / (Ю.Р. Шифф, М.Ф. Соррел, У.С. Мэддрей) – М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2014, - 592 с.). Это связано с широкой распространенностью их основных этиологических факторов в виде персистирования гепатотропных вирусов, внутриутробными инфекциями, наследственными заболеваниями обмена веществ, а также высоким уровнем смертности.

По всему миру дети болеют циррозом печени, но считается, что особенно распространен этот опасный недуг в странах Азии, в том числе в среднеазиатских странах СНГ. Отмечается рост и в нашей республике. По данным Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМиД) еще 10 лет назад наблюдались единичные случаи цирроза печени у детей, а в последнее время ежегодно проходят обследование и лечение 20-25 больных с циррозом печени и хроническим гепатитом с трансформацией в цирроз. К сожалению, мировой статистики детского цирроза печени не существует (Цирроз и другие заболевания печени / под редакцией Поляковой Е. – М.: Издательство «Слог», 2012, - 160 с.).

Цель исследования: выявление причин и факторов, способствующих формированию заболевания и изучение клинико-лабораторных данных при циррозе печени у детей.

Задачи исследования:

1. Проанализировать этиологические факторы цирроза печени у детей.
2. Изучить клинические проявления цирроза печени, свидетельствующие о неблагоприятном течении заболевания.
3. Выявить лабораторные показатели, позволяющие оценить тяжесть течения цирроза печени у детей.
4. Оценить показатели инструментального исследования при циррозе печени у детей.

Материалы и методы исследования:

Исследование проводилось на базе отделения гастроэнтерологии НЦОМиД. Проведен ретроспективный анализ 23 историй болезни детей с диагнозом «Цирроз печени», проходивших стационарное лечение за период 2017-2018 гг. Анализ проводился по специально составленной карте обследования, куда вошли данные анамнеза, объективного осмотра, показатели лабораторного и инструментального методов исследования.

Результаты и их обсуждение:

В первую очередь изучалась распространенность цирроза печени по регионам Кыргызской Республики. Выявлено, что наибольшее количество детей поступило в отделение гастроэнтерологии НЦОМиД из Чуйской области – 39,1%. Этот факт объясняется, прежде всего, внутренней миграцией, а также близостью и доступностью стационара в г. Бишкек. Далее следуют пациенты из Таласской области – 13,0%, а на последнем Джалал-Абадской области – 4,3%. Представители других регионов (Ошская, Баткенская, Нарынская, Иссык-Кульская области) и города Бишкек оказались в относительно равных количествах – 8,7% (рис. 1).

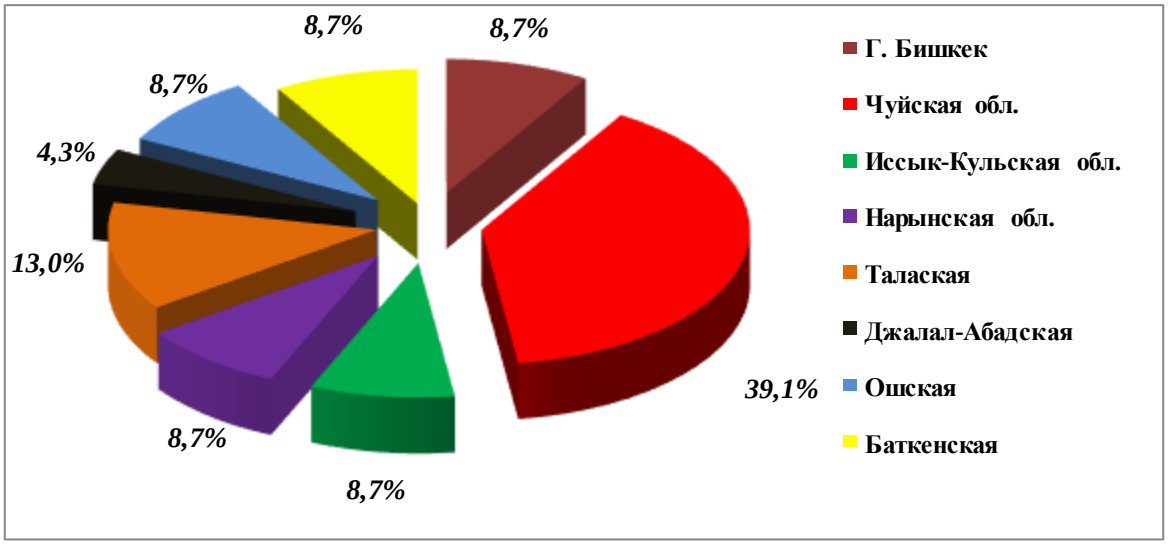


Рис. 1. Распространенность цирроза печени по регионам республики.

Пациентов из южных областей оказалось меньше, всего в совокупности 21,7%. Возможно, это связано с тем, что в г. Ош имеется отделение гепатологии.

Изучено также распространение цирроза печени у детей в зависимости от местности – город и село.

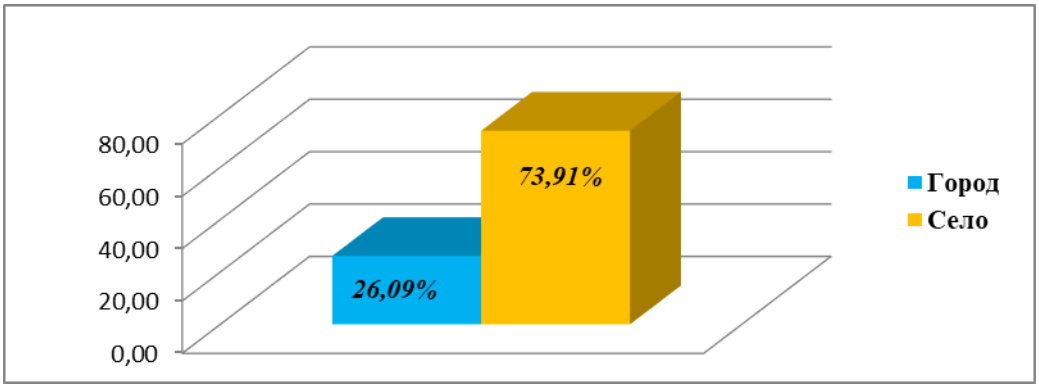


Рис. 2. Распространенность цирроза печени у детей в зависимости от типа местности.

Основной контингент пациентов с циррозом печени составили дети, проживающие в сельской местности – 73,9%, в то время как удельный вес городских - 26,1% детей (рис. 2). Вероятно, имеет значение низкий социально-экономический уровень сельского населения, плохая обеспеченность медицинскими услугами, несвоевременное обращение сельских жителей за медицинской помощью из-за отдаленности от НЦОМиД.

При изучении возрастно-полового состава больных с циррозом печени выяснилось, что у детей в возрасте от 1 до 3-х лет впервые заболевание диагностировано в 39,1% случая, у детей до 1-го года – в 21,7%, с 8 до 11-ти лет – в 21,2%, и меньше всего – 8,7% выявлено у пациентов в возрастных категориях 4-7 лет и 12-16 лет (рис. 3).

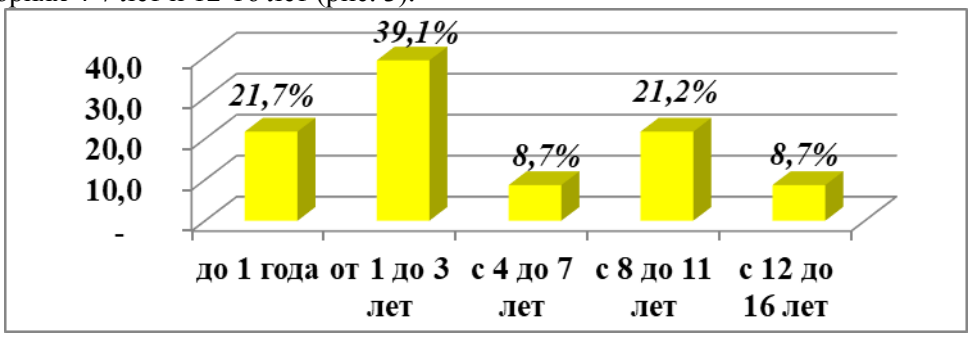


Рис. 3. Возраст детей с впервые диагностированным циррозом печени.

В результате исследования также выявлено, что мальчиков с циррозом печени было почти в два раза больше, чем девочек – 65,2% и 34,8% соответственно, что наглядно продемонстрировано на рисунке 4.

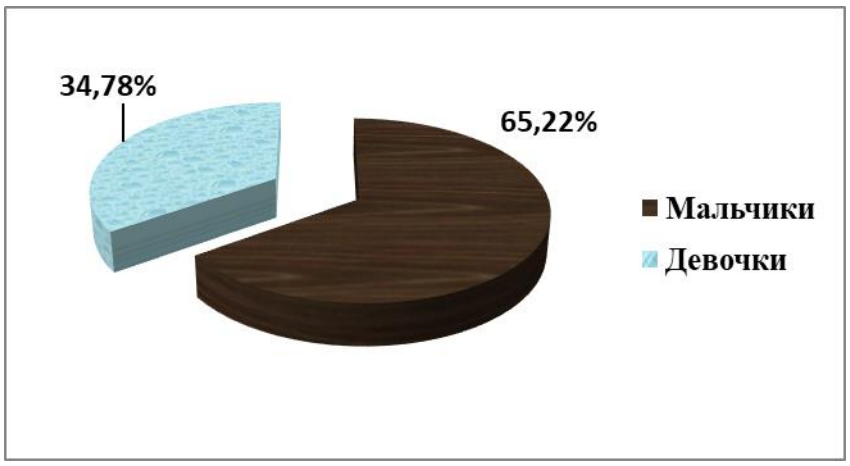


Рис. 4. Половой состав детей с циррозом печени.

Происхождение цирроза печени у детей имело неоднородную структуру и чаще всего носило врожденный характер.

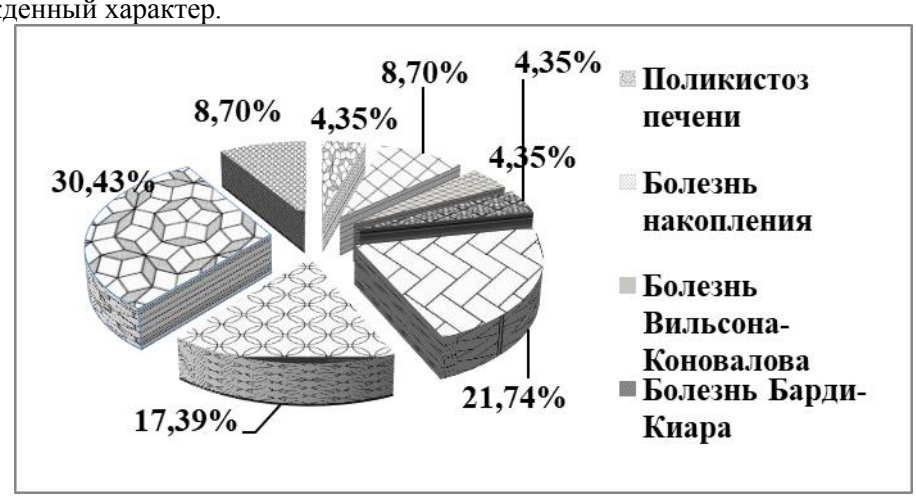


Рис. 5. Этиологическая структура циррозов печени у детей.

Как видно из рисунка 5 наибольший удельный вес в развитии цирроза печени у детей имеет, в первую очередь, внутриутробное инфицирование плода, в частности ЦМВ-инфекция – 30,4%, аномалии сосудов печени - 21,7% и хронический гепатит В – 17,4%. Наследственные заболевания, такие как болезни накопления, Вильсона-Коновалова диагностированы у 17,4% пациентов, а болезнь Бадда-Киари, поликистоз печени, а также аутоиммунные гепатиты у 13,9% детей. И таким образом, наследственные заболевания в совокупности составили значительный процент (31,3%)

В клинической картине (рис. 6) в 20,0% случаев наблюдалось отставание в физическом развитии. Проявления печеночного синдрома в виде желтухи были у 8%, зуд кожных покровов и насыщенный цвет мочи – у 5%, ахоличный стул у 2% детей. Явления портальной гипертензии наблюдались в виде варикозного расширения вен пищевода у 15%, асцита у 15%, спленомегалии у 3%, безбелковые отеки у 2% пациентов с циррозом. Геморрагический синдром выявлен у 3% больных, а телеагиэктазии у 2% детей. Гепатомегалия в чистом виде наблюдалась у 6%, а в сочетании со спленомегалией - у 7% детей.

Рис. 6. Клинические проявления цирроза печени у детей.

Фактически у всех детей имелись явления астеновегетивного синдрома в виде слабости, быстрой утомляемости, сниженного аппетита. У части детей наблюдалась рвота (4,3%) как проявление интоксикации, также имели место боли в животе (9,7%) и явления метеоризма (2,2%).

Всем детям проводился комплекс обязательных лабораторных и инструментальных методов исследования.

В первую очередь для проверки функционального состояния печени проводилось биохимическое исследование крови (рис. 7). В результате выявлено, что у 37,78% детей отмечалось повышение уровня билирубина, повышение тимоловой пробы - у 11,1% пациентов, и стабильно умеренное повышение АЛТ, АСТ, ГГТ – у всех детей, что свидетельствует о синдроме цитолиза у обследованных детей с циррозом печени. Изменение белкового обмена проявлялось гипопротеинемией (24,4%) и диспротеинемией (6,67%).

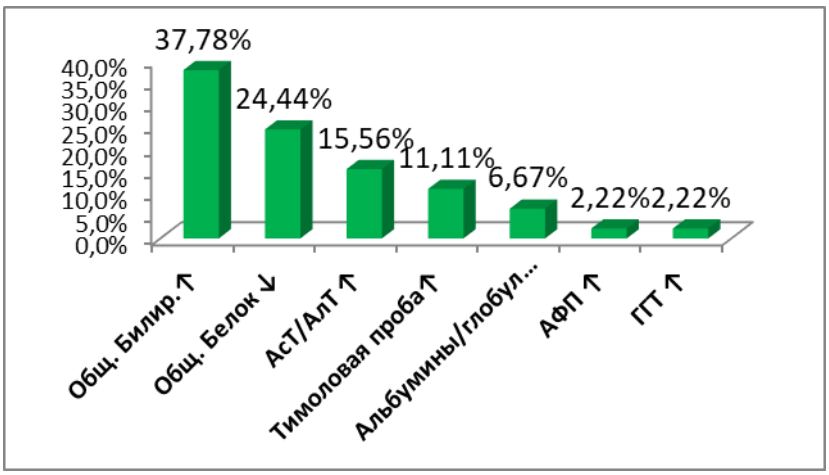


Рис. 7. Биохимический анализ крови на печеночные тесты.

При циррозе печени одним из основных критериев диагностики является изменение со стороны свертывающей системы крови (ССК) (рис. 8). В данном исследовании показатели менялись следующим образом – повышение протромбинового времени и международного нормализованного отношения наблюдалось у 40% и 6,7% детей соответственно, снижение протромбинового индекса и активированного частичного тромбопластинового времени у 33,3% и 20% детей с циррозом печени соответственно.

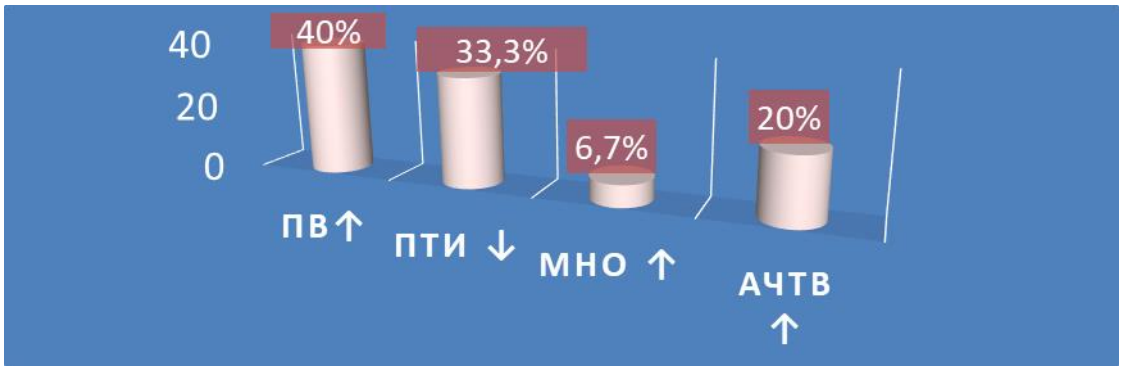


Рис. 8. Показатели свертывающей системы крови у детей с циррозом печени.

Показатели ССК дают возможность прогнозирования течения заболевания и определения долговременной тактики лечения.

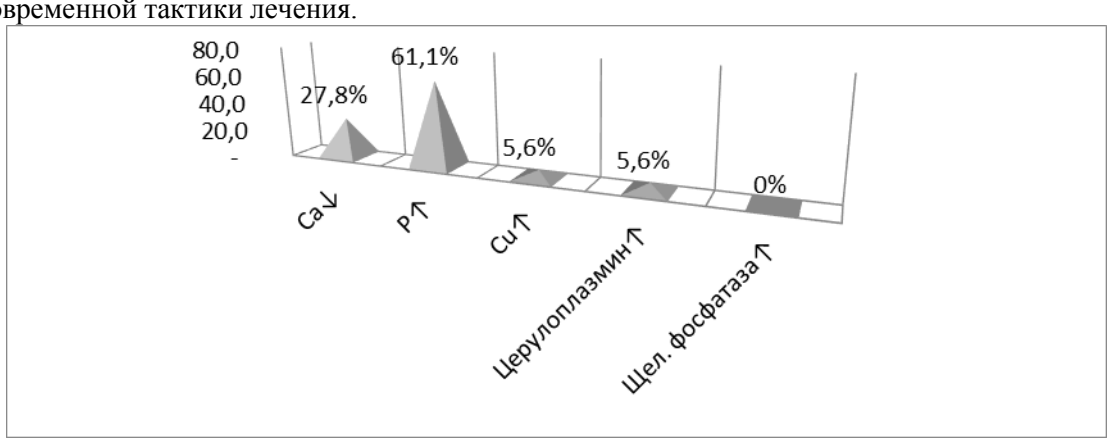


Рис. 9. Показатели минерального обмена у детей с циррозом печени.

Как видно из рисунка 9 достоверные изменения в электролитном составе крови отмечено лишь по уровню кальция - в 27,8% зарегистрировано снижение и в 61,1% по уровню фосфора отмечается увеличение. Повышение меди и церулоплазмина, как важнейшие диагностические критерии болезни Вильсона-Коновалова, было обнаружено у 5,6% детей.

Более чем у половины пациентов наблюдались признаки анемии - у 54,5% детей. Транзиторное повышение уровня глюкозы выявлено у 6,1% больных.

Дополнительным методом исследования было фибросканирование печени, который выявляет степень фиброза и имеет градацию по METAVIR от 1 до 4. Как видно из таблицы 10, у всех детей имелись признаки фиброза, а максимальная степень - F4 наблюдалась у 34,8% детей.

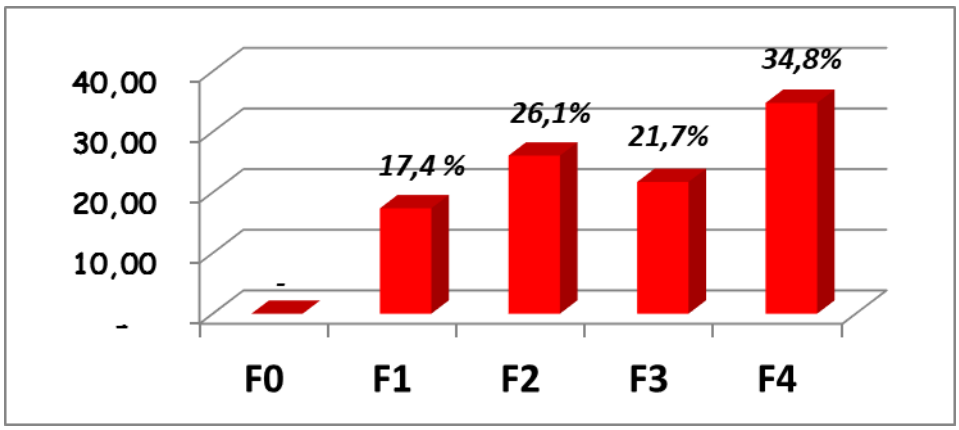


Рис. 10. – Данные фибросканирования печени у детей.

Таким образом, констатируя вышеизложенное, можно сделать **выводы**:

1. Наибольшее количество детей с диагнозом цирроз печени выявлено по Чуйской области – 39,1%, что объясняется близостью и доступностью стационара в г. Бишкек и процессом внутренней миграции.
2. Учитывая, что частая обращаемость наблюдается из сельской местности, можно предположить, что причиной являются низкий социально-экономический уровень сельского населения и отдаленность от региональной больницы, приводящая к неинформированности молодых матерей о необходимости планирования беременности, своевременного обращения за медицинской помощью и становления на учет у гинеколога, что увеличивает риск развития ВУИ (в частности, ЦМВ-инфекция), которая играет основную роль в развитии цирроза печени у детей.
3. В большинстве случаев цирроз печени впервые диагностирован у детей в возрасте от 1 до 3-х лет – в 39,1% случаев, что мы объясняем перестройкой печени в этом возрасте с относительным уменьшением васкуляризации и развитию междольковой соединительной ткани к концу первого года жизни и полным морфологическим установлением лишь к 4-5 годам.
4. Развитие наследственных заболеваний печени (болезнь накопления, болезнь Бадда-Киари, болезнь Вильсона-Кановалова), наблюдалось у детей, рожденных от родственных браков.
5. У детей с циррозом печени чаще всего наблюдаются отставание в физическом развитии (20%), асцит, варикозное расширение вен пищевода, болевой синдром, желтушность кожи, гепатоспленомегалия. Из лабораторно-инструментальных исследований показательны: увеличение АЛТ, АСТ, изменения в электролитном составе крови в виде гипокальциемии и гиперфосфатемии, изменения в ССК (снижение протромбинового индекса и повышение протромбинового времени), которые увеличивают риск кровотечения.
6. Установлено, что цирроз печени в большинстве случаев был выявлен лишь в поздней стадии (F4), тогда как методом фиброскана цирроз печени может быть диагностирован в начальных стадиях.

Рекомендации:

Для ранней диагностики цирроза печени в детском возрасте необходимо оснащение наших больниц специальными датчиками фиброскана, предназначенных для детей.

Список литературы:

1) Шифф, Юджин Р. Болезни печени по Шиффу / под редакцией Тарасовой А.Ф., Клепиковой И.А. / (Ю.Р. Шифф, М.Ф. Соррел , У.С. Мэддрей) – М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2014, - 592 с.

2) Цирроз и другие заболевания печени / под редакцией Поляковой Е. – М.: Издательство «Слог», 2012, - 160 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕШЕНИИ ВОПРОСОВ БЕСПЛОДИЯ

З.З. Исакова, Т.Х. Теппеева, К. К. Карымшакова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии № 1
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье представлен про- и реторспективный анализ 24 историй родов беременных женщин с экстракопоральным оплодотворением, госпитализированных на родоразрешение в Городской Перинатальный Центр в период с января по декабрь 2018 года.

В ходе исследования изучены акушерско-гинекологический анамнез женщин, беременность которых наступила в результате использования экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), особенности течения беременности, родов и послеродового периода, а также перинатальные исходы у плодов, родившихся в результате ЭКО.

Ключевые слова: экстракорпоральное оплодотворение, беременность, кесарево сечение.

ТУКУМСУЗДУК МАСЕЛЕСИН ЧЕЧҮҮДӨ КӨМӨКЧҮ РЕПРОДУКТИВДИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ КОЛДОНУУ

З.З. Исакова, Т.Х. Теппеева, К. К. Карымшакова
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
№1 Акушерство жана гинекология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Бул макалада экстракорпоралдык уруктандырылган, 2018-жылдын январь айынан декабрь айына чейин шаардык перинеталдык борборго төрөткө жаткырылган 24 кош бойлуу аялдын төрөтүнүн баянына про- жана ретроспективдик талдоо жүргүзүлгөн. Изилдөөнүн жүрүшүндө экстракорпоралдык уруктандыруунун (ЭКУ) натыйжасында кош бойлуу болгон аялдардын акушердик-гинекологиялык анамнези, кош бойлуулуктун, төрөттүн жана төрөттөн кийинки мезгилдин өтүшүнүн өзгөчөлүктөрү, ошондой эле, ЭКУнун натыйжасында төрөлгөн баланын перинеталдык натыйжасы иликтенди.

Ачкыч сөздөр: экстракорпоралдык уруктандыруу, кош бойлуулук, кесердик кесүү.

USE OF AUXILIARY REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN SOLUTION OF INFERTILITY ISSUES

Z.Z. Isakova, T.Kh. Teppeeva, K. K. Karymshakova
Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev
№ 1 Obstetrics and Gynecology Department
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. This article presents a pro- and retrospective analysis of 24 birth-histories of pregnant women with extracoreural fertilization, hospitalized for delivery at the City Perinatal Center from January to December 2018.

The study examined the obstetric and gynecological history of women who became pregnant as a result of using in vitro fertilization (IVF), especially during pregnancy, childbirth and the postpartum period, as well as perinatal outcomes in fetuses born as a result of IVF.

Key words: in vitro fertilization, pregnancy, cesarean section.

Введение

По определению ВОЗ, репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов. В условиях экономического кризиса, падения рождаемости и высокого уровня общей смертности проблема охраны репродуктивного здоровья населения приобретает особую социальную значимость.

В настоящее время проблема ведения пациенток с бесплодием приобретает огромное медицинское, социальное и демографическое значение. В последнее десятилетие все чаще

используется метод лечения бесплодия путем экстракорпорального оплодотворения преовуляторных ооцитов и переноса дробящихся эмбрионов в полость матки пациентки (ЭКО и ПЭ).

Поскольку наступление беременности в программах ЭКО зачастую происходит у пациенток старшего репродуктивного возраста, с длительным бесплодием, с различными генитальными и экстрагенитальными заболеваниями, с нарушением эндокринного статуса репродуктивной системы обоих супругов, с высокой инфицированностью репродуктивной системы обоих супругов, течение беременности характеризуется высокой частотой развития акушерской патологии и невынашивания беременности, что может нивелировать успех ЭКО.

Цель: Целью настоящей работы явилось изучение акушерских и периатальных исходов женщин, у которых беременность наступила в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий.

Задачи исследования:

1. Изучить течение и исход беременности у женщин после экстракорпорального оплодотворения.

2. Изучить перинатальный исход у детей, рожденных в результате экстракорпорального оплодотворения.

Материал и методы исследования

В соответствии с поставленной целью нами был проведен анализ 24 историй родов, обменных карт беременных и историй новорожденных, родившихся в Городском Перинатальном Центре г. Бишкек с января по декабрь 2018 года.

У всех пациенток был проведен сбор общего и акушерско-гинекологического анамнеза по общепринятым критерием.

Выявляли наличие перенесенных заболеваний, исследовали репродуктивную функцию, исходы предыдущих беременностей. Оценивали особенности течения настоящей беременности и ее исходы (сроки, способы родоразрешения, показания к досрочному родоразрешению, структура показаний к оперативным родам, вид обезболивания).

Состояние новорожденных оценивали по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах.

Статистическую обработку данных выполняли с помощью электронных таблиц Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения

За 2018 год в Городском перинатальном центре г. Бишкек было проведено 9773 родов. Из них, оперативным путем были родоразрешены 1515 женщин.

При анализе историй родов выявлено, что среди оперированных женщин на долю беременных с экстракорпоральным оплодотворением приходится 24 случая.

Исследуемые женщины по возрастным категориям распределились следующим образом: в возрасте до 25 лет – 2 женщины (8,33%), 26-30 лет 9 женщин (37,5 %), 31-35 лет – 6 женщин (25%), 36-40 лет – 5 (20,83%), свыше 41 лет 2 женщины (8,33%).

При изучении анамнеза выявлено, что из соматических заболеваний у 3 пациенток наблюдались заболевания ЛОР органов (12,5%), у 3 (12,5%), пациенток хронический пиелонефрит, у 4 (16,66%) беременных - заболевания желудочно-кишечного тракта, у 2 (8,33%) пациенток – гипотиреоз. Все заболевания были в стадии ремиссии и не влияли на течение текущей беременности.

Из гинекологического анамнеза выявлено, что у 13 (54,16%) женщин было первичное бесплодие, у 11 женщин (45,83%) – вторичное бесплодие.

В сочетании с вышеуказанной патологией у женщин наблюдались следующие заболевания репродуктивной системы:

- нарушение менструального цикла у 6 (25%);
- хронический сальпингоофорит у 4 (16,66%) женщин;
- поликистоз яичников у 3 (12,5%) женщин;
- миома матки у 4 (16,66%) женщин;
- эрозия шейки матки у 3 (12,5%) женщин.

При изучении акушерского анамнеза выявлено, что данная беременность была первой у 5 женщин (20,83%).

У 4 (16,66%) женщин ранее были нормальные роды, мертворождения наблюдались в 2 (8,33%) случаях.

В анамнезе у 7 женщин (29,16%) предыдущая беременность прервалась в результате самопроизвольного выкидыша на ранних сроках, в 4 (16,66%) случаях – по поводу замершей беременности, у 5 женщин (20,83%) – была выявлена эктопическая беременность, в результате

которой в экстренном порядке была произведено тубэктомия, мед аборты были произведены 5 (20,83%) женщинам.

У 6 женщин (25%) ранее были попытки ЭКО, в результате которых у 4 (16,66%) развилась беременность. У 1 (8,33%) женщины с тройней в сроке 16 недель была диагносцирована замершая беременность, в 2 (8,33%) случаях в сроке до 12 недель произошел самопроизвольный выкидыш, в 1 случае (4,16%) беременность двойней завершилась очень ранними родами, у 2 (8,33 %) пациенток после ЭКО беременность не наступила.

Течение настоящей беременности.

У всех женщин данная беременность наступила в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий, путем экстракопрорального оплодотворения.

Все женщины после подтверждения беременности были взяты на учет по месту жительства.

Одноплодная беременность была у 9 (37,5%) женщин, многоплодная – у 15 (62,5%) женщин, из них двоен было 13 (54,16%), тройни – 2 (8,33%).

Течение беременности у обследуемых женщин было неблагоприятным и характеризовалось различными акушерскими осложнениями.

Первая половина беременности у 17 (70,83%) женщин осложнилась ранним гестозом, у 12 (50%) женщин – угрозой прерывания беременности, ОРВИ у 12 (50%) женщин.

Наиболее частыми осложнениями во время второй половины беременности были:

- Гестационная гипертензия 4 (16,66%);
- Гестационный пиелонефрит 2 (8,33%);
- Гестационные отеки без протеинурии 4(16,66%);
- Преэклампсия тяжелой степени была выявлена у 4 пациенток (16,66%);
- Дородовое излитие околоплодных вод у 10 женщин (41,66%);
- Анемия 10 (41,66%);
- Угроза очень ранних родов у 8 женщин (33,33%);
- Истмикоцервикальная недостаточность, с наложением акушерского пессария 2 (8,33%).

10 (41,66%) пациенткам, госпитализированным в Городской перинатальный центр, в сроках гестации до 34 недель с угорзой очень ранних родов и развитием гипертензивных нарушений проведена профилактика СДР плода по схеме.

Особенности оперативного родоразрезения.

Все беременные были родоразрешены путем операции кесарева сечения.

Обезболивание производилось путем спинно-мозговой анестезии.

Учитывая срок гестации, удовлетворительное состояние матери и плодов, с экстракорпоральным оплодотворением 8 (33,33%) женщин были родоразрешены в плановом порядке, а в 16 (66,66%) случаях операция кесарева сечения произведена в экстренном порядке.

Показанием к операции послужило экстракорпоральное оплодотворение (100%), в сочетании со следующей акушерской патологией:

- отягощенный акушерский анамнез 100%;
- 1 период родов 41,66%;
- дородовое излитие околоплодных вод – 41,66%
- рубец на матке 4,16%
- гипертензивные нарушения у 4 пациен 16,66%
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в 1 случай 4,16%
- многоплодная беременность 62,5%

Интраоперационно у 7 женщин (29,16%) в брюшной полости выявлена – асцитическая жидкость, в 9 случаях (37,5%) выраженный спаечный процесс брюшной полости, у 13 беременных (54,16%) отмечалось выраженное варикозное расширение вен придатков.

Кровопотеря у 19 (79,16%) женщин во время оперативного родоразрешения составила до 700 мл, 701-1000 мл – 3 (12,5%), свыше 1000 мл у 2 женщин (8,33%).

С целью остановки и профилактики кровотечения, учитывая многоплодие, большие размеры матки, плохо поддающееся сокращению на фоне введения окситоцина, пациенткам была произведена двустороння перевязка маточных артерий в 17 (70,83%) случаях, 7 (29,16%) женщинам наложены гемостатические швы по Б. Линчу.

18 (75%) женщинам с целью профилактики последорового кровотечения были назначены дополнительно утеротоническая терапия.

У 23 (95,83%) пациенток послеродовой период протекал гладко. В 1 (4,16%) случае возникло раннее послеродовое гипотоническое кровотечение, общая кровопотеря составила 3000 мл. С целью

гемостаза и сохранения детородного органа была произведена перевязка внутренних подвздошных артерий во время релапаротомии, для восполнения объема циркулирующей крови произведена инфузионно-трансфузионная терапия с использованием препаратов крови.

Всего у 24 женщин с ЭКО родилось 41 детей. От одноплодной беременности 9 (21,95%) детей, из двоен 26 детей (63,41%), из троен 6 детей (14,63%).

Доношенных новорожденных родилось 18 (43,90%), недоношенных 23 (56,09%).

Недоношенные дети были на сроке гестации 28-33 недели – 12 детей (29,26%), 34-36 недель – 11 (26,82%) детей.

С оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов родилось 14 (34,14%) новорожденных, 7-8 баллов – 11 детей, 6-7 баллов 16 детей.

Массу тела при рождении до 1999 г имели 9 (21,95%) новорожденных. 2000-2499 – 11 (26,82%), 2500-2999 -10(24,3%), 3000-3499 – 7 (17,07%), 3500-3999г 2 (4,87%), свыше 4000 – 2 (4,87%).

Все родильницы на 5-8 сутки были выписаны домой в удовлетворительном состоянии. 10 (41,66%) пациенткам в послеродовом периоде назначена антианемическая терапия препаратами железа.

Выводы:

- За 2018 год в Городском перинатальном центре г. Бишкек было проведено 9773 родов. Из них, путем оперативного родоразрешения 1515 случаев.
- Среди оперированных женщин на долю беременных с экстракорпоральным оплодотворением приходится 24 случая.
- Наличие соматических, гинекологических заболеваний в анамнезе, отягощенного акушерского анамнеза женщины с индуцированной беременностью требует особого наблюдения как во время беременности, так и в родах, в связи с высоким риском перинатальных потерь в разные сроки гестации.
- В интересах плода все случаи беременности с ЭКО, особенно, когда причиной бесплодия является женский фактор, предпочтительно роды закончить операцией кесарева сечения.
- Все женщины с индуцированной беременностью составляют группу риска по отношению невынашивания беременности, развития гипертензивных нарушений и преждевременных родов, а также развития кровотечений во время родов и послеродовом периоде.
- Новорожденные от матерей, беременность которых наступила в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий, должны также находиться под особым диспансерным наблюдением.

Литература

1. Рябышева Л. В., Макарова О. Н. Влияние репродуктивного здоровья на демографическую ситуацию в стране [Текст] // Медицина и здравоохранение: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Уфа, май 2014 г.). — Уфа: Лето, 2014. — С. 3-5.
2. Лысенко И.М.,. Лысенко О.В, Рождественская Т.А. Особенности течения беременности и родов у женщин после экстракорпорального оплодотворения. Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Республика Беларусь. КиберЛенинка: https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-techeniya-beremennosti-i-rodov-u-zhenschin-posle-ekstrakorporalnogo-oplodotvoreniya
3. Акушерство: национальное руководство: Медицинская литература / [Э. К. Айламазян и др.]— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1200 с.
4. Клинические протокол по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения. Сборник №3. – Бишкек: Медицинская литература, 2015.
5. Егорова, А.Т. Комплексная оценка социального, репродуктивного и соматического анамнезов беременных при индуцированном многоплодии / А.Т. Егорова // Российский вестник акушера-гинеколога.- 2014. - С. 69 – 73.
6. Цивцивадзе, Е.Б. Многоплодная беременность: современный взгляд на проблему ведения беременности и родов. Обзор литературы / Е.Б., Цивцивадзе, С.В., Новикова // РМЖ.- 2014. - № 1. – С. 16 – 22.
7. Khodzhaeva, Z. Experience with cervical serclage in multiple pregnancies / Z. Khodzhaeva, G. Sukhikh // J. Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. - 2009. - P. 21.

Исакова Зулайха – Клинический ординатор 1 года кафедры акушерства и гинекологии № 1. Теппеева Танзиля Хаджимусаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1.

Карымшакова Каныш Карымшаковна – кандидат медицинских наук, и.о. доцента кафедры акушерства и гинекологии № 1.

ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПО ДАННЫМ ГПЦ г. БИШКЕК

М.Э. Эрнисова, Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова, Ж.А. Марипова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии №1
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен ретроспективный анализ исхода беременности и родов у 200 женщин при наличии рубца на матке после перенесенной операции кесарево сечение за 2018 год по городскому перинатальному центру (ГПЦ) г. Бишкек. Выявлена достоверная значительная связь между интергестационным интервалом и толщиной рубца на матке. Также выявлено, что количество перенесенных операций кесарево сечения имеет достоверное влияние на толщину и состоятельность рубца на матке

Ключевые слова: беременность, кесарево сечение, рубец на матке, несостоятельный рубец на матке.

БИШКЕК ШААРЫНЫН ШПБ МААЛЫМАТЫ БОЮНЧА КЕСАРЕВО КЕСҮҮСҮНӨН КИЙИНКИ ЖАТЫНДЫН ТЫРЫГЫНЫН ЖЕТИШСИЗДИГИНИН ПАЙДА БОЛУУСУНУН СЕБЕБИ

М.Э. Эрнисова, Т.Х. Теппеева, М.М. Өмүрбекова, Ж.А. Марипова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
№1 акушердик жана гинекология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: 2018 жылы шаардык перинаталдык борборунда(ШПБ) кесарево кесүүсүнөн кийинки жатындын тырыгы бар 200 аялдар арасында кош бойлуулуктун жана төрөтүнүн жыйынтыгы боюнча ретроспективдүү анализи өткөрүлдү. Тырыктын калыңдыгынын жана бюонда болуусунун аралыгы боюнча шексиз өз ара байланышы аныкталды. Андан сырткары башынан өткөн кесарево кесүүсүнүн саны менен тырыктын калыңдыгы жана жетилгендигинин так байланышы аныкталды.

Негизги сөздөр: кош бойлуулук, кесардык кесуу, жатындын тырыгы, жатындын тырыгынын жетишсиздиги.

THE REASONS FOR THE FORMATION OF AN INSOLVENT UTERUS SCAR AFTER A CESAREAN OPERATION UNDERGONE SURGERY ACCORDING TO THE CITY PERINATAL CENTER OF BISHKEK

M.E. Ernisova, T.H. Teppeeva, M.M. Omurbekova, J.A. Maripova
Kyrgyz State medical academy named after I. K. Ahunbaev
Obstetrics and Gynecology Department №1
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: A retrospective analysis of the outcome of pregnancy and childbirth in 200 women was performed in case of scarring on the uterus after undergoing a cesarean section for 2018 year in the city perinatal center (CPC) of Bishkek. Revealed a significant relationship between the intergestational interval and the thickness of the uterine scar. It was also revealed that the number of cesarean sections surgeries had a significant effect on the thickness and viability of the uterine scar.

Keywords: pregnancy, cesarean section, uterine scar, failed scar.

Введение. В современном акушерстве во всем мире кесарево сечение (КС) – это наиболее распространенная акушерская операция, которая применяется с целью быстрого родоразрешения при различных осложнениях как со стороны матери так и со стороны плода. В среднем, по всему миру количество детей, родившихся путем операции кесарево сечение, равняется 18,7 % от общего числа всех родов (показатель ВОЗ за 2014 год) [1,2]. Частота операции кесарево сечение достигает 20 - 27% в клиниках Западной Европы и США и 60 % - в Латинской Америке. В России частота кесарева сечения в среднем составляет 15-16 %, достигая 30-40 % в перинатальных центрах, и не имеет тенденции к снижению [3]. В Кыргызстане частота операции кесарево сечение составляет от 7,1 до 9,9% [4].

Значительное распространение КС повлекло за собой ряд новых проблем: с одной стороны – рост частоты гнойно-септических заболеваний и поиски эффективных мер их профилактики и лечения, с другой – сложность ведения беременности и родов при рубце на матке после КС [4,5]. При проведении повторного КС вследствие наличия спаечного процесса и изменения топографо – анатомических взаимоотношений органов малого таза частота интраоперационных осложнений возрастает в 3-4 раза по сравнению с родами через естественные родовые пути [6,7]. В Кыргызской Республике (КР) актуальность данной проблемы не вызывает сомнения, что обусловлено частыми родами, малой информированностью в вопросах планирования семьи, низким уровнем жизни населения и экономической нестабильностью.

Цель работы: Провести анализ исхода беременности и родов у женщин при наличии рубца на матке после перенесенной операции кесарево сечения за 2018 год по городскому перинатальному центру (ГПЦ) г. Бишкек.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 200 историй болезни женщин с рубцом на матке после операции кесарево сечения, произошедших в городском перинатальном центре (ГПЦ) г. Бишкек за 2018 год. Всего за 2018 год по ГПЦ прошло 9773 родов, из них 1515 случаев родоразрешены оперативным путем. Среди женщин родоразрешенных путем операции кесарево сечение в 635 случаях были женщины с наличием рубца на матке после перенесенной операции кесарево сечение в прошлом: с одним рубцом – 370, с двумя – 205, с тремя – 60 женщин.

Все женщины состояли на диспансерном учете и были обследованы в полном объеме согласно клиническому протоколу МЗ КР. В исследование были включены беременные родоразрешенные оперативным путем с наличием рубца на матке после перенесенной операции кесарево сечение в анамнезе и не имеющих других соматических заболеваний.

Проведена оценка клинико – анамнестических данных, особенностей течения беременности, оперативного вмешательства, послеоперационного периода и состояния новорожденных на момент родоразрешения. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета статистической программы SPSS 20. Результаты работы представлены в виде значений M (средняя арифметическая величина) + σ (среднее квадратичное отклонение). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали $\leq$ 0,05. Оценка риска проводилась посредством четырехпольных таблиц сопряженности. Эффект воздействия исследуемого фактора оценивался по величине относительного риска (RR). Для демонстрации силы связи вычисляли 95 % доверительный интервал (ДИ) для RR.

Результаты. Обследуемые женщины по возрасту распределились следующим образом: от 20 до 25 лет – 12,2 %, от 26 до 30 лет – 28,9 %, от 31 года до 35 лет – 36,7 %, старше 35 лет – 22,2 %. Большинство женщин находились в оптимальном репродуктивном возрасте. Средний возраст составил 31,7 $\pm$ 4,9 лет (min 22, max 44; p = 0,119).

Анализ соматической отягощенности показал, что частота экстрагенитальных заболеваний распределилась следующим образом: железодефицитная анемия (ЖДА) – 44 (22,2%), хроническая артериальная гипертензия – 20 (10%), варикозная болезнь – 15 (7,8%), миопия высокой степени – 13 (6,7%), хронические инфекционно-воспалительные заболевания ЛОР-органов и органов дыхания – 11 (5,7%). Удельный вес соматически здоровых женщин составил – 37,8 % (p = 0,011).

Течение беременности у обследуемых женщин было неблагоприятным и характеризовалось различными акушерскими и перинатальными осложнениями: хроническая плацентарная недостаточность имела место у 40 (20%), отеки беременных у 23 (11,1%), хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП) у 20 (10%), анемия у 17 (8,9%), преэклампсия тяжелой степени (ПТС) у 17 (8,9%), угроза прерывания беременности у 8 (4,4%), гестоз у 7 (3,3%), многоводие у 5 (2,2%), преждевременная отслойка нормальной расположенной плаценты у 5 (2,2%), преэклампсия средней степени (ПСС) у 3 (1,1%) (p = 0,165).

По сроку гестации, родоразрешены в срок – 162 (81,1%), преждевременные роды у 31 (15,6%) и запоздалые роды у 7 (3,3%) женщин. Интергестационный интервал после последнего кесарева сечения составил от 1 года до 6 лет (в среднем 2,3±1,2 лет), что непосредственно влияет на формирование полноценного рубца на матке. По данным литературы на формирование полноценного рубца на матке имеет определенное значение временной фактор [8,9,10]. Так в нашем исследовании выявлена достоверная значительная связь между интергестационным интервалом и толщиной рубца на матке (RR =1,95; 95% ДИ 1,51 – 2,53; p $<$ 0,0001). Давность рубца на матке при его неполноценности (0,1 – 0,2 мм) составляла в среднем 1 – 2 года (рис. 1). Это объясняется тем, что до 2 лет полноценный рубец еще не успевает сформироваться.

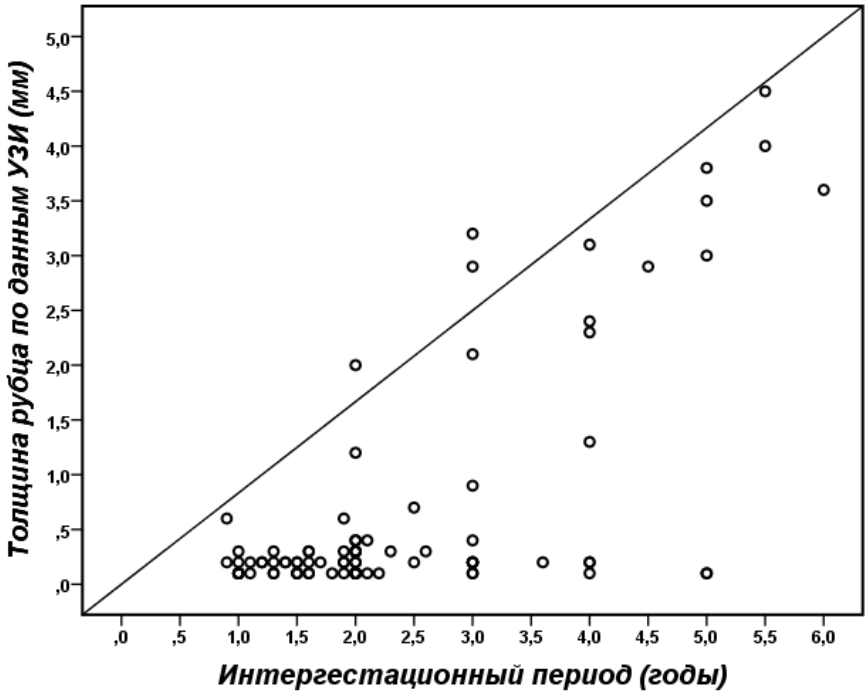


Рис. 1 Влияние интергестационного интервала на состоятельность рубца на матке после операции кесарево сечение.

Доминирующими показаниями к оперативному родоразрешению при предшествующей беременности были сопутствующая экстрагенитальная патология 75 (37,5%), крупный плод 29 (14,3%), тазовое предлежание плода 23 (11,6%), аномалии родовой деятельности 20 (10%), преэклампсия тяжелой степени 19 (9,3%), преэклампсия средней степени 16 (8%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 12 (6%) и внутриутробная гипоксия плода 6 (3,2%) (p = 0,045).

В плановом порядке были родоразрешены 149 (74,4%) женщин, в экстренном – 51 (25,6%) женщин. Основными показаниями к операции кесарева сечения были: два и более рубца на матке у 49 (24,4%), несостоятельность послеоперационного рубца у 47 (23,3%), сочетание рубца на матке с акушерской патологией у 44 (22,2%), крупный плод у 33 (16,6%), сочетание рубца с экстрагенитальной патологией у 27 (13,3%) (p = 0,055).

Средняя толщина рубцов на матке по данным УЗИ и интраоперационным данным равнялась 0,6±1,09 мм (min 0,1; max 4,5, p = 0,032). Медиана толщины рубца на матке после операции кесарево сечение у женщин с одним рубцом на матке составила 0,4 мм, при этом наблюдался высокий размах значений от 0,1 мм до 4,5 мм, что и отразилось на средней толщине рубца на матке. При наличии у женщин трех и четырех рубцов на матке медиана составила 0,1 мм, но показатели характеризовались малым размахом значений от 0,1 мм до 0,3 мм. Таким образом, количество перенесенных операций кесарево сечения имеет достоверное влияние на толщину и состоятельность рубца на матке (рис. 2).

Кровопотеря во время операции до 500 мл была у 40 (20%), 500 – 800 мл у 144 (72,2%) и свыше 800 мл у 16 (7,8%) женщин. Средняя кровопотеря составила 559,2 ± 146,6 мл. Во время операции кесарева сечения у 15 (7,5%) женщин производились дополнительные операции. Так, у 11 женщин была произведена стерилизация, у 3 женщин миомэктомия и у 2 женщин кистэктомия.

Анализ состояния новорожденных позволил установить следующие антропометрические показатели новорожденных: средняя масса тела составила 3464,1 ± 580,6 г, средняя длина тела – 50,3 ± 2,9 см. Количество новорожденных с массой тела 4000 г и более составило 38 (19%) (p=0,025).

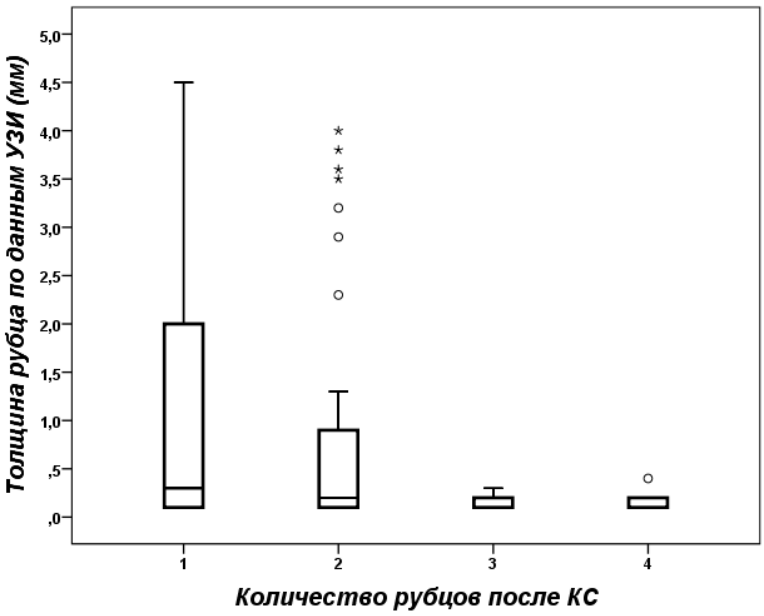


Рис. 2 Влияние перенесенных операций кесарево сечения на толщину и состоятельность рубца на матке.

Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар на первой минуте после рождения показала, что 180 (90%) детей имели удовлетворительное функциональное состояние и были оценены на 7 – 9 баллов. Оценку по шкале Апгар 6 баллов и менее имели 20 (10%) детей. Среднее значение оценки по шкале Апгар на первой минуте составило 7,9 ± 0,9 баллов (p=0,051). На пятой минуте после рождения удовлетворительное функциональное состояние по шкале Апгар имели 191 (95,6%), 6 баллов и менее имели 9 (4,4%) детей. Среднее значение оценки по шкале Апгар на пятой минуте составило 8,32 ± 0,8 баллов (p=0,051).

Послеоперационный период у большинства родильниц протекал без осложнений, все женщины выписаны домой на 5 сутки. У 6 (3%) родильниц послеродовый период осложнился эндометритом, которым своевременно проведена антибактериальная терапия.

Выводы.

1. Таким образом, по результатам нашего исследования выявлен рост числа женщин с наличием рубца на матке после операции кесарево сечение, что объясняется расширением показаний к оперативному родоразрешению как со стороны матери, так и плода.
2. На формирование полноценного рубца на матке немаловажное значение имеет интергестационный интервал. Морфологическое формирование рубца на матке наблюдается через 8-12 месяцев после операции кесарево сечение. Однако, по данным литературы вероятность развития несостоятельности рубца на матке составляет временной фактор от 2 до5 лет: до 2 лет полноценный рубец не успевает сформироваться, а по истечении 5 лет в области рубца происходят склеротические изменения, которые влияют на его растяжимость.
3. На формирование состоятельного рубца на матке после кесарево сечения, также влияет число повторных родоразрешений оперативным путем. Так, при наличии трех и более рубцов на матке вероятность его несостоятельности значительно возрастает.
4. Для снижения осложнений во время беременности как для матери, так и плода среди женщин с наличием рубца на матке необходимо проводить санитарно-просветительную работу по вопросам послеродовой контрацепции и планированию семьи.

Литература

1. Айламазян Э.К. Подготовка беременных с рубцом на матке после кесарево сечения к родоразрешению. / Э.К. Айламазян, Т.У. Кузьминых, Н.И. Поленов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. - №57(1). – С.3-10
2. Айламазян Э.К. Кесарево сечение. / Э.К. Айламазян, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский // Национальное руководство. Краткое издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 608 с.
3. Киселевич М.Ф. Течение беременности и родов у женщин с рубцом на матке. / М.Ф. Киселевич, М.М. Киселевич, В.М. Киселевич // Журнал научный результат. – 2014. - № 2. – С.20-25
4. Выборных В.А. Показания к операции Кесарево сечение в современном акушерстве / В.А. Выборных, А.Э. Самигуллина // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2016. - №5. – С. 89-90

5. Краснопольский В.И. Репродуктивные проблемы оперированной матки. / В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, С.Н. Буянова // Вестник МГМУ. – 2006. - №5. – С. 57-60
6. Кохан И.А. Морфология рубца на матке после операции кесарева сечения и ушивания матки различными шовными материалами: дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.00.01 / Кохан И.А.; Новосибирский гос. мед. ун-т. – Новосибирск. 2002. – 247 л.
7. Кулаков В.И. Кесарево сечение / В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссаров. - М.: «Триада Х», 2014. – 320 с.
8. Павлова Т.Ю. Клинико-морфологические аспекты рубца на матке после кесарева сечения. / Т.Ю. Павлова, В.А. Аргунова, Р.Д. Филиппова // Сибирский медицинский журнал. – 2007. - №2. – С. 10-12
9. Щукина Н.А. Причины формирования и методы профилактики несостоятельного рубца на матке после кесарево сечения. / Н.А. Щукина, Е.И. Благина, И.В. Баринова // Альманах клинической медицины. – 2015. - №37. – С. 85-92
10. Игитова М.Б. Особенности течения и исхода беременности у женщин с рубцом на матке. / М.Б. Игитова, О.Ю. Пачковская, В.А. Борошков // Журнал «Мать и дитя в Кузбассе». – 2018. - №3(74). – С. 38-41

Эрнисова М.Э. студентка 6 курса факультета «Лечебное дело №1» КГМА им. И.К. Ахунбева.
Теппеева Т.Х. доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 КГМА им. И.К. Ахунбаева.
Омурбекова М.М. ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 КГМА им. И.К. Ахунбаева.
Марипова Ж.А. к.м.н., зам.глав.врача ГПЦ по лечебной работе

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ С МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Д.Т. Маматова, Л.Г. Ажибаева, М.Э. Эрнисова, Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова, Ж.А. Марипова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии №1
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен ретроспективный анализ 106 историй родов женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты произошедших в городском перинатальном центре (ГПЦ) г. Бишкек за 2018 год. Изучены особенности клинического течения, родов и послеродового периода у беременных с прогрессирующей преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ППОНРП).

Ключевые слова: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, кровотечение, кесарево сечение, гистерэктомия, перевязка маточных сосудов

КОШ БОЙЛУУ АЯЛДАРДЫН ТУУРА ЖАЙГАШКАН ТОНДУН ЭРТЕ АЖЫРАШЫНДАГЫ ӨТӨ КӨП КАН ЖОГОТУУДАГЫ ЖАТЫНДЫ САКТАП КАЛУУ ОПЕРАЦИЯЛАРЫ

Д.Т. Маматова, Л.Г. Ажибаева, М.Э. Эрнисова, Т.Х. Теппеева, М.М. Өмүрбекова, Ж.А. Марипова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
№1 акушердик жана гинекология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул изилдөөдө 2018 жылы Бишкек шаарынын, шаардык перинаталдык борборундагы туура жайгашкан тондун эрте ажырашы менен татаалданган 106 төрөт баяндарынын ретроспективдүү анализи жүргүзүлгөн. Кош бойлуу аялдардын туура жайгашкан тондун эрте ажырашындагы клиникалык жана төрөт өзгөчөлүктөрү, төрөттөн кийинки мезгилдин өзгөчөлүктөрү изилденген.

Негизги сөздөр: туура жайгашкан тондун эрте ажырашы, кан жоготуу, кесардык кесүү, гистерэктомия, жаттындын кан тамырларын байлоо.

AN ORGAN- SPARING SURGERY WITH MASSIVE BLOOD LOSS IN PREGNANT WOMEN WITH PREMATURE ABRUPTION OF THE NORMALLY LOCATED PLACENTA

D.T. Mamatova, L.G. Ajybaeva, M.E. Ernisova, T.H. Teppeeva, M.M. Omurbekova, J.A. Maripova
Kyrgyz State medical academy named after I. K. Akhunbaev
Obstetrics and Gynecology Department №1
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: A retrospective analysis were performed of 106 histories of childbirth at women with premature abruption of the normally located placenta who were hospitalized in the perinatal center of the city in 2018. The survey included analysis of feature clinical current, childbirth and puerperal period of pregnant women with premature placental abruption.

Keywords: premature abruption of the normally located placenta, bleeding, cesarean section, hysterectomy, bandaging of uterine vessels

Введение. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – это осложнение, при котором, происходит частичное или полное отделение плаценты не после рождения плода, как это должно быть в норме, а во время беременности или в процессе течения родов [1]. ПОНРП, сопровождающаяся массивным акушерским кровотечением, является одной из ведущих причин материнской смертности [2]. Несмотря на то, что частота возникновения данной патологии составляет от 0,4 до 1,4%, она всегда рассматривается как экстренная ситуация, угрожающая жизни матери и плода, заключающаяся в тяжелейших осложнениях во время беременности, родов и послеродовом периоде [3]. ПОНРП часто сопровождается развитием маточно-плацентарной апоплексии. Матка Кувелера (маточно-плацентарная апоплексия) – это пропитывание стенки матки кровью за счет образовавшейся ретроплацентарной гематомы при преждевременной отслойке плаценты, иногда сочетающееся кровоизлиянием в широкие связки матки [4].

Акушерские кровотечения вследствие ПОНРП в Кыргызской Республике продолжают оставаться ведущей причиной материнской смертности среди женщин детородного возраста [5].

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты является ведущим показанием к операции кесарева сечения – 42,8% [6]. Традиционно высокой при данной патологии является частота гистерэктомий как метод достижения гемостаза с удалением источника кровотечения – матки. Отсюда вытекает проблема не только в снижении частоты материнской смертности в родах с использованием инновационных подходов, но и в сохранении «качества жизни» без удаления детородного органа.

При анализе литературы найдено: в российском национальном руководстве по акушерству описывается возможность сохранения матки при массивных кровотечениях после перевязки внутренних подвздошных артерий при отсутствии ДВС – синдрома, в США и некоторых странах Европы органосохраняющая тактика принята в качестве стандартной операции [6].

В основе преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты с массивными кровотечениями у молодых женщин, не имеющих детей всегда должен быть органосохраняющий принцип. Поэтому в ряде случаев при удовлетворительной сократительной способности матки и отсутствии ДВС-синдрома проводится органосохраняющие операции, но количество таких наблюдений невелико. Выявление потенциальных факторов риска, ранняя

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 106 историй родов женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты произошедших в городском перинатальном центре (ГПЦ) г. Бишкек за 2018 год. Всего за 2018 год по ГПЦ прошло 9773 родов, из них 106 случаев женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Из 106 проанализированных историй родов в 69 случаях роды прошли через естественные родовые пути, так как в этих случаях отмечалась преждевременная непрогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты и кровопотеря у этих женщин составила в среднем 300 мл. Путем операции кесарево сечение родоразрешены 37 женщин с ПОНРП. Из 37 случаев в данное исследование были включены 21 история родов женщин, родоразрешенных оперативным путем с массивной кровопотерей (более 1000мл) во время операции кесарево сечения.

В ходе исследования оценивались клинико – анамнестические данные, течение беременности, временной интервал от момента диагностики и до кесарево сечения, особенности оперативного вмешательства, послеоперационного периода, величина кровопотери и состояние новорожденных на момент родоразрешения.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с применением пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2007, с определением средней арифметической величины (M), ошибки средней величины (m) и относительных (%) величин.

Результаты. Возраст женщин составил от 21 до 42 лет, большинство беременных находились в оптимальном репродуктивном возрасте: от 20 до 25 лет – 38,2%, от 26 до 30 лет – 42,8%, от 31 года до 35 лет – 9,5%, старше 35 лет – 9,5%. Средний возраст женщин составил 27,7 ± 2,9 лет. Первородящие – 8 (38,2%), а повторнородящие – 13 (61,8%) женщин.

Течение беременности у обследуемых женщин было неблагоприятным и характеризовалось различными акушерскими осложнениями: преэклампсия тяжелой степени у 12 (57,1%), анемия у 7 (33,3%), многоводие у 2 (9,5%) и угроза прерывания беременности у 3 (14,2%) женщин (рис.1).

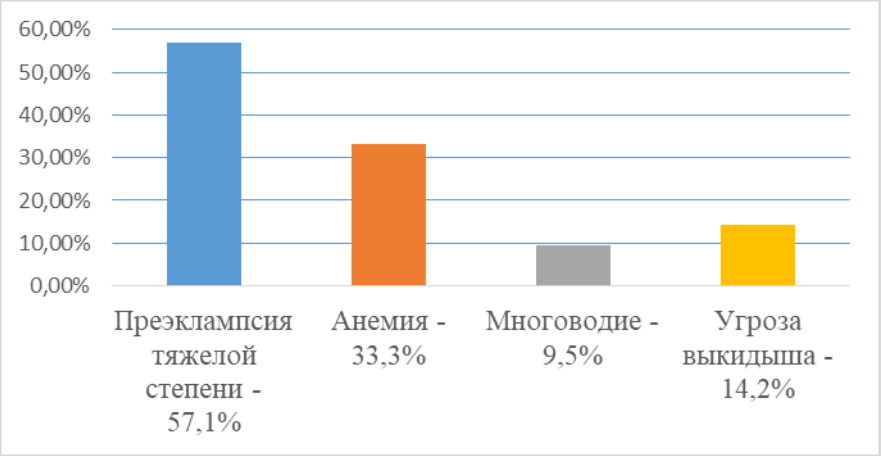


Рис. 1. Акушерские осложнения во время беременности.

По сроку гестации, родоразрешены в срок от 29 недель до 33 недель – 9 женщин, от 34 недель до 36 недель – 7 женщин и от 37 до 39 недель – 5 женщин.

Временной интервал от момента поступления и до оперативного вмешательства составил: у 13(61,9%) женщин – до 30 минут, у 8(38,1%) женщин – от 30 минут до 1 часа и у одной женщины – 4 часа 17 минут, вследствие присоединения признаков острой хирургической патологии в брюшной полости, экстренно созван консилиум в составе акушер-гинекологов и хирурга для дальнейшей тактики ведения беременности.

Все женщины были родоразрешены путем кесарево сечения в экстренном порядке. Основными показаниями для родоразрешения явились: ППОНРП – 8 (38,09%), ПОНРП в сочетании с наружным кровотечением – 5 (23,8%), тотальная отслойка плаценты (ТОП) – 4 (19,04%) и ПОНРП в сочетании с антенатальной гибелью плода – 4 (19,04%).

Кровопотеря во время операции при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты составила от 1000 – 1499 мл у 6 (28,5%), 1500 – 1999 мл у 7 (33,3%), 2000 – 2499 мл у 3 (14,2%), 2500 – 2999 мл у 4 (19,04%) и 3000 мл у 1 (4,7%) женщины (рис. 2).

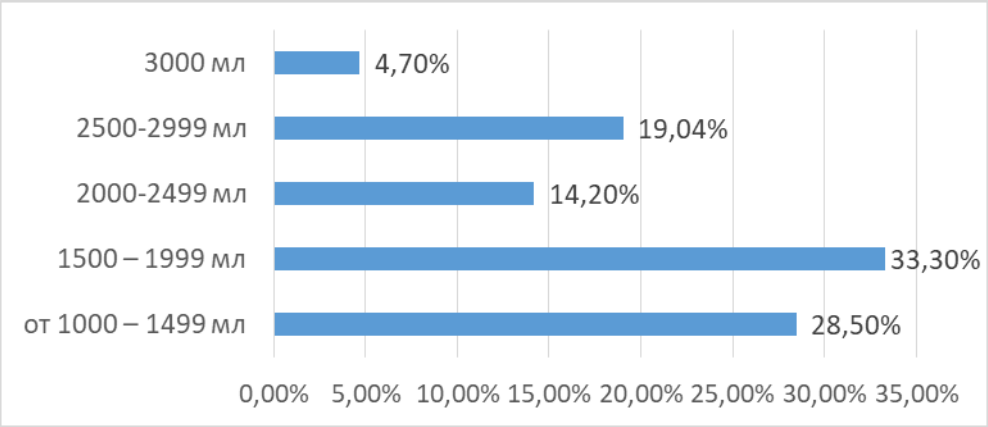


Рис. 1. Кровопотеря во время операции кесарево сечения при ПОНРП

Учитывая ПОНРП, массивное кровотечение, наличие участка имбибиции на матке, с целью сохранения репродуктивной функции женщины во всех случаях была произведена билатеральная перевязка маточных артерий. После операционной паузы, с целью гемостаза учитывая гипотоничное состояние матки не поддающееся сокращению после использования утеротонических средств было

решено дополнительно наложить компрессионные швы по Б. Линчу. В трех случаях объем операции оказался недостаточным вследствие чего был созван консилиум в составе ургентного врача для решения вопроса целесообразности сохранения детородного органа. У двух женщин, учитывая первую беременность, молодой возраст пациенток, тяжелое состояние новорожденных, в качестве органосохраняющей операции была произведена перевязка внутренних подвздошных артерий, после чего кровотечение было остановлено. Учитывая массивную кровопотерю 3000мл, атонию матки, наличие четверых здоровых детей от предыдущих беременностей и с согласия супруга и семьи, объем операции у одной женщины был расширен до субтотальной гистерэктомии без придатков.

Послеоперационный период у всех женщин протекал в условиях РИТ в течение двух суток, где продолжалась интенсивная инфузионная и гемотрансфузионная терапии по показаниям.

Послеродовый период протекал гладко, все женщины были выписаны в удовлетворительном состоянии на 7 – 10 сутки.

При выписке всем женщинам было рекомендовано продолжать антианемическую терапию.

У 21 родильницы с ПОНРП, родились живыми 10 новорожденных с оценкой по шкале Апгар на момент рождения в среднем 4-6 баллов, что составило 38,2% (у троих новорожденных – 1-3 баллов, у пятерых – 4-5 баллов, у двоих – 7-8 баллов), в одном случае отмечалась тройня. А количество мертворожденных детей составило 13 (61,8%) у 13 женщин. Новорожденные с оценкой по шкале Апгар от 1 до 6 баллов были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Средняя масса тела при рождении составила 2286 г ±300 г, средний рост 44,3 см ±2,7 см.

Выводы:

1. Выявление потенциальных факторов риска, ранняя диагностика, особенности тактики ведения и разработка методов органосохраняющих операций при ПОНРП представляется актуальной проблемой, решение которой будет способствовать снижению материнской смертности и повышению «качества жизни» женщин без удаления детородного органа.
2. За 2018 год в Городском Перинатальном Центре г. Бишкек было зарегистрировано 9773 родов, среди которых в 106 (1,08%) случаях встречалась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
3. У 21 женщины беременность осложнилась преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты с массивным кровотечением, которые были родоразрешены оперативным путем и в 20 случаях проведена органосохраняющая операция. В одном случае, где кровопотеря составила 3000 мл была проведена гистерэктомия - как вынужденная мера для спасения жизни женщины.
4. Таким образом, в условиях оказания ургентной помощи роженицам с массивными кровотечениями при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты – процедура билатеральной перевязки артерий являются (перевязка маточных артерий, и/или перевязка внутренних подвздошных артерий) доступным методом для остановки тяжелых акушерских кровотечений, и может выступать в качестве альтернативы гистерэктомии. Проведение деваскуляризации матки позволяет остановить кровотечение и сохранить репродуктивную функцию и будущую фертильность женщины.

Литература:

1. Национальное руководство «Акушерство» / под ред. Э.К. Айламазяна [и др.]. – М: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – С. 678-679
2. Айламазян Э.К. Подготовка беременных с рубцом на матке после кесарево сечения к родоразрешению. / Э.К. Айламазян, Т.У. Кузьминых, Н.И. Поленов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. - №57(1). – С.3-10
3. Аманжолова З.Д. Проблема преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. / З.Д. Аманжолова, Н.Н. Кобзарь, М.О. Бижанова // Материалы X юбилейного Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – 2009. – №1. – С. 13-15
4. Монография «Хирургическая остановка акушерских кровотечений и пути сохранения репродуктивной функции» / под ред. М.С. Мусуралиева. – М: «Кут Бер», 2014. – С. 8-9
5. Эйныш Е.А. Органосохраняющая тактика при матке Кувелера. / Е.А. Эйныш, И.Ф. Крот, И.О. Вакульчик // Журнал Проблемы здоровья и экологии. – 2013. - №1. – С. 136-140
6. Айламазян Э.К. Кесарево сечение. / Э.К. Айламазян, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский // Национальное руководство. Краткое издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 608 с.

Маматова Д.Т. студентка 6 курса факультета «Лечебное дело №1» КГМА им. И.К. Ахунбаева.
Ажибаева Л.Г. студентка 6 курса факультета «Лечебное дело №1» КГМА им. И.К. Ахунбаева.
Эрнисова М.Э. студентка 6 курса факультета «Лечебное дело №1» КГМА им. И.К. Ахунбаева.
. Теппеева Т.Х. доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 КГМА им. И.К. Ахунбаева
Омурбекова М.М. ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 КГМА им. И.К. Ахунбаева.
Марипова Ж.А. к.м.н., зам.глав.врача ГПЦ по лечебной работе

ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ

Кубанычбек к. Н., Теппеева Т.Х., Омурбекова М.М., Исакова З.З.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии № 1
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье представлен ретроспективный анализ 76 историй родов женщин с крупным плодом родоразрешенных оперативным путем в ГПЦ г. Бишкек. Проведен анализ литературных данных, изучена частота макросомии, предрасполагающие факторы развития крупного плода, методы родоразрешения во время беременности и в родах при крупном плоде.

Ключевые слова: крупный плод, беременность, операции кесарево сечение.

КОШ БОЙЛУУ ЖАНА ТӨРӨТ МЕЗГИЛИНДЕГИ ИРИ ТҮЙҮЛДҮКТҮ ЖАРЫККА АЛЫП КЕЛҮҮ УСУЛУН ТАНДОО.

Кубанычбек к. Н., Теппеева Т.Х., Омурбекова М.М., Исакова З.З.
И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
№1 Акушерство жана гинекология кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада Бишкек шаарындагы Шаардык перинаталдык борборунан 76 аялдардын ири түйүлдүк төрөө таржымаалдарынын ретроспективтик талдоолору берилген. Адабий маалыттарга талдоо жүргүзүлгөн, ири түйүлдүктүн өнүгүшүнүн, өнүгүшүнө өбөлгө болуучу факторлор, кош бойлуу жана төрөт мезгилиндеги ири түйүлдүктү жарыкка алып келүү усулун тандоо.

Негизги сөздөр: макросомия, кош бойлуулук, операциялык жол менен төрөтүү .

CHOICE OF METHOD OF DELIVERY DURING PREGNANCY AND IN CHILDBIRTH WHITH A BIG FETUS

Kubanychbek k. N., TeppeevaT.H., Omurbekova M.M.,Isakova Z.Z
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic
Chair of Obstetrics and Gynecology №1

Summary: This article presents a retrospective analysis of 76 stories birth of women with macrosomia delivery operational by the CPC Bishkek. Spend a literary analysis, studied the frequency of macrosomia, predisposing factors for the development of a macrosomia, choice of method of delivery during pregnancy and in childbirth when a fetus.

Key words: macrosomia, pregnancy, cesarean section.

Введение. Беременность и роды крупным плодом относят к группе высокого риска по развитию различной перинатальной патологии. Ежегодно при макросомии происходит увеличение частоты родового травматизма, перинатальной заболеваемости [1]. По данным европейских исследований в настоящее время количество младенцев, имеющих при рождении массу тела 4000 г и более, составляет 5-10 % , а 50 лет назад - всего 0,5-1 % [4,5]. По результатам исследований в России за 20 лет наблюдается рост частоты рождения крупных детей (с 7,7 % в 1980 г. до 12,7 % в 2003 г.) [3]. А по данным мировой статистики частота рождения крупных новорожденных колеблется от 2,5 % до 20,7 % [2,5]. Самая высокая в мире частота родов крупным плодом достигающая 36%, зарегистрирована у коренных жителей канадских провинций Квебек и Онтарио [1]. Большинство исследователей считают, что проблема крупного плода связана с повышенным риском развития неблагоприятных перинатальных исходов [6]. Так, у пациенток с макросомией плода значительно чаще развиваются угроза прерывания беременности, пиелонефрит, гипертензия, анемия, гестоз первой половины беременности, отеки и многоводие [7]. Вторая половина беременности осложняется гипертензивными нарушениями беременных и анемией, а роды слабостью родовой деятельности, клинически узким тазом, что может привести к развитию острой гипоксии плода. В послеродовом периоде при крупном плоде чаще встречаются травмы мягких тканей родовых путей, а также гипотония или атония матки, приводящая к кровотечению [7]. У новорожденных с крупной массой тела чаще наблюдаются повреждения плечевого сплетения, мекониальная аспирация, неврологические нарушения [6]. Дистоция плечиков в родах

крупным плодом встречается в 5,4-19% случаев, что в 4-40% приводит к параличам верхних конечностей у новорожденных , а также к переломом ключицы и плечевой кости [1].

Таким образом общее число осложнений у женщин , родивших крупных детей, в 4 раза больше , чем при нормосомии. Антенатальная диагностика макросомии сочетается с заметным ростом частоты кесарева сечения (26-40% в сочетанных показаниях), однако без заметного снижения частоты дистоции плечиков и травмирования плода [8].

Целью нашего исследовании явилось изучение показаний оперативного родоразрешения во время беременности и в родах при крупном плоде.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 76 историй родов беременных крупным плодом родивших в Городском Перинатальном Центре (ГПЦ) в 2018 г. в Бишкек. За 2018 в ГПЦ было зарегистрировано 9773 родов, из них 1515 путем операции кесарева сечения, что составило 15,5 % от общего количества. Из 9773 родов крупный плод был диагностирован у 281 рожениц, что составило 2,9 %. Из них операций кесарево сечений - 76 (27,05 %) всех родов с крупным плодом. В протоколах тщательно оценивался анамнез, объективные данные, соматический статус, течение беременности, родов и послеродового периода, а также состояние новорожденных. Статистическая обработка выполнялась статистической программой Microsoft Excel 2010.

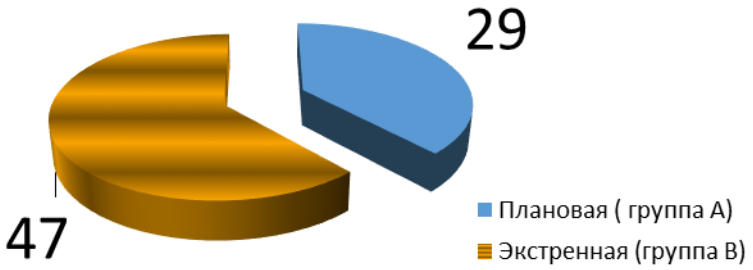


Рис. 1 Число женщин родоразрешенных оперативным путем.

Результаты и их обсуждение. Все пациентки в зависимости от времени проведения операции были распределены на 2 группы: группа А – беременные прооперированные в плановом порядке (n=29), группа В операции проведены в экстренном порядке (n=47) (Рис. 1).

По возрастной категории обследуемая группа женщин разделены следующем образом:

Возраст родильниц в группе с 18 до 20 лет составил 1, с 21 до 25 лет- 2 беременных , 26-30 лет -6, 36-40 лет- 7, а количество женщин старше 40 лет составило 1.

В группе В возраст родильниц с 18 до 20 лет составил 3, с 21 до 25 лет – 13, 26-30 лет-11, 31- 35 лет-13, 36-40 лет -5 и количество женщин старше 40 лет составило 2.

Различия по росто-весовым показателям были незначительными в обеих группах. Все женщины исследуемых групп были родоразрешены при доношенном сроке беременности, в сроках гестации 38-40 недель, путем операции кесарева сечения.

При анализе акушерского анамнеза было выявлено, что:

у женщин группы А :
кесарева сечения -26 (36,1%)
медицинские аборты-19 (26,4%)
роды крупным плодом в предыдущие беременности — 11(15,3 %) выкидыш – 10 (13,9%).
у женщин группы В :
медицинские аборты 18 (27,3%)
кесарева сечения 18 (27,3%)
крупный плод -16 (24,24%)
выкидыш- 8 (12,12%) (Рис.2)

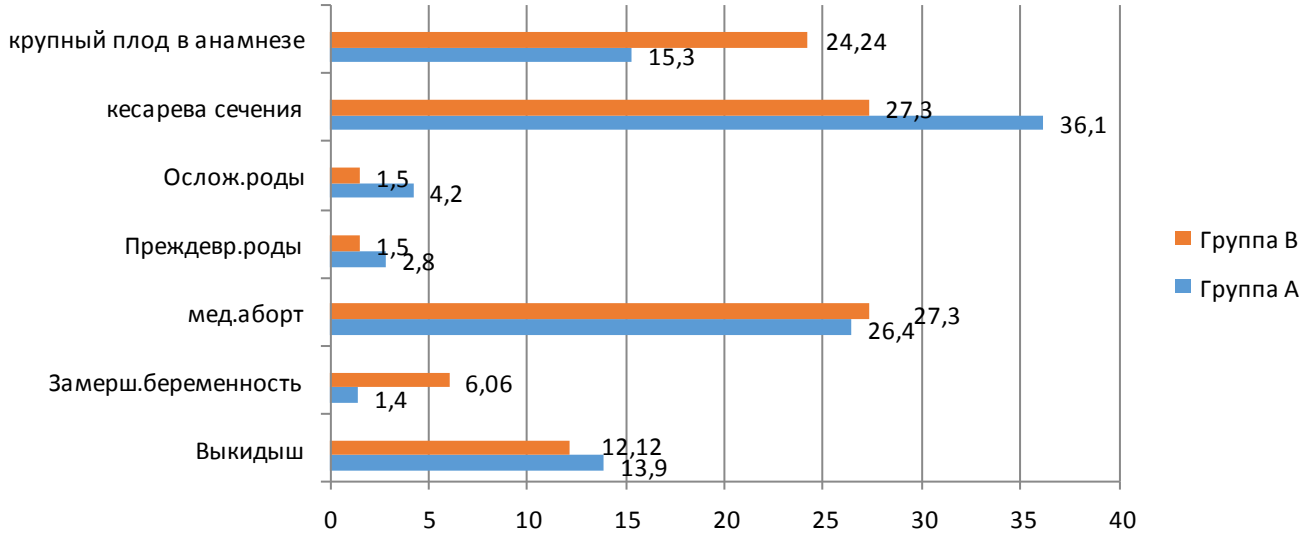


Рис. 2 Паритет родов у женщин в разных группах. (%)

Течение беременности в обеих группах также особо не отличалось. Наиболее частыми осложнениями в первой половине беременности были: рвота беременных у 50 женщин (31,6%), угроза прерывания беременности в ранних сроках у 13 женщин (8,2%), ОРВИ- 34 (21,5%), анемия- 46 (29%). Вторая половина беременности осложнилась гестационными отеками без протеинурии у 7 женщин (4,;%), гестационным пиелонефритом- 2 (1,3%)), угрозой преждевременных родов – 13 (8,2%), а также гипертензивными нарушениями -3 (1,9%). (Рис.3)

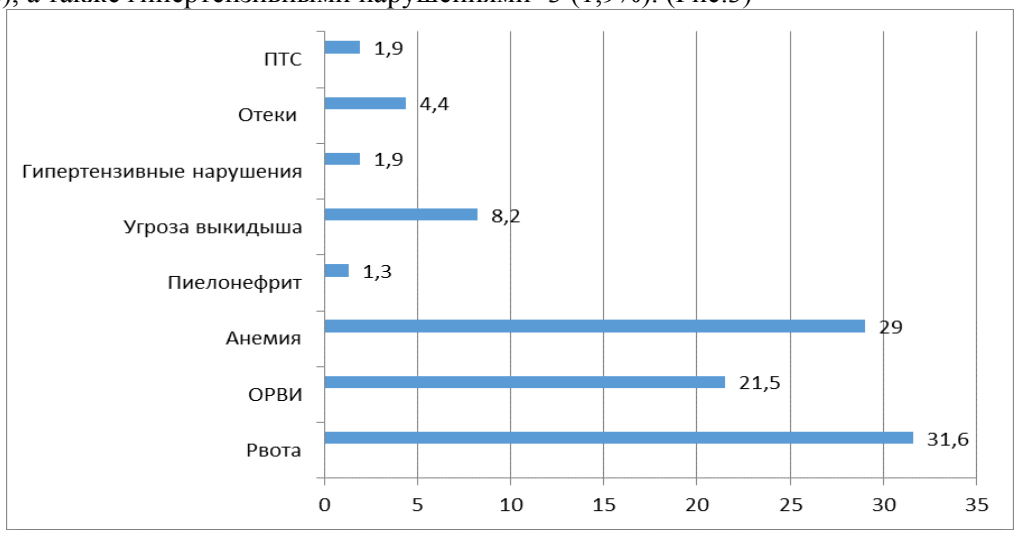


Рис. 3. Осложнения беременности.

Все случаи беременности крупным плодом были родоразрешены путем операции кесарева сечения в 62 % случаях в экстренном порядке, у 38 % женщин операция была проведена в плановом порядке. Показаниями в группе А для планового оперативного родоразрешения послужили крупный плод, в сочетании с тазовыми предлежаниями (36%), наличие рубца на матке после перенесения операции кесарева сечения (31%), миопия высокой степени (16,7%), первые роды в возрасте старше 40 лет (6,4%) и экстракорпоральное оплодотворение (4%). (Табл. 1)

Табл. 1 Показания к операции в плановом порядке женщин группы А

Показания	**Количество (%)**
Тазовое предлежание	36
Рубец на матке	31
Миопия высокой степени	16,7
Первые роды старше 40 лет	6,4
Экстракорпоральное оплодотворение	4
ПТС	4,8

Показаниями для экстренного родоразрешения послужили: наличие несостоятельного рубца на матке в процессе родов(16%), дистресс плода(3%), безуспешная индукция родов (7,6%), тазовое предлежание плода(10%), цефало-пельвическая диспропорция (5,5%), обструкция II периода родов (33%). (Рис. 4)

Рис.4. Показания к операции в экстренном порядке (%) .

Тазовое предлежание новорожденных в группе А(9-31%) 3 раза больше, чем в группе В(3-10,4%). В группе В (43-89,6%)головное предлежание плода чаще, чем в группе А (20-69%).

Масса плодов при рождении в группе А от 4000 до 4499 г- у 23 новорожденных, от 4500 до 4999 – 6 новорожденных. В группе В масса плодов от 4000 до 4499 г – 38 новорожденных, от 4500 – 4999 – 8 новорожденных, в одном случае родился гигантский плод массой 5100г.

Состояния новорожденных по шкале Апгар в обеих исследуемых группах на момент рождения особо не отличались. (Табл. 3)

Таблица 3. Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар

	Группа А	Группа В
1 мин	7,7	7,3
5 мин	8,7	8,4

Операция кесарева сечения протекала без особенностей в группе А 93%(27) , в группе В 85%(40). В группе А у 3(7%) пациенток кровопотеря составила от 700 до 1000 мл, а в группе В от 700 до 1000 мл - 6 (13%) и 1000 мл -1 (2%). Учитывая крупный плод, большие размеры матки, перерастянутый нижний сегмент с целью профилактики послеродовых кровотечений и сохранения детородного органа было решено произвести двустороннюю перевязку маточных артерий и наложить гемостатические швы по Б.Линчу в 10 случаях, где кровопотеря составила свыше 700 мл. Во всех остальных случаях с целью консервативного гемостаза были назначены утеротонические средства в течении суток.

Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений, все женщины выписаны домой с детьми в удовлетворительном состоянии на 5-6 сутки.

Выводы:

1. Частота рождения крупного плода у женщин за 2018 год в ГПЦ составила 2,9% из общего числа родов, что особо не отличается по литературным данным.
2. Из общего числа родов с крупным плодом по данным Городского перинатального центра на долю оперативного родоразрешения приходится 27,05 %
3. В результате проведенного анализа историй родов выявлено, что наибольший процент операций кесарева сечения в экстренном порядке производится по следующим показаниям:

- дистресс плода
- обструкция I периода родов
- обструкция II периода родов
- цефало-пельвическая диспропорция
- сочетанная акушерская патология (несостоятельный рубец на матке, тазовое предлежание плода, ПТС и т.д.)
- экстагенитальные заболевания

4. Роды крупным плодом сопряжены высоким риском акушерских кровотечений вследствие перерастяжения матки,а также передней брюшной стенки.

5. В условиях ЦСМ с целью профилактики развития крупного плода у беременных необходимо проводить обследование женщин для выявления групп высокого риска развития макросомии, а также санитарно-просветительную работу среди женщин фертильного возраста по вопросам здорового образа жизни.

Литература

1. Е.А.Деркач, О.И.Гусева. Оценка точности различных методов определения массы кркпного плода с использованием эхографии // Журнал Акушерство и гинекология. – 2017.-С. 13-17

2. С.В.Бегова, И.А.Магомедова. Перинатальные исходы при макросомии у повторнородящих и многорожавших женщин // Вестник новых медицинских технологий. — 2010. — Т.14, №»1. — С. 90-91.

3. Гульченко О.В. Перинатальные и акушерские исходы при крупном плоде: Автореф. дис. ... на получение степени к.м.н. Москва, 2010. — 25 с.

4. X.Zbang, A.Decker, R.W.Platt et al. How big is to big? // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2015. — Vol. 198 (5). — P. 4-6.

5. P.H.Labmann, R.A.Wills, M.Coory. Trends in birth size and macrosomia in Queensland, Australia, from 988 to 2005 // Pediatr. Perinat. Epidemiol. — 2009. — Vol. 23 (6). — P. 533-541.

6. V.T omic, K. Bosnjak, B.Petrov et al. Macrosomic births at mostar clinical hospital: a 2-year review // Bosnian journal of basic medical sciences. — 2007. — Vol. 7 (3). — P. 271-274.

7. В.В.Литвинчук, Г.О.Костромін, Л.1.Дяченко. Особливості перебігу вагітності, пологів та періоду новонародженості при макросомі» // Український медичний часопис. — 2005. — №5 (19). — С. 110- 114

8. Ю. В. Мыльникова, Н.В.Протопопова. Крупный плод. Современная тактика ведения беременности и родов. //Вестник Брутянского университета. -2009.-С. 174-178

ДЕРМОИДНАЯ КИСТА КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

З.З. Исакова, Т. Х. Теппеева, М.М. Омурбекова, С.А. Джетигенова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра акушерства и гинекологии № 1, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье представлен клинический случай течения беременности и родов у пациентки N. в сроке 28 недель, родоразрешенной путем операции кесарева сечения по поводу преждевременной прогрессирующей отслойки нормально расположенной плаценты.

Описана клиническая картина, показания для оперативного родоразрешения, особенности течения операции кесарева сечения, в результате которого была диагносцирована двухсторонняя дермоидная киста яичников.

Ключевые слова: киста яичника, дермоидная киста, беременность, преждевременная отслойка плаценты, кесарево сечение.

ДЕРМОИДДИК КИСТА КОШ БОЙЛУУЛУКТУ ЖЕТКИРЕ КӨТӨРБӨӨНҮН ФАКТОРУНУН БИРИ КАТАРЫ

З.З. Исакова, Т. Х. Теппеева, М.М. Омурбекова, С.А. Джетигенова

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№1 Акушерство жана гинекология кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме: Бул макалада нормалду жайгашкан тондун мөөнөтүнөн мурда ажырашынан улам 28 жумалык мөөнөттө кесерлик кесүү жолу менен төрөтүлгөн N. бейтаптын кош бойлуулугунун жана төрөтүнүн жүрүшүнүн клиникалык учуру берилген.

Клиникалык картина, оперативдүү төрөт үчүн көрсөтмө, анын негизинде энелик бездин кистасы диагноздолгон эки тараптуу кесердик кесүү операциясынын жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү сүрөттөлгөн.

Ачкыч сөздөр: энелик бездин кистасы, дермоиддик киста, кош бойлуулук, тондун мөөнөтүнөн мурда ажырашы, кесердик кесүү.

DERMOID CYST AS ONE OF THE FACTORS OF MISCARRIAGE

Z. Z. Isakova, T. Kh. Teppeeva, M.M. Omurbekova, S.A. Djetigenova

Kyrgyz State *Medical Academy* named after I. K. Akhunbaev

Obstetrics and gynecology department No 1, Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The present article shows a clinical case of the course of pregnancy and childbirth in patient N. in the period of 28 weeks, delivered by cesarean section for premature progressive detachment of a normally located placenta.

The clinical picture of the indications for the operative mode of delivery, the features of the course of the cesarean section, as a result of which a bilateral dermoid ovarian cyst was diagnosed, are described.

Key words: ovarian cyst, dermoid cyst, pregnancy, premature placental abruption, cesarean section.

Введение. Одной из актуальных проблем современной репродуктологии являются доброкачественные новообразования яичников (ДНЯ): доброкачественные опухоли (ДОЯ) и опухолевидные образования яичников (ООЯ), которые занимают второе место среди всех опухолей женских половых органов. Значимость рассматриваемой патологии обусловлена увеличением в последние годы частоты её встречаемости с 11% до 25% [1, 2, 3] и развитием в большинстве случаев в детородном возрасте. Частота возникновения ДНЯ у беременных, по данным разных авторов, колеблется от 0,1 до 5% [4].

Доброкачественные новообразования яичников представляют серьёзную проблему для практикующих врачей-акушеров-гинекологов, что приобретает в настоящее время ещё большую актуальность в связи со сложностью выбора тактики ведения и лечения данной патологии среди беременных.

Сочетание беременности и опухолей яичников повышает риск развития таких осложнений, как перекрут ножки опухоли, нарушение кровоснабжения, разрыв ее капсулы, механическое препятствие в родах [5]. Беременность при наличии опухолей яичников нередко протекает с угрозой прерывания [5]. Решение вопроса о необходимости хирургического вмешательства при сочетании беременности и опухолевидных образований придатков матки является сложной проблемой, так как оперативное вмешательство при беременности осложняет ее течение: у каждой четвертой женщины беременность прерывается; чаще, чем в популяции, встречается синдром задержки развития плода [5].

В доступной литературе Г.С. Мурзабековой с соавт. [3] описан клинический случай дермоидной кисты размерами 15х10х10, весом 1кг 50 г у беременной в сроке 39 недель, осложнившей течение беременности.

Поэтому мы посчитали интересным и полезным для студентов, клинических ординаторов и практических врачей изложить наше наблюдение.

Клинический случай:

Беременная Н. 19 лет поступила в приемный блок Городского Перинатальнього Центра 19.10.17 в 12.55 в связи с появлением небольших кровянистых выделений из половых путей.

Из данных анамнеза наследственность не отягощена, росла и развивалась соответсвенно возрасту, вредные привычки отрицает. Из перенесенных заболеваний – ОРВИ. С 14 лет страдает бронхиальной астмой.

Акушерско-гинекологический анамнез. Первая менструация наступила в 14 лет. Менструальный цикл - 26 дней, установился через три месяца. Менструации регулярные, безболезненные, длительность 3-4 дня. Гинекологических заболеваний нет. Половая жизнь с 19 лет, брак не зарегистрирован. Муж со слов пациентки здоров. Дата последней менструации 30.03.2017.

Течение данной беременности: 7.07.2017 года была взята на учет по беременности в женской консультации по месту жительства.

По данным объективного осмотра, ультразвукового исследования был поставлен диагноз: Беременность 13 недель. Хорион по передней стенке. При этом патологии со стороны яичников в исследовании обнаружено не было.

Плановые анализы, назначенные при 1 и 2 посещении гинеколога в пределах нормы.

Первый триместр протекал на фоне раннего гестоза. В сроке 18 недель пациентка перенесла ОРВИ без повышения температуры тела.

Беременность протекала на фоне анемии I степени, получала антианемическую терапию.

Общее состояние пациентки на момент осмотра средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное, телосложение нормостеническое,

Кожные покровы чистые, обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 72 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст.

Акушерский статус: Матка в нормальном тонусе, положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз.Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд/мин.

Данные влагалищного исследования: Шейка матки осмотрена в зеркалах, зев закрыт, выделения кровянистые, скудные, мажущие.

Предварительный диагноз: беременность 28 недель. Преждевременная непрогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты.

Тактика ведения:

1. Мониторинг за состоянием матери и плода в условиях родильного блока.
2. Профилактика СДР плода (дексаметазон по схеме).
3. Провести контрольное УЗИ для подтверждения диагноза.
4. В случае прогрессирования отслойки плаценты беременность закончить операцией кесарева сечения в экстренном порядке.

Ультразвуковое исследование от 19.10.2017: В полости матки 1 живой плод в головном предлежании, Сердцебиение 136 ударов/мин, шевелиение имеется. Пол - девочка. Плацента по передней и боковой стеке матки, толщина 30мм, бипариетальный размер головки 7,5 см, толщинале левой бедренной кости 5,3 см.

Плацента по передней стенке 1 степени зрелости, толщина 3,1 см. по нижнему краю участок отслойки с гематомой размером 6,5х3,5см.

Заключение: Беременность 29 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Учитывая отслойку плаценты на значительном протяжении решено сделать УЗИ 3D.

20.10.17 создан консилиум врачей для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременной.

Общее состяние пациентки спустя сутки после госпитализации без изменений.

Акушерский статус:

Матка возбуждена, положение плода продольное, головное, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 142 уд/мин.

3 D УЗИ: в полости матки один живой плод в головном предлежании с/б+. Бипариетальный рамер 7,8см. ДБ 5,4см. ОГ 26см ОПС 24см, окружность живота 24 см, окружность головы 26см. Предполагаемая масса плода 1346 г. Плацента по передней стенке, эхоструктура ее без особенностей, степень зрелости – 0, толщина 3,1 см. Околоплодные воды в норме. ВПР плода не обнаружены. У нижнего края плаценты визуализируется гематома 7,0х4,2 см. Маточно-плацентарный кровоток в норме. Однократное обвитие пуповины.

Заключение: Беременность 28 недель. Преждевременная частичная отслойка нормально расположенной плаценты.

На основании данных анамнеза, данных объективного осмотра, клинических проявлений, заключения ультразвукового исследования выставлен клинический диагноз:

Беременность 28 недель. Преждевременная прогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты. Анемия I степени.

План:

Заключение: учитывая вышеописанный диагноз, решено беременность закончить операцией кесарево сечение в интересах матери и плода.

20.10.17 г произведена операция кесарево сечения. В головном предлежании за подмышечные впадины извлечен живой недонешенный плод женского пола массой 1120 грамм, ростом 33 см, с оценкой по шкале Апгар 5/6 баллов.

Матка выведена в рану произведена перевязка маточных сосудов с целью профилактики возможного кровотечения. Плацента прикреплена по передней стенке с участком отслойки 5,0х6,0 см, отделена, выделена. Матка сократилась, плотная, розового цвета. Разрез на матке ушит двухрядным непрерывным кетгутовым швом, перитонизация пузырно-маточной складкой.

Рис. 1. Матка, выведенная в операционную рану, с двумя придатковыми образованиями.

По обе стороны от матки в области придатков обнаружены образования - кисты с тонкой стенкой обеих яичников. Консилиумом врачей решено произвести двухстороннюю кистоэктомию с сохранением здоровых тканей яичников. Произведено вылущивание кист с сохранением здоровых участков. Туалет брюшной полости. Передняя брюшная стенка ушита послойно на глухо, оставлен микроирригатор для контроля.

Общая кровопотеря составила 700 мл. Макропрепарат: два тонкостенных образования размерами 7х8 см и 8х9 см, по вскрытию которых в полости обнаружено гнойное содержимое, волосы, ногти, элементы хрящевой ткани. Макропрепарат направлен на гистологическое исследование, получен результат, подтверждающий наличие дермоидных кист яичников.

Рис. 2. Дермоидная киста. Макропрепарат.

В послеоперационном периоде с целью профилактики гнойно-септических осложнений назначена антибиотикотерапия, для коррекции анемии назначена антианемическая терапия.

Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка вместе с ребенком переведена на второй этап выхаживания на 7 сутки.

Заключение:

Дермоидные кисты являются факторами угрозы прерывания беременности.

Их наличие может привести к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

Дермоидные кисты, как правило, встречаются односторонние.

Двусторонние дермоидные кисты – явление редкое, полное поражение яичников может привести к полной кострации женщины, что служит причиной приема заместительной гормональной терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Блошинская, И. А. Лапароскопический доступ в лечении опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных / И. А. Блошинская, И. Л. Зверев // Репродуктивное здоровье 2008: мат. 2-го Межд. конгресса по репродуктивной медицине. — М., 2008. — С. 234.

2. Логутова, Л. С. Метод лечения доброкачественных опухолей яичников у беременных и родильниц / Л. С. Логутова, А. А. Попов, В. А. Петрухин [и офталдр.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. — 2007. —№ 2. — С. 65-67.

3. Пестрикова, Т. Ю.Тактика ведения беременных женщин с опухолями и опухолевидными образованиями репродуктивной системы / Т. Ю. Пестрикова, Е. А. Юрасова, И. В. Юрасов // Проблемы репродукции: спец.выпуск. — М., 2007. — С. 123.
4. Бахидзе, Е. В. Опухоли яичника у беременных / Е. В. Бахидзе // Журнал акушерства и женских болезней. — 2011. — Т. LX. — № 3. — С. 190-196.
5. Краснопольский, В. И. Оперативная гинекология / В. И. Краснопольский, С. Н. Буянова, Н. А. Щукина, А. А. Попов. — М. : МЕДпресс-информ, 2010. — С. 298-300.

Исакова Зулайха – Клинический ординатор 1 года кафедры акушерства и гинекологии № 1.
Теппеева Танзиля Хаджимусаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1.
Омурбекова Мээрим Макенжановна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1.
Джетигенова Салима Ашимбековна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ КОРОНАРОГЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ШКОЛЬНИКОВ

Кошукеева М.К. [1], Жамилова Г.И. [2], науч. руководитель д.м.н., проф. Муратов А.А.
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан
Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан
Кошукеева Майрам Кошукеевна – *аспирант кафедры госпитальной педиатрии с курсом неонатологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, +996779500258, koshukeeva@gmail.com*
Жамилова Гулзат Исмаиловна – аспирант кафедры педиатрии медицинского факультета Ошского государственного университета, +996556355336, gulzatin@mail.ru

Известно, что сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти людей в мире. При этом одним из главных факторов риска по развитию ишемической болезни сердца является наследственность. Генетическая предрасположенность к атеросклерозу доказана наличием морфологических изменений на стенках крупных артериальных сосудов в подростковом и молодом возрасте, которые схожис атеросклеротическим процессом у взрослых больных атеросклерозом.

Установлено, что дети, имеющие атерогенные дислипидемии, чаще всего происходят из семей, где встречается ранняя (до 55 лет) ишемическая болезнь сердца у родственников первой и второй степеней родства (Ларионова В.И., 2005).

Целью работы было изучение факторов риска и данных клинико-инструментальных исследований сердечно-сосудистой системы у детей, способствующих развитию коронарогенных заболеваний сердца и сосудов во взрослом периоде жизни.

Материал и методы. Исследование включало анонимное анкетирование детей в общеобразовательных организациях с использованием стандартной методологии, объективный осмотр и электрокардиографическое исследование сердца с помощью портативного 12-канального ЭКГ аппарата «Электрокардиограф 300G».

Обследовано 2990 школьников в возрасте от 11 до 15 лет в 7 школах городов Бишкек и Ош, которые были отобраны случайным методом. Средний возраст детей составил 14,0±1,5 лет. Средний возраст матерей составил 46,6±6,1 лет, и отцов - 49,8±3,6 лет.

Результаты и выводы.

По результатам анализа полученного материала у 110 из 2990 детей (3,7%) выявлено наличие фактора наследственности по заболеваниям сердца первой степени родства, т.е. их родители имели сердечно-сосудистые патологии, которые были подтверждены медицинской документацией. У 26 из них (23,3%) родители страдали ишемической болезнью сердца со стенокардией, у 70 (63,3%) - гипертонической болезнью. 7 (6,7%) родителя перенесли инсульт и 7 (6,7%) родителя- инфаркт миокарда.

По линии отца наследственность встречалась 2 раза больше - 63 (56,7%) случаев, чем по линии матери - 29 (26,6%) случаев. У 18 (16,7%) детей отмечено наличие наследственного фактора по обеим родителям.

В отобранной группе мальчиков было 59 (53,3%) и девочек -51 (46,6%).

При анализе данных осмотра 110 детей у 18 из них (16,7%)выявлено наличие избыточного веса (ИМТ=21,3 и более), 18 (16,7%) школьников жаловались на чувство перебоев в сердце. У 11 (10%) детей выслушивался систолический шум на верхушке сердца.

Из 110 детей только у 30 (27,7%) детей были выявлены изменения на ЭКГ: у 15 детей была зарегистрирована синусовая тахикардия, у 7- синусовая аритмия, у 6 - неполная блокада правой ножки пучка Гиса и у 2 - нижнепредсердный эктопический ритм.

Таким образом, результаты анализа полученных данных показывают на повышенный риск по развитию сердечно-сосудистых заболеваний коронарного генеза в будущем у определенного контингента школьников. Повышенный риск объясняется сочетанием фактора наследственности первой степени родства с избыточной массой тела и наличием изменений со стороны сердца на ЭКГ.

Литература:

1. Ларионова В.И. Клинико-генетический анализ предрасположенности к развитию атеросклероза у детей и подростков. /Автореферат дисс. Санкт-Петербург, 2005.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ РОБСОНА

Жолдошова Жаркынай Кимсанбаевна
Научный руководитель - Стакеева Ч.А., к.м.н.
Кафедра Акушерства и гинекологии №2

Одним из наиболее важных аспектов современного акушерства и перинатологии является комплекс вопросов, связанных с операцией кесарево сечение. Рост частоты оперативного родоразрешения наблюдается во всем мире, в том числе и в Кыргызской Республике. Так Согласно данным РЦЭЗ, частота кесарева сечения за последние 10 лет увеличилась с 6,3% до 11,3%, доходя в отдельных родовспомогательных учреждениях до 25%. Наряду с традиционными вопросами оперативного родоразрешения (особенности наркоза, техника кесарева сечения, профилактика гнойно-септических осложнений) сегодня отдельной проблемой стали показания к кесареву сечению, расширение которых привели к росту его частоты. Для получения более объективного представления об эффективности сформировавшихся практик и выявления резерва для улучшения качества акушерской помощи, в 2015 году ВОЗ рекомендовала проводить анализ частоты кесарева сечения с использованием метода, предложенного Робсоном. Это простой в выполнении метод, который заключается в разделении всех случаев родов на 10 групп и подсчета частоты кесарева сечения в каждой группе отдельно.

Цель исследования: оценить частоту кесарева сечения в Клиническом родильном доме №2 г.Бишкек и выявить возможности снижения этого показателя в родовспомогательном учреждении.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 461 случая оперативного родоразрешения за январь-июнь 2018г, показания к которым были сгруппированы, согласно классификации Робсона.

Результаты. Частота кесарева сечения в Клиническом родильном доме №2, за исследуемый период, составила 22%. В структуре показаний к операции на первом месте находится рубец на матке (34,5%). При этом остается низким процент самостоятельных родов в этой группе женщин. Известно, что основным резервом в снижении случаев оперативных родов является профилактика первой операции. В нашем исследовании на втором месте находится группа женщин, которых прооперировали впервые (31,9%), что было связано с проблемами в реализации протокола по индукции родов и навыков оценки кардиотокографии в родах.

Выводы. Оценка частоты кесарева сечения, согласно рекомендациям ВОЗ, по методике Робсона, позволила выявить резервы в сокращении частоты первого кесарево сечения путем улучшения применения методов индукции родов и оценки КТГ.

ИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ ПРИ РАННЕЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Исакова Э. Э., Калканбаева Ч. К., Осмоналиева Р. К.
Кафедра Акушерства и гинекологии №2

Около 10% всех незапланированных беременностей приходится на 18–месячный период после родов. Беременность, наступившая в этот период, негативно влияет на здоровье новорожденных и матерей, повышая риск преждевременных родов, рождения детей с низкой массой тела, раннюю

неонатальную и младенческую смертность, а также материнскую заболеваемость и смертность. Одним из резервов снижения частоты незапланированных беременностей является послеродовая контрацепция, введение ВМС (внутриматочная спираль) сразу после родов и в течение 48 часов послеродового периода. Однако одним из препятствий для использования метода является беспокойство акушер-гинекологов по поводу влияния ВМС на сократительную способность матки.

Цель исследования. Определить влияние послеродовой ВМС на скорость сокращения матки в послеродовом периоде.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 30 родильниц, родоразрешенных через естественные родовые пути в Клиническом родильном доме №2, г. Бишкек, в том числе 20 пациенток, которым в послеродовом периоде была введена ВМС, 5 – постплацентарно (в течение 10 минут после родов), 5 – интраоперационно (после Кесарева сечения), 10 – в течение 48 часов после родов. Контрольной группой служили 10 родильниц без ВМС. Основная и контрольная группы были репрезентативны по возрасту, массе плода, паритету родов, продолжительности послеродового периода. Все роды были одним плодом в доношенном сроке. Темпы инволюции матки определяли по УЗИ (ультразвуковое исследование), методом измерения длины полости матки (от наружного зева до дна) и поперечного размера.

Результаты: Средний возраст основной группы составил 27 лет, паритет – III роды, среднее время введения ВМС после родов – 48 часов после родов. Количество экспульсий ВМС в послеродовом периоде отмечалось у четверых родильниц. Темпы инволюции матки в основной группе опережали в группе контроля, в среднем на 1,5 см в день.

Выводы. На фоне послеродовой ВМС инволюция матки происходит быстрее в отличие от сокращения матки без наличия ВМС в полости матки.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ ЖЕНЩИНЫ

Майрамбеков Изат, Ибрагимов Достонбек
Студенты 5 курса, группы ЛД-13-14
Руководитель – Асымбекова Айша Шамильбековна, старший преподаватель
Кафедра Акушерства и Гинекологии КРСУ им. Б. Н. Ельцина

Актуальность: По данным ВОЗ, более 2 миллиардов человек испытывают дефицит микроэлементов, вследствие нехватки в организме витаминов или минералов. Традиционно в мире принято считать, что витамин D нужен в основном только детям до года для профилактики рахита. Дефицит витамина D является пандемией XXI века и поэтому в последние годы должное внимание медицинское сообщество уделяет проблеме дефицита витамина D у женщин.

Цель: изучить влияние витамина D на репродуктивную систему женщины

Материалы и методы исследования: На основе полученных данных литературы за последние 20 лет, метаанализа обнаружено влияние витамина D на репродуктивную функцию женщины. На базе клиники «профессора Асымбековой» находилось 15 женщин с диагнозом «Бесплодие», у которых обнаружен дефицит уровня витамина D. Всем был рекомендован прием витамина D (4000 МЕ).

Результаты: У некоторых пациенток после приема препарата D3 в течении 6 месяцев уровень витамина D повысился до адекватного уровня (>30нг/мл) в связи с чем наступила беременность. Пациенты продолжают прием препарата D3(поддерживающую дозу=1000МЕ) и находятся под тщательным наблюдением

Заключение: Таким образом, уровень витамина D оказывает влияние на многие физиологические показатели здоровья человека, поэтому, несмотря на дороговизну обследования, в целях диагностики, профилактики, лечения нарушений репродуктивной функции рекомендуется исследовать уровень витамина D всем женщинам репродуктивного возраста.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ.

Касыгулова Б.А., Калканбаева Ч.К., Осмоналиева Р.К., Касыгулова А.А.
Научный руководитель : Стакеева Чолпон Аскаровна к.м.н.
Кафедра Акушерства и гинекологии №2
Касыгулова Бегимай Азимбаевна, Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева факультет лечебное дело №2 5 курс 31 группа

Миома матки остается одной из самых распространенных патологий у женщин репродуктивного возраста и выявляется у 25-50% женщин в возрасте старше 30 лет.

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность эмболизации маточных артерий в лечении миомы матки.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 20 случаев эмболизации маточных артерий, проведенных в Кыргызском Нациоанальном центре.

Результаты: Средний возраст пациенток составил 33,4 ± 2 года. Подавляющее большинство больных (81,3%) были в репродуктивном возрасте, что придавало особую актуальность выполнению эмболизации маточных артерий в качестве основного метода лечения, направленного на устранение клинических симптомов миомы матки и предусматривающего возможность сохранения органа. Показаниями к проведению ЭМА в исследовании явились традиционные показания к оперативному лечению: нарушение менструального цикла по типу меноррагии или менометроррагии, приводящие к анемизации пациентки, размеры миомы матки свыше 13-14 недель беременности, быстрый рост опухоли, нарушение функции соседних органов. Все пациенты прошли полное клинико-диагностическое обследование через 3, 6 месяцев после операции.

Выводы. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является органосохраняющим методом лечения миомы матки, позволяющим в течение 6 месяцев добиться уменьшения размера миоматозного узла до 29,9%, и размеров матки - до 31,9% от их первоначального объема. Эндоваскулярное вмешательство в ближайшем периоде наблюдения приводит к критическому снижению или устранению клинических проявлений основного заболевания: менометроррагии - у 97,9% пациентов, симптомов сдавления смежных органов - у 88,6%, диспареунии - у 100%.

«ХРУСТАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ» КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Агаева Ната. Камбарова Жанна
Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры онкологии Лим Е.Ф.
КГМА им. И.К.Ахунбаева, кафедра Онкологии
Агаева Ната, врач НЦОиГ МЗ КР;
Камбарова Жанна 6курс, педиатрический факультет. E-mail: Zhannakambarova5@gmail.com

Актуальность: Острый лимфобластный лейкоз(ОЛЛ) – злокачественное заболевание системы кроветворения, характеризующееся неконтролируемой пролиферацией незрелых лимфоидных клеток (лимфобластов). ОЛЛ- в педиатрической онкологии составляет 25% всех опухолей и до 75% всех гемобластозов. Пик заболеваемости в возрасте от 2до5 лет. Клинические проявления заболевания не специфичны и очень многообразны. Поэтому дети длительное время находятся на лечении в других учреждениях (травматология, инфекция, реанимация) .

Таким образом, врачи общей практики должны знать основные проявления ОЛЛ .

Цель: Показать разнообразность проявления ООЛ, в частности в виде симптома «Хрустальной болезни».

Материалы и методы: Больная А.Т 2014 . Истории болезни обработанные в НЦОиГ №6028,6119, 3380,5796,6167,479, 126.

Результаты исследования: В данной статье описан отдельный клинический случай Острого Лимфобластного Лейкоза В2 стандартной группы риска у девочки 4 лет.

Проявление острого лимфобластного лейкоза началось с признаков «Хрустальной болезни», в течении 6 месяцев девочка перенесла 4 перелома (бедренной , стопы, пальцев руки, плечевой кости). В результате чего пациентка длительное время находилась под наблюдением и лечением у детского травматолога. Затянувшее течение бластного криза (20недель) привело к критическому состоянию и ребенок был госпитализирован в реанимационное отделение ГДКБ СМП .

После проведения пункции костного мозга был установлен окончательный Диагноз: острый лимфобластный лейкоз В2 стандартной группы риска, и девочка была переведена в специальное учреждение-НЦО МЗКР для дальнейшего лечения. С декабря 2016 года в возрасте 2х лет, начата полихимиотерапия по протоколу МВ-2008г по стандартному риску, в результате которой через год была достигнута ремиссия. В настоящее время ребенок получает поддерживающую терапию .

Выводы: онкологическая настороженность у врачей общей практики.

Список литературы:

1.Алиев М.Д «Детская онкология. Национальное руководство» 2012г,

2. Дурнов Л.А., Голдобенко Г.В., «детская окология» 2002г., 320стр

3. Sho X.O. Epidemiology of childhood leukemia. Curr Opin Hematol 1997;4(4):227-32.

4. Chicot R.R., Coccia P., Sather H.N. et al. Mediastinal mass in acute lymphoblastic leukemia. Med Pediatr Oncol 1984;12(1):9-16

СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Калиак Г., Жұмасбай А., Сейітова А., Сабырова Б.

7 курс, 705 группа, школа «Педиатрии»

НАО «Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова», Алматы, Казахстан

Научный руководитель: к.м.н., ассоциированный профессор Нургалиева Ж.Ж.

Кафедра детские болезни №2 с курсом неонатологии

Актуальность. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) является распространённым заболеванием среди злокачественных болезней в педиатрии. Успехи в лечении ОЛЛ в полной мере зависят от разработки протоколов и внедрение современных, сложных и интенсивных программ полихимиотерапии (ПХТ). В программе лечения ОЛЛ одним из базисных компонентов является клюкокортикостероидные препараты (КГС), способствующие нередко развитию нарушения углеводного обмена (НУО) вплоть до стероидного сахарного диабета (ССД).

Цель исследования. Изучить характер нарушений углеводного обмена у детей с острым лимфобластным лейкозом.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно изучены 526 историй болезней больных детей ООЛ, находившихся на лечении в НЦ ПиДХ. Отобрано 70 больных с НУО (ВОЗ, 1999г.) в возрасте 1-15 лет, получавшие ГКС-терапию по протоколу AIEOP BFM-ALL 2009.

Протокол: жалобы, клинические признаки ССД, параметров физического развития, определение уровней гликемии, амилазы, УЗИ параметров поджелудочной железы и печени.

Статистическая обработка: офисная система Microsoft Excel XP (арифметическое среднее (M), стандартная ошибка средней (m), оценка достоверности (t-критерий Стьюдента), коэффициент корреляции (r)).

Результаты исследования. НУО выявлены в 13,3% случаев; в структуре нарушенная гликемия натощак – 84,28%, нарушенная толерантность к глюкозе – 1,43%, ССД – 14,29%. Среди клинических проявлений НУО у больных с ООЛ выявлено в 55,7% случаев слабость, 41,4% – вялость, 32,9% – снижение массы тела. На момент НУО отмечено достоверное снижение массы тела у 15,7% детей (<0,002). У детей с НУО выявлено достоверное повышение амилазы у 3 (4,3%) детей и средний повышенный уровень составил 112,66±5,11 Ед/л (p<0,001), что свидетельствует о развитии пакреатопатии у больных ОЛЛ. ССД на фоне ГКС-терапии на фоне приема дексаметазона развивается у 70,0% больных. Гепатомегалия по УЗИ данным визуализировалось у 82,5% больных ОЛЛ с диагностированным НУО. По результатам УЗИ поджелудочной железу увеличение головки визуализировалось у 16,2%, тела – 13,5%, хвоста – 2,7% детей. Сочетание НУО, повышенным уровнем амилазы с увеличенными ультразвуковыми размерами печени и поджелудочной железы выявлены у 8,6% детей. Анализируя взаимосвязь с повышенными значениями гликемии и увеличенными размерами поджелудочной железы, выявлена сильная прямая взаимосвязь (r=0,88).

Выводы:

1. У детей с ОЛЛ на фоне проводимой глюкокортикостероидной терапии нарушения углеводного обмена наблюдаются в 13,3 % случаев;
2. На фоне программного лечения ОЛЛ в 4,3% случаях наблюдаются повторные патологические повышения гликемии на фоне ГКС-терапии;
3. Дексаметазон обладает выраженным диабетогенным действием в 70%, приводящий к развитию сахарного диабета;

4. НУО у детей с острым лейкозом имеют прямую корреляционную связь с вовлечением патологических изменений в поджелудочной железе (r=0,88);

Научная новизна: Глюкокортикостероидная терапия на фоне программной полихимиотерапии острого лимфобластного лейкоза у детей способствует у 13,3% больных развитию патологических гипергликемий, при этом выраженным диабетогенным действием обладает дексаметазон, приводящий в 4,3% к повторным гипергликемиям и в 70% случаях к развитию стероидного сахарного диабета у детей с нарушением углеводного обмена.

Практические рекомендации:

1. Программная полихимиотерапия острого лимфобластного лейкоза включает длительные, повторные протоколы глюкокортикостероидными препаратами, обладающие диабетогенным действием и для этого требуется тщательный контроль уровней гликемии у больного, особенно на фоне приема дексаметазона;
2. В группе риска детей с развитием нарушением углеводного обмена необходимо комплексное обследование: контроль гликемии натощак, определение постпрандиальной гликемии, по показаниям проведение стандартного глюкозо-толерантного теста, исследование уровня инсулина;
3. Детям на фоне ГКС-терапии рекомендуется исследование экскреторной функции поджелудочной железы (определение уровней амилазы в крови) и ее структуры (проведение УЗИ диагностики поджелудочной железы) для исключения панкреатопатии и/или патологических изменениях.

ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ В КР.

Лим Е.Ф., Жумагазы к. Багынур, Кадыров К.К.
Научный руководитель: зав. каф. онкологии к. м. н. Саяков У.К.
КГМА им. И. К. Ахунбаева. Кафедра онкологии
Ст. 6 курса Педиатрии 8 гр. Кадыров К. К. kadyrov.kanagat@mail.ru
Доцент к. м. н. Лим Е. Ф.; к/о 2 года каф. онкологии КГМА Жумагазы к. Багынур

Актуальность. Развитие детской онкологии неразрывно связано с развитием медицинской диагностики, и в этом плане особую популярность набирает молекулярно-цитогенетическое исследование, особенно в диагностике и лечении детей с острым лейкозом.

Целью данной работы является улучшение выживаемости детей с острым лейкозом с индивидуализацией лечения после проведения молекулярно-цитогенетического исследования (далее МЦГИ) методом FISH.

Материалы и методы исследования

1) Исследовательская группа 60 детей, с острым лейкозом которым, проводились МЦГИ методом FISH с коррекцией лечения по международным протоколам.

2) Контрольная группа 90 детей, с острым лейкозом которым МЦГИ не проводились, и соответственно без коррекции лечения.

В статье представлены результаты проспективного анализа детей с острым лейкозом, поступивших в НЦОиГ в период с 2016 по 2018 гг.

Метод FISH - позволяет метить и изучать конкретные участки ДНК (в том числе уникальные гены) и получать сведения о числовых и структурных перестройках кариотипа. К примеру t(15;17)(q22;q21). Транслокация специфична для острого промиелоцитарного лейкоза (ОПЛ), при котором она наблюдается почти во всех случаях (90-95%). При данной транслокации используются международные протоколы химиотерапии введением производных ретиноевой кислоты, при этом полная ремиссия может быть достигнута практически во всех случаях. Последние снимают блок дифференцировки лейкозных клеток, вызванный действием химерного белка - продукта гена PML/RARa.

Результаты и их обсуждения

В контрольной группе проводилась химиотерапия по международным протоколам без коррекции. В экспериментальной группе с учетом полученных результатов МЦГИ была проведена корректировка химиотерапии согласно международным протоколам используемых при хромосомных нарушениях. В результате: Исход в исследовательской группе: Ремиссия – 96,6%; Рецидив – 2,2%; Летальный исход - 0%; Исход в контрольной группе: Ремиссия - 80%; Рецидив - 10%; Летальный исход -10 %

Заключение: Таким образом, несмотря на дороговизну проведение молекулярно-цитогенетического исследования, его необходимо проводить всем детям с острым лейкозом, для улучшения процента выживаемости.

Литература:

1. Воробьев А. И. Руководство по гематологии в 3-х томах – 2002 г. 154 стр.
2. Белогурова М. Б. Детская онкология, руководство для врачей - «Острые лейкозы у детей» 1995г 250 стр.
3. Дурнов Л. А.; Голдобенко Г. В. Детская онкология – « Острые лейкозы» 2005 г. 120 стр.

Аннотация к научной статье :

ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Сонг Урим 6 курс факультет лечебное дело Songaji01@gmail.com
Тохтиева Розахан 6 курс факультет лечебное дело Tohtievarozahan@gmail.com
Руководитель : Шаршембиев Бакыт Жолдошбекович - Ассистент кафедры факультетской педиатрии, кардиохирург, Bakytbek.sharshembiev@gmail.com
КГМА им. И. К. Ахунбаева ,г. Бишкек ,Кыргызстан

Рассмотрены особенности правожелудочковой недостаточности при патологии почек у детей.
Выявлены особенности клинических проявлений ,лабораторных и инструментальных показателей.
Уделено внимание влиянию факторов риска на данную группу пациентов.
Рассмотрены ключевые моменты по диагностике, лечению и профилактике осложнений при данной патологии .
Не меньшее внимание уделено статистическим данным по Кыргызской Республике.

Ключевые слова: правожелудочковая недостаточность, патология почек, дети, клинические проявления, лабораторные и инструментальные показатели, факторы риска, диагностика, лечение, профилактика, статистика.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ

ПРАКТИЧЕСКОЕ ОСВОЕНИЕ ИНДЕКСОВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА СТУДЕНТАМИ

Камчыбекова А.Ш., Исмаилова А.Б., Баитова Н.С.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра детской стоматологии, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлены гигиенические индексы, рекомендуемые для освоения студентами и применения их в последующем для определения гигиены полости рта у детей различного возраста. Массовые обследования населения, проведенные во всех странах мира, убедительно показали, что систематический уход за полостью рта имеет несомненное профилактическое значение. Объективно оценить уровень гигиены полости рта возможно только с использованием гигиенических индексов.

Ключевые слова: профилактика, детская стоматология, индексы гигиены, гигиена полости рта.

АР КАНДАЙ КУРАКТАГЫ БАЛДАРДЫН ООЗДУН ГИГИЕНАСЫНЫН ИНДЕКСТЕРИН СТУДЕНТТЕРДИН ПРАКТИКАЛЫК КАТАРЫ КОЛДОНУУ

Камчыбекова А.Ш., Исмаилова А.Б., Баитова Н.С.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
Балдар тиш дарылоо кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Кортунду. Макала студенттер жана гигиеналык көрсөткүчтөрдүн пайдалануу жөнүндө жалпы түшүнүк берет. Дүйнөнүн бардык өлкөлөрүндө жүргүзүлгөн калктын массалык сурамжылоо, абдан системалуу оозеки сактоо алдын алуу баасын шексиздигинен экенин көрсөттү. Ооздун гигиенасы деңгээли гана гигиеналык көрсөткүчтөрдү пайдалануу менен баа болот.

Негизги: алдын алуу, балдардын стоматологиясы, саламаттык сактоо индекстер, оозеки гигиена.

PRACTICAL DEVELOPMENT BY STUDENTS INDICES OF CHILDREN'S ORAL HYGIENE IN DIFFERENT AGES

Kamchybekova A.Sh., Ismailova A.B., Baitova N.S.
Kyrgyz State Medical Academy. IK Akhunbaev
Department of pediatric dentistry, Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The article presents a review and application of hygienic indices by students. Mass surveys conducted in all countries of the world have convincingly shown that systematic oral care is of undoubted preventive value. Objectively assess the level of oral hygiene is possible only with the use of hygienic indices.

Key words: prevention, pediatric dentistry, hygiene indices, oral hygiene.

Актуальность. Гигиена полости рта является одним из наиболее доступных и в то же время одним из ведущих методов профилактики заболеваний полости рта. Регулярный и грамотный уход за полостью рта является неотъемлемой частью всех профилактических мероприятий. Для выявления зубных отложений в оценке гигиены полости рта в современной стоматологии используют объективные показатели (индексы), которые характеризуют качество и количество зубных отложений. Однако количество способов оценки, в основе которых лежит разное число зубов из различных функциональных групп, вплоть до окрашивания всех зубов с обеих сторон или сбор и взвешивание зубного налета вокруг отдельных зубов, свидетельствует об актуальности рассматриваемой проблемы и о несовершенстве существующих способов [1].

Сначала, разберемся с понятием гигиены полости рта: совокупность методов изучения, способов оценки состояния полости рта и профилактических мероприятий, проводимых в полости рта и направленных на предупреждение стоматологических заболеваний. Различают два вида: индивидуальная и профессиональная, в зависимости от того, кто проводит лечебно-профилактические мероприятия в полости рта - сам пациент или медицинский персонал [2].

Целью данной работы является: изучение способов оценки гигиенического состояния полости рта у детей различного возраста с помощью индексов гигиены, наиболее распространенных в стоматологической практике, и научится использовать их на практике условиях работы.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели мы использовали соедующие индексы: индекс для оценки зубного налета у детей раннего возраста (Кузьмина Э.М., 2000) - с момента прорезывания молочных зубов до 3 лет; индекс Федорова-Володкиной (1971)-для детей 5-6 лет; индекс (API) налета – для детей 7-10 лет; индекс Нави (1962)- для детей 6-7 лет.

Индекс для оценки зубного налета у детей раннего возраста по Э.М. Кузьминой (2000) - с момента прорезывания молочных зубов до 3 лет [3]. Индекс разработан в связи с необходимостью определения

зубного налета, который начинает откладываться сразу после прорезывания молочных зубов.

Для оценки количества зубного налета у маленького ребенка (от прорезывания временных зубов до 3 лет) осматривают все зубы, имеющиеся в полости рта. Оценку проводят визуально или с помощью стоматологического зонда.

Количество налета необходимо определять даже в случае, если в полости рта ребенка присутствуют всего 2-3 зуба. Коды и критерии оценки:

- 0 - нет налета
- 1 - налет присутствует

Расчет индивидуального значения индекса осуществляется по формуле:

$$\text{Зубной налет} = \frac{\text{количество зубов, имеющих налет}}{\text{количество зубов в полости рта}}$$

Интерпретация индекса

величина индекса	**уровень гигиены**
0	Хороший
0,1 - 0,4	удовлетворительный
0,5 - 1,0	Плохой

Приведем пример:

Пациент О.Т. 2017 г.р. (Рис.1).

У данного пациента в полости рта имеется 16 зубов: 1 1 1 1

55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

Налет выявлен на 4 зубах: 5.1, 5.2, 6.1, 6.2. Величина индекса гигиены равна: 0,25 (удовл). Дана рекомендация матери по уходу за зубами малыша.

Индекс Федорова-Володкиной (1971)

Индекс рекомендуется применять для оценки гигиенического состояния полости рта у детей до 5-6 лет [3].

Для определения индекса обследуют губную поверхность шести зубов: 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3.

Окрашивают указанные зубы с помощью специальных растворов (Шиллера-Писарева, фуксина, эритрозина) и оценивают присутствие зубного налета с помощью следующих кодов:

1 - зубной налет не выявлен;

2 - окрашивание одной четверти поверхности коронки зуба;

3 - окрашивание половины поверхности коронки зуба;

4 - окрашивание трех четвертей поверхности коронки зуба;

5 - окрашивание всей поверхности коронки зуба.

Для оценки зубного налета, присутствующего у пациента О.Т., складывают коды, полученные при осмотре каждого из окрашенных зубов, и сумму делят на 6.

величина индекса	уровень гигиены
1,1-1,5	Хороший
1,6-2,0	Удовлетворительный
2,1-2,5	Неудовлетворительный
2,6-3,4	Плохой
3,5-5,0	очень плохой

Рассмотрим Пациента К.Ж. , у которого был проведена оценка гигены полости рта по Федорову-Володкиной.

Пациент К. Ж. 2014 г.р. (Рис.2.)

У данного пациента в полости рта имеется 20 зубов. Окрашивание необходимых зубов выявило:

55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

2 4 1 3 3 2

Согласно формуле : $\frac{2+4+1+3+3+4}{6}$ = 2,8 (плохой уровень гигиены)

Ребенок был обучен правильной чистке зубов и ознакомился с дополнительными средствами по уходу за полостью рта.

Индекс Нави (1962) основан на системе подсчета показателей окрашивания зубной бляшки (ЗБ) непосредственно у десневого края губных поверхностей передних зубов 0,75% раствором основного фуксина путем полоскания полости рта. Установлена достоверная связь с индексами Федорова-Володкиной [4].

Подсчет результатов производят по следующей схеме:

0 – отсутствие ЗБ;

1 – ЗБ окрашивается лишь у десневой границы;

2 – выражена линия ЗБ на десневой границе;

3 – десневая треть поверхности (вестибулярной) покрыта ЗБ;

4 – 2/3 поверхности зуба покрыты ЗБ;

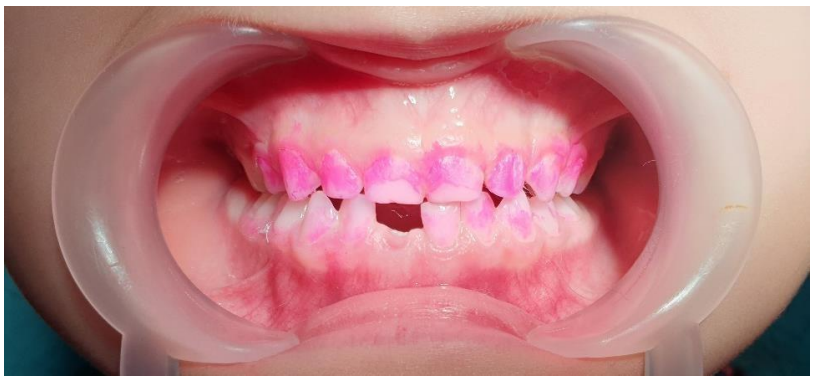
5 – более 2/3 поверхности покрыты ЗБ.

$$\textbf{ИГ} = \frac{\textbf{сумма показателей}}{\textbf{количество зубов с обнаруженным налетом}}$$

Результаты оценивают следующим образом:

- хороший ИГ - 1,1-1,5 балла;
- удовлетворительный ИГ - 1,6-2 балла;
- неудовлетворительный ИГ - 2,1-2,5 балла;
- плохой ИГ - 2,6-3,4 балла;
- очень плохой ИГ - 3,5-5 баллов.

Рассмотрим оценку индекса Нави :



Пациент К.А. 2014 г.р. (Рис.3).

У данного пациента в полости рта имеется 19 зубов:

4 4 4 4 4 2

55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

По результату окрашивания, была выявлена выраженная обложенность зубным налетом передних зубов. ИГ = $\frac{4+4+4+4+4+2}{6}$ = 3,6 (очень плохой ИГ)

Ребенка обучили правильной чистке зубов на макете.

Индекс (API) налета – для детей 7-10 лет [3].

Используется на апроксимальных поверхностях зубов.

При помощи стоматологического зонда определяют налет в межзубных промежутках для двух рядом стоящих зубов или окрашивают любым красителем для выявления микробного налета.

Оценка:

О баллов - налета в межзубном промежутке нет; 1 балл - налет в межзубном промежутке есть.

$$API = \frac{\text{сумма баллов}}{\text{число зубов у пациента}} \times 100\ \%$$

Критерии оценки:

20 % — гигиена полости рта оптимальная;

25—39%— гигиена полости рта удовлетворительная, при значениях более 30% возможны кариес зубов и патология пародонта;

40—69%—гигиена полости рта неудовлетворительная, необходима консультация по средствам и методам личной гигиены полости рта; проведение контролируемых чисток до установления API не более 30%; 70—100%—недопустимая гигиена полости рта. Необходимы коррекция гигиены и вмешательства, для устранения воспалительных изменений в пародонте.

Данный индекс оценен у пациента Т.Э.

Рис. 4 (а). Пациент Т.Э. 2011 г.р. Рис. 4 (б).

У данного пациента в полости рта имеется 17 зубов. Прикус сменный.

Налет в межзубных промежутках между: 1.1 и 1.2; 1.2 и 5.3; 3.1 и 4.1; 4.1 и 4.2., каждому окрашенному промежутку присваиваем по 1 баллу, в сумме выходит 4 балла

Согласно формуле: 4/17 х100 = 23,5 (гигиена полости рта оптимальная).

Вывод. Практическое освоение индексов намного отличается от представлений прочитанного материала

и является для студентов намного эффективнее для закрепления знаний, а также дальнейшего применения.

Литература:

1. Персин Л.С. с соавт. Стоматология детского возраста, М.: Медицина, 2006. – 639 с.
2. Терехова Т.Н., Попруженко Т.В. Профилактика стоматологических заболеваний, Учебное пособие. – Минск: Беларусь, 2004. - 526 с.
3. Велбери Р. Р., Даггал М. С. С англ. пер. Под ред. Кисельниковой Л.П. Детская стоматология, руководство для врачей и студентов- М.:ГЭОТАР-Медиа 2016.-456с.
4. Sun-Young Han, Bo-Ra Kim, Hae-Youn Ko, Ho-Keun Kwon and Baek-Il Kim, Validity and reliability of autofluorescence-based quantification method of dental plaque, Photodiagnosis and Photodynamic // Therapy, 12, 4, (587), (2015).
5. Кузьмина Э.М., Профилактическая стоматология , Учебное пособие.- М.:ГЭОТАР-Медиа 2000.

ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСТОПИРОВАННЫХ ЗУБОВ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ОРТОПАНТОМОГРАММ.

Болотбекова Ж.Б., Насыров Т.В., Нуритдинов Р.М., Ким А.А.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К Ахунбаева,
Кафедра детской стоматологии, Бишкек, Кыргызстан

Резюме: В статье приведены результаты выявления дистопированных зубов верхней и нижней челюсти при исследовании 851 ортопантомограмм, представленных ГСП №3, ГСП №5 и СУНКБ КГМА. Выявлено, что чаще всего встречается дистопия клыков верхней челюсти 13 зуба 0,351±0,016,23 – 0,308±0,01 и зубов мудрости нижней челюсти 38 зуба 0,263±0,01,48- 0,274±0,01.

Ключевые слова: дистопия, аномалии ЗЧА, ортопантомография.

АНЫКТОО ОРТОПАНТОМОГРАММ ИЗИЛДӨӨ МЕНЕН ДИСТОПИЯ ТИШТЕРИ.

Болотбекова Ж.Б., Насыров Т.В., Нуритдинов Р.М., Ким А.А.
И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы.
Балдар стоматологиясы кафедрасы, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду: 851 ортопантомография илиминдеги жогорку жана төмөнкү жаак аныктоо дистопия тиш натыйжалары шаардык-тиш бейтапканасы №3, жана шаардык-тиш бейтапканасы №5, СУНКБ КММАнын билдирет. Жогорку жаак тиш-жылдын 13-көбүнчө клык экенин 0,016,23± 0.351-0,308 ± 0.01, жаак акыл тиши 38 0,01,48± 0,263 - 0,274 ± 0,01.

Негизги создор: дистопия, тиш чыгуу, ортопантомография.

IDENTIFICATION OF DYSTOPIC TEETH IN THE STUDY OF ORTHOPANTOMOGRAMS.

Bolotbekova J.B., Nasyrov T.V., Nuritdinov R.M., Kim A.A.
Kyrgyz State Medical Academy after the name of I. K. Akhunbaev.,
Department of Pediatric Dentistry, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The article presents the results of the detection of dystopic teeth of the upper and lower jaw in the study of 851 orthopantomography, presented by State Dental Clinic No. 3, State Dental Clinic No. 5, and SUNKB KSMA. It was revealed that the dystopia of the canines of the upper jaw 13 teeth 0.351± 0.016.23 - 0.308 ± 0.01 and the teeth of the lower jaw wisdom 38 teeth 0.263 ± 0.01.48- 0.274 ± 0.01 is most common.

Keywords: dystopia, eruption, orthopantomography.

Актуальность. Главными методами лучевой диагностики на протяжении многих лет остаются внутриротовая рентгенография и ортопантомография (ОПТГ). За последние десятилетия развитие науки привело к внедрению в стоматологию цифровых технологий трехмерной и интерактивной визуализации. Появление новых методов исследования (цифровая рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и другие) привело к пересмотру представлений о диагностике многих заболеваний челюстно-лицевой области у взрослых и детей. Рентгенологический метод исследования нашел широкое применение в терапевтической, хирургической, ортодонтической, ортопедической и детской стоматологии, он используется при диагностике различных заболеваний, а также для оценки эффективности проводимых вмешательств.

Окончательный диагноз ставится с учетом данных рентгенологического обследования [5]. На сегодняшний день самыми распространенными в амбулаторной практике методами являются панорамная рентгенография зубных рядов или ортопантомография, дентальная компьютерная томография, интраоральная рентгенография зубов или радиовизиографический метод. По статистике ВОЗ, более 60% всех выполняемых рентгенологических исследований приходятся на стоматологию (А.Г. Надточий, Д.Г. Сафонов, В.Н. Трезубов, 2000, 2008). Это объясняется тем, что метод стал доступен. С его помощью можно получить полную картину о состоянии зубов, размерах и особенностях полости зуба, корневых каналов, ширине и характере периодонтальной щели, состоянии компактной пластинки лунки и губчатого вещества альвеолярной части. В настоящее время значительно повысились требования к качеству и эффективности оказания стоматологической помощи населению. Однако возможности клинической диагностики заболеваний и повреждений зубочелюстной системы во многих случаях ограничены не специфичностью симптомов, а также тем, что более 50 % площади поверхности зубов при внешнем осмотре не видны и могут быть изучены только рентгенологически.

В современной стоматологии остаются актуальными проблемы диагностики анатомо-топографического расположения дистопированных зубов верхней и нижней челюсти.

Дистопия отдельных зубов встречается в 12-30% наблюдений и составляет 40-60% от числа всех зубочелюстных аномалии [1,4,7]. Частоту встречаемости дистопии зубов у детей и подростков изучали многие авторы [3,6,8,2,5]. На сегодняшний день дистопия зубов является достаточно распространенной аномалией развития зубочелюстной системы: на 100 детей, обратившихся за ортодонтической помощью, 15-20 имеют аномалию прикуса, осложненную дистопией одного или более зубов [3].

По результатам исследования Чолоковой Г.С. (2014) было выявлено, что распространенность зубочелюстных аномалии у детей и подростков по Кыргызстану составила 46%, из них аномалии положения зубов 32,4%, аномалии прикуса 3,2% [9].

Из имеющихся ЗЧА школьников, получают лечение лишь 0,7%. 0,8% нуждаются в ортопедическом лечении. С возрастом ЗЧА увеличиваются, наибольшее число наблюдается в возрасте 17 лет – 63,6%.

Несмотря на многочисленные работы, посвященные этой патологии, целый ряд вопросов остается недостаточно изученным и слабо освещенным в литературе.

Цель работы. Выявление дистопированных зубов на основе изучения ортопантомограмм (ОПТГ).

Материалы и методы исследования. Всего было изучено 851 панорамных рентген снимков челюстей детей в возрасте от 6 до 18 лет. При этом они были условно разделены по возрасту на 3 группы: 1-я группа – 6–10 лет (141 ОПТГ), 2-я группа – 10–15 лет (535 ОПТГ) и 3-я группа – 15–18лет (175 ОПТГ) [6]. Материал был изучен в городских поликлиниках №3, №5 и СУНКБ КГМА города Бишкек.

Результаты собственных исследований. По данным исследования (Табл.1)

Таблица 1. Дистопия зубов верхней и нижней челюсти. (M±m) n = 851

Дистопия зубов ВЧ	**11** 0,0137 ±0,007	**12** 0,014 ±0,006	**13** 0,351 ±0,016	**14** 0,06 ±0,007	**15** 0,034 ±0,004	**18** 0,013 ±0,003	
	21 0,032 ±0,006	**22** 0,06 ±0,006	**23** 0,308 ±0,01	**24** 0,053 ±0,005	**25** 0,042 ±0,004	**28** 0,263 ±0,003	
Дистопия зубов НЧ	**32** 0,003	**33** 0,056 ±0,004	**34** 0,052 ±0,003	**35** 0,048 ±0,003	**37** 0,047 ±0,002	**38** 0,263 ±0,01	
	41 0,05 ±0,002	**42** 0,053 ±0,002	**43** 0,083 ±0,006	**44** 0,062 ±0,003	**45** 0,072 ±0,005	**47** 0,058 ±0,002	**48** 0,274 ±0,01

При изучении анатомического расположения дистопированных зубов верхней и нижней челюсти из 851 рентген снимков получены следующие результаты: по данным ОПТГ наибольшее количество дистопированных зубов составило 13 зуба верхней челюсти (0,351) , дистопия нижней челюсти 38 (0,263) и 48 зубов (0,274). Соответственно из полученных результатов наибольшее число не правильно расположенным зубам приходится клыкам верхней челюсти 13 зуба.

Дистопия зубов у детей в возрасте 6-10 лет при сменном прикусе встречается довольно реже. Из 141 изученных ОПТГ снимков было выявлено наибольшее количество дистопированных зубов 11 зуба (0,064) верхней челюсти с правой стороны и 22 зуба (0,035) левой стороны , с нижней челюсти 38 зуб (0,049) с левой стороны.

Таблица 2. Дистопия зубов верхней и нижней челюстей у детей в возрасте 6-10 лет (M±m) n = 141

Дистопия зубов ВЧ	**11** 0,064 ±0,02	**12** 0,021 ±0,01	**13** 0,12 ±0,02	**14**	**15**	**18**	
	21 0,028 ±0,01	**22** 0,035 ±0,01	**23** 0,106 ±0,03	**24**	**25**	**28**	
Дистопия зубов НЧ	**32** 0,007	**33**	**34** 0,014 ±0,01	**35**	**37**	**38** 0,049 ±0,02	
	41	**42**	**43**	**44** 0,007	**45**	**47**	**48** 0,042 ±0,02

При обследовани панорамных снимков с дистопией зубов верхней и нижней челюстей при начальном формировании прикуса постоянных зубов из 535 детей с наибольшим количеством аномалии расположения зубов составило 13 зуба (0,385) правой стороны верхней челюсти и 23 зуб (0,323) с левой стороны, на нижней челюсти 43 зуба (0,037) с правой стороны.

Таблица 3. Дистопия зубов верхней и нижней челюстей у детей в возрасте 10-15 лет (M±m) n=535.

Дистопия зубов ВЧ	**11** 0,045 ±0,008	**12** 0,05 ±0,009	**13** 0,385 ±0,021	**14** 0,045 ±0,009	**15** 0,021 ±0,006	**18** 0,009	
	21 0,036 ±0,008	**22** 0,034 ±0,008	**23** 0,323 ±0,02	**24** 0,028 ±0,007	**25** 0,017 ±0,006	**28** 0,004	
Дистопия зубов НЧ	**32**	**33** 0,019 ±0,006	**34** 0,011 ±0,005	**35** 0,006	**37** 0,002	**38** 0,2 ±0,017	
	41 0,003	**42** 0,003	**43** 0,037 ±0,008	**44** 0,009 ±	**45** 0,017 ±0,006	**47** 0,002	**48** 0,2 ±0,017

Таблица 4. Дистопия зубов верхней и нижней челюстей у детей в возрасте 15-18 лет (M±m) n=175.

Дистопия зубов ВЧ	**11** 0,029 ±0,013	**12** 0,029 ±0,013	**13** 0,351 ±0,036	**14** 0,074 ±0,019	**15** 0,017 ±0,009	**18** 0,034 ±0,013	
	21 0,023 ±0,011	**22** 0,034 ±0,014	**23** 0,28 ±0,033	**24** 0,034 ±0,014	**25** 0,011 ±0,008	**28** 0,023 ±0,011	
Дистопия зубов НЧ	**32**	**33** 0,029 ±0,013	**34** 0,011 ±0,008	**35** 0,017 ±0,009	**37** 0,011 ±0,008	**38** 0,406 ±0,037	
	41	**42** 0,006	**43** 0,046 ±0,016	**44** 0,017 ±0,009	**45** 0,04 ±0,015	**47** 0,007	**48** 0,411 ±0,037

При сформированном постоянном прикусе из 175 детей подростков наибольшее количество дистопированных зубов на ОПТГ снимке выявлено на верхней челюсти 13 зуба (0,351) с правой стороны и 22,24 зубов (0,034) с левой стороны. На нижней челюсти количество дистопией зубов с правой стороны 48 зубов (0,411) и 38 зуба (0,406) с левой стороны челюстей.

Вывод: В результате наших исследований ОПТГ снимков верхней и нижней челюсти было изучено 851 ортопантомограмм, представленных ГСП №3, ГСП №5 и СУНКБ КГМА. Из них было выявлено, что чаще всего встречается дистопия клыков верхней челюсти (13 зуба 0,351±0,016, 23 – 0,308±0,01) и зубов мудрости нижней челюсти (38 зуба 0,263±0,01, 48- 0,274±0,01). Исследование показало, что проблема дистопии зубов занимает одно из ведущих мест среди зубочелюстных аномалий, что требует своевременного изучения. С помощью ОПТГ мы получили возможность более точно рассмотреть анатомо-топографическое расположение дистопированнах зубов верхней и нижней челюсти, что позволяет рекомендовать указанную методику исследования для широкого применения в ортодонтической стоматологии с целью подготовки пациентов к правильному лечению зубочелюстной системы у детей и подростков.

Список литературы:

1.Андерсон Х.А. Аномалии положения отдельных зубов и методы их лечения /Х.А.Андерсон //Вопросы ортодонтии. - Рига, 1961- С. 169-181.

2.Вакушина Е.А. Распространенность нарушений окклюзии // Новое в теории и практике стоматологии: Сб. научных трудов. Ставрополь, 2007. - С. 244-248.

3.Жигурт Ю.Л. План и прогноз лечения при ретенции зубов: Автореф. дис. канд. мед. наук / АО «Стоматология». -М. -1994. -23с.

4.Каламкаров Х.А. Возможности, прогноз и планирование ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий /Х.А.Каламкаров //Стоматология- 1976.- №5-С.52-58.

5.Маргулина Т.Л. Диагностика, профилактика и лечение болезней прорезывания нижних восьмых зубов / Т. Л. Маргуллина // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2012. – №4.

6.Персин, Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий / Л.С. Персин. - М.: ОАО «Изд-во «Медицина», 2004. - 360 с.

7.Рабухина, Н. А. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области / Н.А. Рабухина, Г.И. Голубева, С.А. Перфильев. М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 128 с.

8.Степанов Г.В. Биомеханические основы ортодонтии в норме и при заболеваниях пародонта /В.Г.Степанов. - М., 2000.- 328 с.692.

9.Хорошилкина Ф. Я., Малыгин Ю. М. Основы конструирования и технология изготовления ортодонтических аппаратов. - Медицина, 1982. - 264с.

10. Чолокова Г.С. Клинико-эпидемиологическое обоснование национальной программы профилактики стоматологических заболеваний у детей и школьников в Кыргызской Республике / Чолокова Г.С.- Бишкек, 2014г. - С. 56-57.

МЕТОДИКА ЗАКРЫТИЯ ПЕРФОРАЦИИ МЕМБРАНЫ ШНЕЙДЕРА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННОЙ СИНУС-ЛИФТИНГ

А.О. Исаков, А.Р. Цой

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлена методика приготовления и техника укладки модифицированной модели коллагеновой мембраны при закрытии перфорации мембраны Шнейдера во время операции синус –лифтинг под эндоскопическим контролем. Проведена оценка восстановительной способности слизистой верхнечелюстной пазухи и остеорегенерации костно-пластического материала при применении грибовидной модифицированной модели коллагеновой мембраны. Всего выполнено 12 оперативных вмешательств на 12 больных.

Дентальная имплантация тесно вошла к клиническую практику стоматологов для восполнения частичного или полного отсутствия зубов. Одним из трудностей при установке имплантатов на верхней челюсти является недостаточный объем костной ткани альвеолярного отростка в области верхнечелюстной пазухи. Наиболее эффективнымметодом, применяемым в практике, для решения вышеуказанной проблемы, является операция - «синус-лифтинг» [1]. Частым осложнением при проведении данной операции является перфорация мембраны Шнейдера[4]. Существуют несколько методов устранения перфорации [2,3],одним из распространенных способов для устранения такого интраоперационного осложнения является закрытие дефекта коллагеновыми мембранами[1]. Однако, нежелаемые осложнения в послеоперационном периоде такие, как: миграция костно-пластического материала (КПМ) и выделение его из носа, развитие верхнечелюстного синусита, ринита,

длительный отексвидетельствуют о несовершенстведанных методик и обуславливают актуальность дальнейшего изучения проблемы.

Целью исследования является оптимизация хирургического лечения перфорации мембраны Шнейдера во время проведения эндоскопически ассистированной операции синус - лифтинг путем применения модифицированной грибовидной модели коллагеновой мембраны.

Материалы и методы исследования

В качестве мембраны использовали «Alpha –Bio's GRAFT Collagen membrane» Израиль, которая эластична, легко увлажняется и режется, проста и предсказуема в применении, как в сухом, так и во влажном состоянии. Коллагеновую мембрану «Alpha –Bio's GRAFT Collagen membrane» применялась для направленной костной регенерации, создания эффективного барьера проникающему росту клеток мягких тканей внутрь аугментированного объема, изоляции слизистой верхнечелюстного синуса, предупреждая миграцию костно-пластического материала в полость пазухи, а также в качестве матрицы для прорастания и формирования кровеносных сосудов.

Операцию открытого синус – лифтинга производили под эндоскопическим контролем по открытой методике с формированием «окна» с костным фрагментом.

За 30 минут до вмешательства проводили предварительную медикаментозную подготовку, которая позволяла снизить кровотечение из раны, пролонгировать действие местного анестетика, уменьшить послеоперационный отек. Под местной инфильтрационной анестезией Sol. Ubistezini forte 4 мл. производился разрез по вершине альвеолярного гребня, и два вертикальных, ограничивающих зону операции. Отслаивали от кости распатором трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут, скелетировали переднебоковую стенку верхнечелюстного синуса (ВЧС). На скелетированном участке переднебоковой стенки ВЧС, при помощи костного трепана формировалось «окно» диаметром 0,8см. С помощью распаторов, кюреток и набора инструментов для синус-лифтинга (Dentium Advanced Sinus KiT) отслаивали мембрану Шнейдера, при возникновении перфорации, продолжали аккуратно, атравматично отслаивать слизистую в нижней его трети, постепенно переходя на боковые стенки, образуя тем самым куполообразный свод между слизистой и дном гайморовой пазухи. Эндоскопический контроль в ходе операции создавал хороший обзор хирургического поля, что уменьшало травматичность и положительно влияло на конечный результат операции. Затем, с помощью хирургических ножниц изготавливали грибовидную модель коллагеновой мембраны «Alpha –Bio's GRAFT Collagen membrane».

На одной из сторон стандартной мембраны по направлению к центру вырезали два прямоугольных фрагмента, оставляя в центре квадратный участок – ножку. В результате получали мембрану с широким пластинчатым основанием прямоугольной формы на одной из сторон которого, по центру, располагалась квадратная ножка. Изготовленную модифицированную модель коллагеновой мембраныпомещали в физиологический раствор или замачивали в собственной крови пациента (рис. 1).

Рис. 1. Коллагеновая грибовидная мембрана.

Техника укладывания мембраны заключалась в том, чтобы ее основание было расположено в пазухе между отслоенной, перфорированной слизистой и дном ВЧС, а ножка выводилась через трепанационное окно. Куполообразное пространство между основанием мембраны и дном ВЧС заполнялось КПМ «AlphaBio's GRAFT Natural Biovine Bone», после чего трепанационное окно

закрывалась ранее выпиленным костным блоком. Ножка грибовидной мембраны, выведенная за границы остеотомированного окна, опускалась и полностью перекрывала сформированный дефект на переднебоковой стенке ВЧС. Слизисто-надкостничный лоскут укладывался на место и ушивался наглухо.

Данная техника операции позволяла добиться полной изоляции верхнечелюстной пазухи и плотной адгезии КПМ «AlphaBio's GRAFT Natural Biovine Bone», а выведенная ножка грибовидной мембраны, закрепленная костным блоком, обеспечивала стойкую фиксацию самой мембраны, что предупреждало миграцию КПМ, тем самым обеспечивая оптимальные условия для регенерации перфорации слизистой верхнечелюстной пазухи и остеорегенерации установленного КПМ.

Всего было произведено 12 оперативных вмешательств 12 больным, 8 из которых были произведены с одномоментной имплантацией и 4 без установки дентальных имплантатов. При операции синус - лифтинг с одномоментной имплантацией, сначала закладывали 2/3 заготовленного КПМ, затем устанавливали дентальный имплантат и укладывали остальную часть «AlphaBio's GRAFT Natural Biovine Bone», а при классической открытой методике операции синус – лифтинг КПМ закладывался сразу одной порцией. Техника отслаивания слизистой ВЧС и укладки грибовидной коллагеновой мембраны в обоих видах операции синус - лифтинг была одинаковой. (рис.2.).

Рис.2. Методика укладки грибовидной коллагеновой мембраны.

Результаты исследования и их обсуждение

В послеоперационном периоде велось динамическое наблюдение.На второй день после операции общее состояние всех больных было удовлетворительное, отек был незначительный, уменьшался к 4 дню. Послеоперационные раны у всех больных зажили первичным натяжением. Через 14 дней в области послеоперационных ран имелся линейный рубец, экскурсия воздуха в области верхних дыхательных путей не нарушена. Признаки инфекционного воспаления в области послеоперационных ран отсутствовали.

Тактика рентгенологического контроля эффективности костно-реконструктивных операций включала выполнение лучевых исследований сразу после выполнения хирургического вмешательства и через 6 месяцев перед следующим этапом лечения.

Критерии по результатам, которых мы оценивали эффективность костно-реконструктивной операции в динамике были следующие:

1) Расположение костно-пластического материала по отношению к слизистой верхнечелюстной пазухи
2) Объем прилегания КПМ к дентальному имплантату.
3) Степень и темпы резорбции КПМ.
4) Степень миграции КПМ

Рентгенологические исследования, в том числе КТ, у больных с поднятием дна верхнечелюстной пазухи, осложненной перфорацией мембраны Шнейдера, с использованием грибовидной коллагенновой мембраны показали, что массив заложенного КПМ остался неизменным по горизонтальной и сагиттальной плоскостям, миграции КПМ не наблюдалось. Кость через 6 месяцев имела плотное строение,четко прослеживалась кортикальная пластинка, как по альвеолярной дуге, так и обращенная к верхнечелюстной пазухе.

Выводы:

1.Применение модифицированной грибовидной модели коллагеновой мембраны эффективно при операции синус-лифтинг, осложненной перфорацией мембраны Шнейдера.

2.Накладываниемодифицированной грибовидной модели коллагеновой мембраны, обеспечивает полную изоляцию верхнечелюстной пазухи и плотную фиксацию костно-пластического материала, тем самым, создавая оптимальные условия для дальнейшей остеорегенерации.

3.Выполнениеэндоскопическиассиситированной операции синус – лифтинг с использованием грибовидной коллагеновой мембраны минимализирует проявление осложнений в послеоперационном периоде.

Литература

1. Устраненеие дефектов мембраны Шнейдера, возникающих во время операции синус – лифтинга. Иванов С.Ю., Ямуркова Н.Ф., Мураев А.А., Мигура С.А. Стоматология 2010. Т. 89. №2. С. 48-51

2. Клинико – эксперементальное исследование эффективности закрытия перфорации слизистой оболочки при операции синус – лифтинг с использованием аллотрансплантата для направленной тканевой регенерации.

Сельский Н.Е., Мусина Л.А., Кожемякина Е.С. Уральский медицинский журнал 2014. №7 (121). С. 100-103

3. Применение бедной тромоцитами плазмы для устранения дефектов мемебраны Шнейдера, возникающих при операции синус – лифтинга. Иванов С.Ю., Ямуркова Н.Ф., Мураев А.А., Мигура С.А. Стоматология. 2010. Т. 89. №3. С. 52-56

4. Анализ осложнений связанных с проведением операции синус – лифтинг. Амхадова М.А., Гергиева Т.Ф., Амхадов И.С. В сборнике: Актуальные аспекты современной стоматологии и имплантологии. Материалы научно-практической конференции. 2017. С. 306-312

5. Исследование барьерной функции коллагеновой мембраны «Остеопласт» при заживлении костных дефектов в эксперементе. Иванов С.Ю., Зайцев А.Б., Ямуркова Н.Ф., Мигура С.А., Губова В.М., Янцен И.Е., Акулов М.М., Мураев А.А. Современные технологии в медицине. 2011. №3. С. 35-38.

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ

Умарова Г.К., Абдулдаева Р.А.
КГМА им. И.К. Ахунбаева, Кафедра русского языка
Научный руководитель к.п.н. Молдокматова Н.Т.

Уровень стоматологического здоровья женщины изменяется с развитием беременности и во многом определяется ее течением. Согласно данным российского здравоохранения, потребность в стоматологической терапевтической помощи возникает у 94,7% беременных [1]. Это связано, во-первых, с отсутствием предварительной санации полости рта до начала беременности и, во-вторых, с изменениями стоматологического статуса с развитием беременности: возникновением патологических процессов в полости рта, характерных для периода беременности, а также обострением существующих ранее хронических одонтогенных очагов инфекции, что обусловлено деятельностью нейроэндокринной системы и формированием вторичного иммунодефицитного состояния. С момента постановки на учет в женской консультации беременная получает направление на осмотр к врачу-стоматологу, поскольку состояние здоровья полости рта пациенток является залогом будущего здоровья ребенка. Стоматологическое обследование женщины рекомендуется проводить в 6—8, 16—18, 26—28, 36—38 нед. беременности; лечение и удаление разрушенных зубов — до беременности, если же этого не произошло, то в срок 3—6 мес. Проводимое обследование не должно занимать много времени, вместе с тем должно быть емким и объективно оценивать клиническую картину полости рта, включая состояние твердых тканей зубов и пародонта.

Обязательными критериями оценки стоматологического уровня здоровья являются гигиеническое состояние полости рта и интенсивность кариеса зубов, определяемая индексом КПУ (кариес, пломба, удаленный зуб). Для определения гигиенического состояния полости рта с целью объективизации присутствия и интенсивности зубного налета предлагается множество специальных индексов, среди них предпочтение следует отдавать индексу зубного налета Silness-Loe (1964), основанному на определении толщины зубного налета в придесневой области. Отдельно следует отметить очаговую деминерализацию, включающую кариес в стадии белого или пигментированного пятна — ранние формы кариеса, позволяющие судить об активности кариозного процесса, — и некариозные поражения, поскольку зуб с какой-либо формой некариозного поражения не является интактным, но и не учитывается при определении индекса КПУ, хотя требует специального подхода к выбору метода лечения и профилактических мероприятий. Для оценки интенсивности и распространенности воспалительных заболеваний пародонта мы рекомендуем использовать

комплексный периодонтальный индекс (КПИ) по Леусу (1988), индекс кровоточивости I. Cowell (1975) и папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс PMA по C. Parma (1960). КПИ характеризует не только признаки болезней пародонта (кровоточивость, поддесневой зубной камень, десневой и пародонтальный карманы, патологическую подвижность зубов), но и фактор риска (зубной налет). Выбор КПИ обоснован простотой применения (технически и методически), хорошей воспроизводимостью, информативностью, возможностью использования обычного стоматологического инструментария. По сравнению с ним применяющийся индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (CPITN, 1982) требует пародонтального зонта. Кроме того, у беременных, как правило, отсутствуют пародонтальные карманы, в связи с чем отпадает необходимость их измерения. Индекс кровоточивости I. Cowell (1975) — «зондовая проба» — является одним из самых показательных и чувствительных методов определения степени воспаления десны при гингивитах и пародонтитах. Повышенная кровоточивость при клинически здоровом пародонте определяется приблизительно в 30—40% случаев [2], что и позволяет использовать «зондовую пробу» для раннего выявления начальных воспалительных изменений.

При проведении лечебно-профилактических мероприятий у беременной должны учитываться кариесогенная ситуация в полости рта (активность кариеса зубов), общие и местные факторы риска развития стоматологических заболеваний и полноценность питания. В частности, следует обращать внимание на неудовлетворительную гигиену полости рта, пломбы, не восстанавливающие анатомию и функцию зуба (нависающие края пломб, нарушенное краевое прилегание, отсутствие контактных пунктов между зубами), тесное положение зубов в зубном ряду, нерациональные ортопедические и ортодонтические конструкции, хронические соматические заболевания. Кроме того, сама беременность является фактором риска развития заболеваний твердых тканей зубов и пародонта.

Планирование времени приема у врача-стоматолога необходимо проводить, избегая «критических» периодов беременности — моментов повышенной опасности: возможности выкидыша или преждевременных родов. В это время даже самые незначительные по силе раздражители, как внутренние, так и внешние, могут изменить состояние тонуса беременной матки, обусловить ее сокращения, а в конечном итоге привести к наступлению выкидыша или преждевременных родов. Одни авторы [3] выделяют два периода на протяжении беременности, в течение которых изменяются нормальные физиологические соотношения между деятельностью мозга и матки: I период — начало беременности (12—14 нед); II период — конец беременности (последняя неделя до ожидаемых родов). Другие авторы [4] отмечают три критических периода эмбриогенеза, во время которых воздействие внешнего неблагоприятного фактора наиболее опасно: I период — первые три недели (предимплантационный период эмбриогенеза) — может возникнуть гибель зародыша либо при продолжении своего развития беременность может закончиться рождением ребенка с тяжелыми, нередко множественными пороками; II период — с 4-й недели до 12—16-й недели (дифференцировка тканей эмбриона), наиболее чувствительным является период между 3-й и 8-й неделями гестации; III период — между 18-й и 22-й неделями гестации (период окончательного формирования плаценты). Неудачный выбор стоматологического лечения создает риск для данной категории пациентов. Частота невынашивания повышается и может составлять 10—25% к числу беременностей. Проведение стоматологических вмешательств почти в 2 раза увеличивает количество выкидышей: в I триместре беременности — до 6—9%, во II — до 2—6% [1].

На основании приведенных данных врачу-стоматологу для плановой санации ротовой полости беременной необходимо выбрать период минимального негативного воздействия на мать и плод при стоматологическом вмешательстве. Таким оптимальным периодом является срок между 13-й и 32-й неделями беременности. В это время уже закончен органогенез плода, сформировалась плацента, функционирует фетоплацентарное кровообращение, в определенной степени стабилизирована гемодинамика, улучшились показатели иммунологического статуса у матери. Другим фактором, определяющим особо внимательное отношение к беременным, является наличие сопутствующей общесоматической патологии, которая встречается у них в 60—80% случаев [1]. Как правило, сопутствующие общесоматические заболевания при ведении беременных пациенток на стоматологическом приеме не учитываются, что приводит к возникновению противоречивых мнений о влиянии беременности на развитие заболеваний пародонта и твердых тканей зуба. В настоящее время установлено, что общесоматическая патология создает фон, нередко является причиной осложнений течения беременности и предрасполагает к неадекватному ответу на стоматологическое вмешательство [3, 5]. Особое внимание следует обратить на положение беременной в стоматологическом кресле во время приема. При сроке 30—32 нед. у 10% женщин в горизонтальном

положении на жестком основании развивается синдром сдавления нижней полой вены. Увеличенная матка, сдавливая нижнюю полую вену, уменьшает приток крови к сердцу, что приводит к повышению периферического сопротивления, развитию гипотонического криза (падение артериального давления, тошнота, ощущение нехватки воздуха, потливость) и ухудшению маточно-плацентарного кровотока, создающему опасность внутриутробной гипоксии плода. Поэтому все манипуляции следует проводить в сидячем или полу-лежачем положении пациентки. Если, несмотря на все предосторожности, указанные явления возникают, следует уложить пациентку на левый бок. В последние три месяца беременности необходимо отказаться от продолжительных процедур, а время ожидания приема лечения должно быть сведено к минимуму.

Экстренная стоматологическая помощь беременным женщинам должна оказываться в любые сроки с учетом сопутствующей патологии и аллергического статуса пациентки. Однако в любом периоде беременности лечение должно проводиться абсолютно безболезненно. Местноанестезирующие средства действуют главным образом на нервные волокна и концевые аппараты чувствительных нервов, предотвращая генерирование импульсов и/или блокируя их проведение по нервным волокнам. При резорбтивном действии все местные анестетики способны достигать плода как в ранние, так и в поздние сроки беременности. Однако биологическое значение их действия на плод и новорожденного обычно весьма незначительно. Местноанестезирующие вещества, относящиеся к группе сложных эфиров, быстро биотрансформируются в крови матери и плаценте, так что к плоду переносится небольшое их количество. Средства, относящиеся к группе амидов, метаболизируются медленнее. На их перенос через плаценту влияют степень связывания с белками, степень ионизации и жирорастворимость. Так как для переноса доступна только свободная часть препарата, то вещества с высокой способностью к связыванию с белками с меньшей вероятностью будут достигать плода. Выраженность действия лекарственного средства на плод определяется скоростью трансплацентарного движения препарата, особенностями его метаболизма в организме беременной, плода и в плаценте. С точки зрения фармакокинетики существенным является «плацентарный барьер». Многие лекарственные препараты проникают через плаценту путем диффузии, и их распределение по обеим сторонам этого барьера не отличается от их распределения в других областях, разделенных друг от друга мембранами. Проницаемость плаценты возрастает до 32—35-й недели беременности и еще более повышается при стрессовых ситуациях и гестозах. Препараты 4% артикаина с низким содержанием адреналина (1:200 000) являются наиболее безопасными для беременных женщин: ультракаин DS (ф. Aventis), убистезин (ф. 3M ESPE), септанест 4% N (ф. Septodont), артикаин N (ф. INIBSA), альфакаин N (ф. Spad). Среди системных фармакологических эффектов адреналина неблагоприятными для беременной женщины являются: стимуляция тонических сокращений миометрия, ослабление перистальтики желудочно-кишечного тракта с повышением тонуса его сфинктеров, повышение уровня сахара в крови, учащение сердечного ритма, повышение сердечного выброса, повышение артериального давления. В последние сроки беременности с осторожностью следует назначать препараты, содержащие норадреналин, поскольку он повышает риск сокращения матки. Нельзя использовать вазопрессин и октапрессин, так как они усиливают сокращения матки. Вследствие этого препаратами выбора могут служить местно-анестезирующие средства на основе мепивакаина: скандонест 2% NA (ф. Septodont), мепивастезин (ф. 3M ESPE), мепидонт (ф. L. MOLTENI) — 3% раствор мепивакаина гидрохлорида без вазоконстриктора. Мепивакаин по эффективности сравним с лидокаином, малоаллергичен, обладает минимальным вазодилатирующим эффектом. Кроме того, могут использоваться препараты 4% артикаина без адреналина: септанест 4% SVC (ф. Septodont), ультракаин D (ф. Aventis).

При лечении заболеваний твердых тканей зубов беременных также следует учитывать ряд особенностей. Необходимо отказаться от этапа кондиционирования эмали и дентина 37% ортофосфорной кислотой, вызывающей искусственную деминерализацию твердых тканей зуба. Этот факт является определяющим и в выборе пломбировочного материала. Для восстановления анатомической формы зуба могут быть использованы стеклоиономерные цементы, компомеры и композитные пломбировочные материалы, работающие с праймер-адгезивной системой 6-го и 7-го поколений, что позволяет исключить этап протравливания. Кроме того, стеклоиономерные цементы и компомеры являются материалами, используемыми в «сэндвич-технике» пломбирования полостей зубов в качестве лайнерной или базовой прокладок, поскольку обладают свойством аккумулировать фтор из ротовой жидкости и отдавать дентину зуба. Рекомендуется использовать метод глубокого фторирования для обработки дентина препаратами дентин-герметизирующего ликвида (ф. Humanchemie, Германия) и глуфторэда (ф. «ВладМиВа», Россия), снимающими послеоперационную

чувствительность зубов. Для лечения кариеса в стадии белого пятна применяют эмаль-герметизирующий ликвид (ф. Humanchemie, Германия), глуфторэд (ф. «ВладМиВа», Россия), R.O.C.S. Medical Minerals Gel (Швейцария).

Особенности лечения осложненного кариеса (пульпита и периодонтита) полностью определяются невозможностью проведения рентгенологического исследования на этапах диагностики и контроля качества проведенных манипуляций. Эндодонтическое лечение должно завершаться пломбированием корневых каналов временными пастами, содержащими йодоформ, — последний обеспечивает длительное нахождение материала в корневом канале (до 9 мес). К таким материалам относятся метапекс (ф. Meta Biomed Co., Ltd, Ю. Корея), витапекс (ф. Neo Dental Chemical Products, Япония), апексдент с йодоформом (ф. «ВладМиВа», Россия). В качестве временной пломбы целесообразно использовать стеклоиономерные цементы, не уступающие по прочности композитным пломбировочным материалам. До начала лечения беременной необходимо предоставить информацию о планируемых манипуляциях и обозначить явку повторного посещения. Таким образом, знание особенностей разных периодов беременности позволяет врачам стоматологам-терапевтам обоснованно осуществлять диспансерное наблюдение данной категории пациентов: согласно установленным срокам и критериям, с минимальным риском оказывать необходимый объем стоматологических вмешательств.

Литература

1.Рабинович С.А., Московец О.Н., Демина Н.А. Психофизиологическое состояние беременных женщин на стоматологическом приеме. Клиническая стоматология.М. 2000; 4: 35-37.

2.Грудянов А.И. Обследование лиц с заболеваниями пародонта. Пародонтология.М. 1998; 3: 8-13.

3. Носова В.Ф., Рабинович С.А. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам (Часть I). Институт стоматологии.М. 2001; 3: 46-49.

4.Носова-Дмитриева В.Ф., Рабинович С.А. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам (Часть II). Институт стоматологии.М. 2003; 4: 72-73.

5.Лукиных Л.М., Толмачева С.М. Особенности этиопатогенеза стоматологических заболеваний в период беременности. В кн.: Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции «Образование, наука и практика в стоматологии». М. 2004; с. 176-180.

Доклад

ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКИЕ ШАБЛОНЫ

Докладчик: Мансуров А.

Руководитель: Эркинбеков И.Б., Бактыбеков С.Б.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева

Кафедра ортопедической стоматологии

Имплантация с шаблоном

Секрета в послеоперационных осложнениях при имплантации нет, описываются множество клинических осложнений . Чаще всего встречается случаи такие как, перфорация верхнечелюстных пазух, нижнечелюстного канала, искажения границы десны и тому подобное.

Особенно это актуально при неблагоприятных клинических ситуациях, когда сильно атрофирована несущая нагрузку часть альвеолярного отростка, низкое расположение дна гайморовой пазухи и малое количество сохранившихся зубов.

Новый метод позволяет избегать осложнений, используя инновационные шины шаблоны, которые дает возможность:

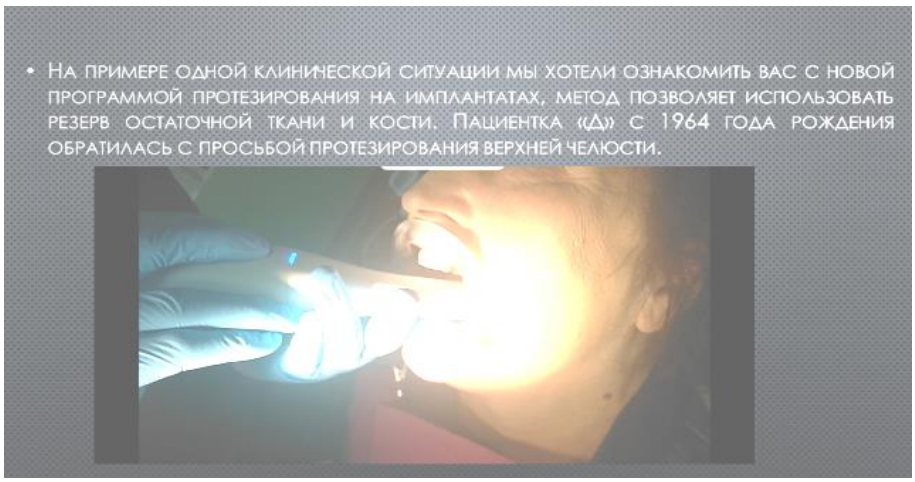
Виртуальное планирование Подготовка данных для изготовления направляющих шаблонов с любыми вариантами фиксации (на зубной, накостной, наддесневой).

Разметка данных компьютерной томографии построение кроссекций (сечений) по оси планируемой искусственной опоры, положения имплантатов и анализ возможности результатов.

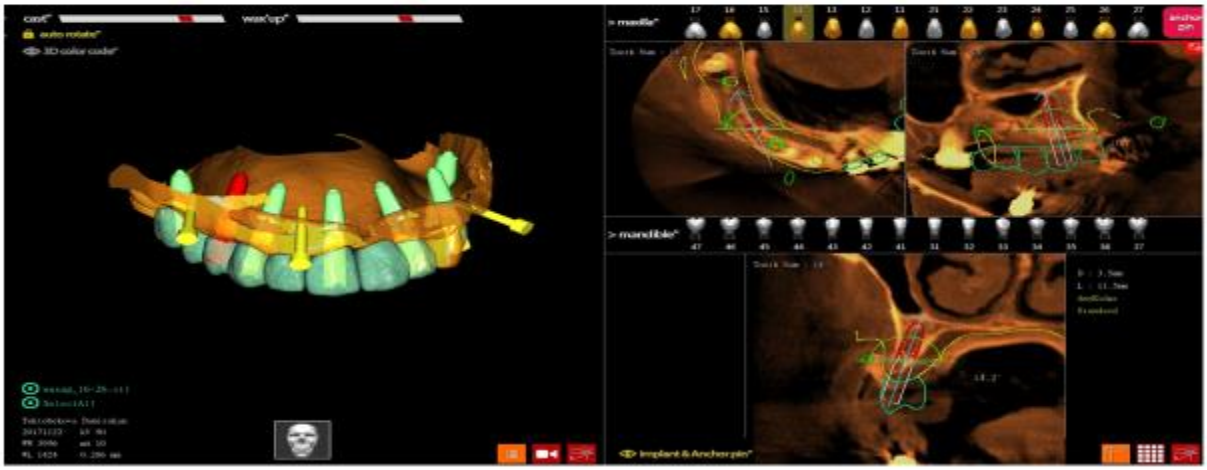
Установка виртуальных аналогов имплантатов (для любых систем) в плоскости сечений. Проектирование и изготовление ортопедических конструкций к ним.

Виртуальное планирование направляющих шаблонов с высокой точностью посадки.

Конструируется установка индивидуального аббатмента, Планирование аугментации, целенаправленное лечение с окончательной реставрации слизистой полости рта.



После сбора информации о состоянии костей черепа пациента, все данные загружается в программу R2Gate для виртуальной моделировки зубного ряда и расстановки имплантатов согласно анатомическим особенностям зоны интереса. По этой программе можно установить виртуально имплантат согласно нашим требованиям в трехмерном объеме, тем самым учесть не только его погружение по глубине и расположение относительно состояния костной структуры.



Традиционным методом изготавливается модели челюстей, которые сопоставляются, комбинируется для создания КТ виртуальной модели с прикусным валиком Снятым с использованием специализированной ложки R2Tray.

Раньше Для создания программы из-за отсутствия оральных сканеров, используется модели челюстей и стационарные сканеры «Identico»

Интраоральный сканер

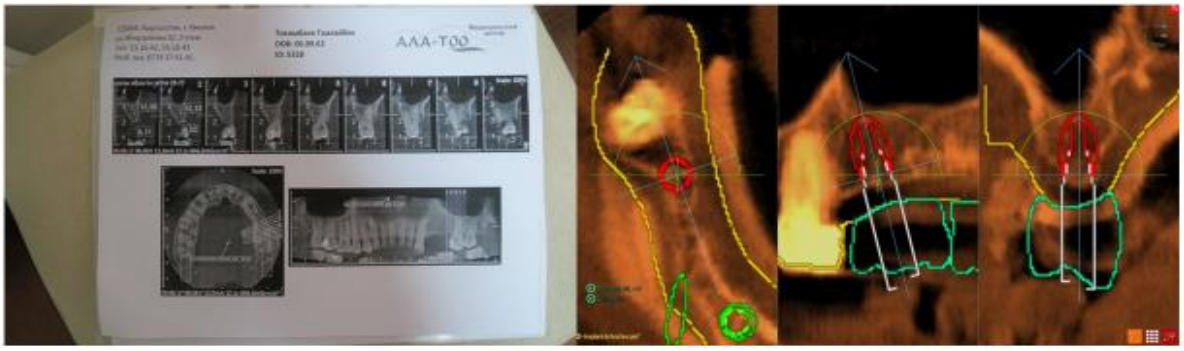
3D сканер-камера предназначена для бесконтактного измерения трехмерной поверхности зуба непосредственно в полости рта пациента. Малое время съемки в значительной степени уменьшает влияние дрожание руки и упрощает сам процесс съемки. Возможность подключения интраоральной 3D камеры к ноутбуку обеспечивает высокую мобильность в использовании. Дизайн и малый вес делают интраоральную 3D камеру простой и удобной в работе.

Интраоральный сканер Medit i500

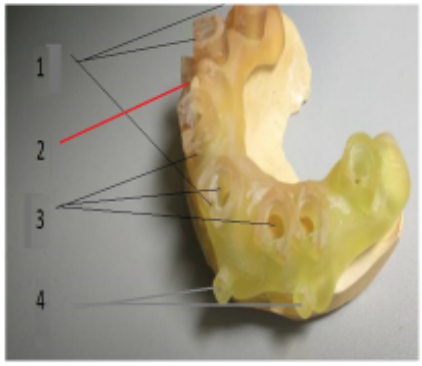
- **Основная информация**
- **Марка:** Медит
- **Страна производитель:** Ю жная Корея
- **Источник света:** светодиод
- **Размер области сканирования (мм):** 14 x 16

- **Конструкция изображения:** Видео технология 3D-in-motioin; 3D многоцветная потоковая
- **Размер наконечника (мм):** 20 x 20
- **Длина кабеля (м):** 1,5
- **Размер модуля сканирования (мм):** Длина общая: 267;Длина рукава камеры: 180; Высота и ширина наконечника: 20
- **Интерфейс:** USB 3.0

В то же время мы можем получить гибридное 3D изображение состояния костного сегмента. Программа, разработанная специально для наложения срезов КЛКТ (DICOM-файлов) на сканированные изображения (STL-файлы), также может быть использована для регистрации прикуса в ЦО .



Конструирование осуществляется относительно длине и диаметру имплантатов, создается глубина и положение направляющего колодца, ориентируясь относительно оси и шестигранника в имплантате. Моделируется компоненты способствующие исключению погрешностей, в шаблоне предусмотрены окна для наблюдения глубины погружения и положения шестигранника(1), охлаждение рабочих фрез происходит благодаря возвратно поступательным движениям во время подготовки имплантационного ложа. Уступ внутри радиуса «стопер» (3) для гарантированной глубины погружения в свою очередь на хвостовой части сверла есть выступ который не даст сверлу проникнуть глубже чем мы запланировали. Ориентиры в фиксации шаблонов «окошко»(2) устанавливается на заданные опорные пункты.
Фиксация шаблона в полости рта (4)
Готовые данные в формате STL переноситься в 3D принтер для изготовления (печати) реального шаблона. Согласно заданным параметрам.



При удовлетворительном результате расчетов согласно законам биомеханики распечатывается шаблон с направляющим колодцем, на 3 D принтере (**лазерное стерео-литография**). Изготовленная по программе шаблон отличается точным позиционированием имплантата на место, за счет расширенной хвостовой части сверла в наборе специальных боров фирмы: R2GATE-R2-Full-Surgical-Kit, нет необходимости в установления металлических втулок

3 D принтер Formlab

R2Gate-R2-Full-Surgical-Kit

Инновационный метод имплантации дает возможность:

- Точное пространственное расположение имплантата под ортопедическую конструкцию независимо от количества.
- Безопасное позиционирование имплантата во всех направлениях, включая глубину погружения.
- Простота, безопасность и предсказуемость операции.
- Возможность фиксации постоянных абатментов и временных коронок сразу после операции.

О ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

А.А. Акунова, Д.Б.Шаяхметов
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Акунова Айдана Алышбаевна - КГМА им. И.К. Ахунбаева стоматологический факультет 4 курс 2 группа, Электронная почта: akunovaaidana97@gmail.com

Резюме. Цель работы – представить опыт консервативного лечения слюннокаменной болезни. Проводилось комплексное лечение, состоящее из общего патогенетического воздействия в сочетании с интрадуктарной терапией, приводящих к уменьшению размеров конкрементов или их лизису.

Ключевые слова: слюннокаменная болезнь, консервативный метод, интрадуктарный литолиз.

ШИЛЕКЕЙ БЕЗИНИН ТАШ ООРУСУНУН КОНСЕРВАТИВДҮҮ ДАРЫЛООМҮМКҮНЧҮЛҮГҮ

А.А. Акунова, Д.Б.Шаяхметов
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Иштин максаты – шилекей безинин таш оорусунун консервативдүү дарылоосунун тажрыйбасын көрсөтүү. Интрадуктардык терапиянын айкалышы жалпы патогенетикалык таасири конкременттердин өлчөмүнүн кичирейишине жана эзилишине комплекстүү дарылоо жүргүзүлдү.

Негизги сөздөр: Шилекей безинин таш оорусу, консервативдүү ыкма, интрадуктардык литолиз.

ABOUT THE POSSIBILITY OF CONSERVATIVE TREATMENT OF SALIVARY STONE DISEASE

A.A. Akunova, D.B. Shayakhmetov
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbayev
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The purpose of the work is to present the experience of conservative treatment of salivary stone disease. Comprehensive treatment was carried out, consisting of a general pathogenetic effect in combination with intraductive therapy, leading to a reduction in the size of the stones or their lysis.

Key words: salivary stone disease, conservative method, intraductal litholysis

Актуальность

Слюннокаменная болезнь (СКБ) является наиболее распространённым заболеванием среди всей патологии слюнных желёз. Ее частота составляет от 30 до 78% от всех заболеваний слюнных желез [1]. Отмечено, что СКБ встречается у жителей городов в 3 раза чаще, чем у сельского населения. Установлено, что слюннокаменной болезнью чаще поражаются поднижнечелюстные слюнные железы (90-95%), реже околоушные (5-8%) [2].

Лечение слюннокаменной болезни преимущественно хирургическое – удаление камня или пораженной железы [3,4].

Операция экстирпация слюнной железы травматична, связана с риском повреждения нервов и дальнейшего инфицирования [2,5].

Оперативное лечение не способно предупредить рецидивное камнеобразование, поскольку оно не является ни этиологическим, ни патогенетическим [6]. А так как главным из факторов, способствующими образованию слюнного камня и приводящему к росту конкремента, являются нарушение минерального, главным образом фосфорно-кальциевого, обмена[2,7], предупреждение рецидивов невозможно без дальнейшего воздействия на орган и организм в целом. В случаях, когда удаляется только конкремент, частота рецидивов может повыситься на 18% [6]. Хронический воспалительный или дистрофический процесс, развившийся в слюнной железе после многократных рецидивов, становится показанием к ее удалению [6]. Во многих случаях такого исхода можно было бы избежать, назначив адекватное и своевременное лечение, направленное на предотвращение образования новых слюнных камней.

Целью исследования является изучение возможности своевременного консервативного лечения слюннокаменной болезни, включающего воздействие на патогенетический механизм и интрадуктарный литолиз.

Материалы и методы исследования

Существует малоинвазивные методы лечения больных со СКБ [7,8].

В связи с тем, что в наших условиях затруднен доступ к таким современным методам консервативного лечения СКБ как сиалолитотрипсия и сиалэндоскопия, мы проводили наблюдение и комплексное лечение больных со СКБ, сочетая общие и местные методы растворения конкрементов.

Имеются данные об общности этиологии и патогенезе слюнных и почечных камней [9].

В качестве общего лечения, мы использовали следующую схему, предложенной И. Н. Чечиной (2010):

- Канефрон Н по 50 капель 3 раза в день.
- 3% раствор калия йодида по 1 столовой ложке 3 раза в день.
- Настой травы спорыша по ¼ стакана 3 раза в день.

Курс лечения продолжался 4 недели.

За 2 недели до окончания курса общего лечения начинали проводить местное лечение. Для этого использовали внутрипротоковое введение 3% раствора лимонной кислоты – 0,5-1 мл, ежедневно, 10 процедур на курс лечения (рис. 2) с предварительным бужированием протока (рис. 1).

Рис.1. Бужирование протока околоушной железы.

Рис. 2. Интрадуктарное введение раствора 3% лимонной кислоты.

Объектами исследования послужили 9 больных со СКБ, получавших лечение в условиях стоматологической учебно-научной клинической базы (СУНКБ) КГМА им. И.К. Ахунбаева. Всем был проведем курс лечения по вышеприведённой схеме.

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка эффективности проводимого лечения осуществлялась по результатам клинических исследований и данным ультразвукового исследования (УЗИ).

Приводим клинический случай. Пациентка П., 45 лет, обратилась в СУНКБ КГМА им. И.К. Ахунбаева 24.09.2018г. с жалобами на периодические болезненные припухания в околоушной области слева, появляющиеся во время приема пищи, особенно кислой, что сопровождалось колющими болями. Впервые подобные ощущения отмечает более года назад. В течение последнего месяца чаще. При внешнем осмотре определяется легкая асимметрия лица за счет припухлости в левой околоушной области. Пальпаторно определяется умеренно болезненная железа. В полости рта слизистая оболочка в области устья стенонова протока бледно-розового цвета, при массировании железы из протока выделяется густая слюна в небольшом количестве. При ультразвуковом исследовании отмечена дилятация протока до 3,7 мм в диаметре, в средней трети в просвете проток на расстоянии 20 мм от устья определяются обтурирующие конкремент размерами 2,7х1,9 мм и два по 1мм (рис. 3).

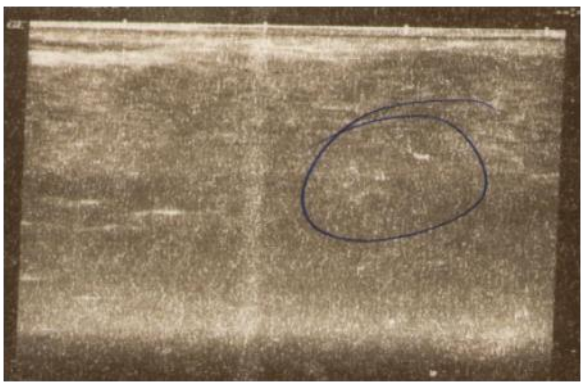


Рис. 3. Данные УЗИ пациентки П., 45 лет до начала лечения.

Диагноз: слюннокаменная болезнь околоушной железы слева.

Больной проведен курс общего и местного консервативного лечения по вышеуказанной схеме.

В результате проведенной интрадуктарной терапии в сочетании с общим лечением отмечено улучшение состояния пациентки. Приступы «слюнной колики» не возникали. В полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, при массировании железы из протока выделялась прозрачная слюна. При ультразвуковом исследовании после окончания курса лечения слюновыводящие протоки не расширены, конкременты не выявлены (рис. 4).

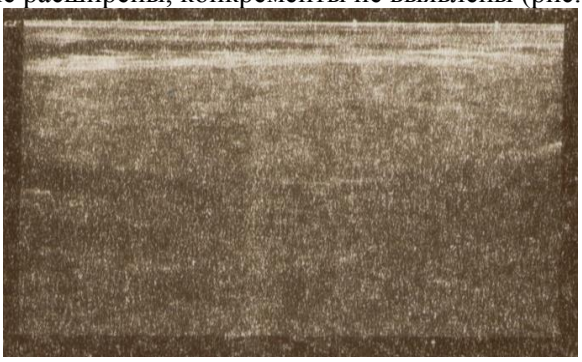


Рис. 4. Данные УЗИ пациентки П., 45 лет после окончания курса лечения.

В результате консервативного лечения 9 больных:

- у одной пациентки конкременты отошли самостоятельно;
- у 5 пациентов, у которых размеры конкрементов составляли от 1 до 2 мм, лизировались;
- у 3-х пациентов наступило клиническое выздоровление: исчезли “слюнные колики”, перестали отмечаться припухания железы во время приема кислой пищи, - но больные не явились на контрольное УЗИ и контрольный осмотр.

Осложнений во время проводимого лечения не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, применение комплексной схемы лечения СКБ, состоящей из общего патогенетического воздействия в сочетании с интрадуктарным литолизом, приводило к уменьшению размеров конкрементов и продвижению их к устью выводного протока, а также самопроизвольному выходу сиалолитов в полость рта через естественное устье. При небольших размерах конкрементов отмечено их полное рассасывание, что указывает на необходимость ранней диагностики с применением современной диагностической аппаратуры.

Литература

1. Афанасьев, В.В. Слюнные железы. Болезни и травмы: руководство для врачей/ В.В. Афанасьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 296с.
2. Учеб. литература «Хирургическая стоматология» для студ. стом. фак. мед. вузов, - 4-е изд., перераб. и доп. / [Т.Г. Робустова и др.]: под редакцией Т.Г. Робустовой. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2014. – 688 с.,
3. Солнцев, А.М. Хирургия слюнных желез: библиотека практического врача / А.М. Солнцев – Киев: Здоров`я, 1979. – 136с.
4. Афанасьев, В. В. Сиаладенит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Экспериментально-клиническое исследование): дис. на соиск. учен. степ. докт. мед. наук: 14.00.21/ Афанасьев В. В.; ММСИ им. Н. А. Семашко. – М., 1993. – 372 с.
5. Андреева, Е. П. Клинико-морфологическое обоснование хирургических методов лечения слюннокаменной болезни: автореф. дис. на. соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.00.21/ Андреева Е.П. Калининский гос. мед. инст. – Калинин, 1987. – 18с.
6. Rice, D. H. Salivary gland disorders. Neoplastic and nonneoplastic / D. H. Rice/Med. Clin. North. Am. 1999. – Vol. 83(1). – P. 197-218.
7. Абдусаламов, М. Р. Органосохраняющие методики лечения больных слюннокаменной болезнью: дис. на соик. учен. степ. док. мед. наук: 14.00.21/ Абдусаламов М. Р.; МГМСУ. – М., 2006. - 296 с.
8. Kim, R. H. Nonoperative removal of sialoliths and sialodochoplasty of salivary duct strictures / R. H. Kim, A. M. Strimling. - 1996. - P. 974–976.
9. Чечина, И. Н. Оценка влияния различных способов терапии сиалолитиаза на состояние микроциркуляции слюнных желез по данным лазерной доплеровской флоуметрии / И. Н. Чечина, В.И. Семеников, А.И. Неймарк // Российский стоматологический журнал. – 2010. - №2, – С. 43-46.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ И ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУР ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ МИОПИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ

Ч.Т.Сайдахметова, А.А.Маралбаева, А.К.Закирова
Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева Кафедра офтальмологии
(зав.кафедрой – д.м.н.,профессор О.Дж.Джумагулов)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведено исследование влияние беременности на морфологические показатели структуры глазного яблока у миопов различной степени в различные сроки беременности, в сравнении с небеременными пациентками при эмметропической и миопической рефракции.

Ключевые слова: миопия, рефракция, биометрия, беременность.

ТААСИРИ КОШ БОЙЛУУЛУК КАРАТА МОРФОЛОГИЯЛЫК КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ ТҮЗҮМДӨРҮНҮН КӨЗ АЛМАСЫНЫН КАРАШТУУ МИОПИЯНЫН ТҮРДҮҮ ДАРАЖАДА

Ч.Т.Сайдахметова, А.А.Маралбаева, А.К.Закирова
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы И.К. Ахунбаев атындагы
Офтальмология бөлүмү(каф.башчысы – м.и.т,профессор О.Дж.Джумагулов)
Бишкек ш., Кыргызская Республикасы

Корутунду. Изилдөөлөр жүргүзүлдү таасири кош бойлуулук карата морфологиялык көрсөткүчтөрү түзүмүн көз алмасынын миоптордун ар кандай даражадагы ар кандай мөөнөттө кош бойлуулуктун салыштырмалуу бою жок аялдардар менен караштуу эмметроп жана миоп рефракциясы.

Негизги сөздөр: миопия, рефракция, биометрия, кош бойлук.

INFLUENCE OF PREGNANCY ON THE MORPHOLOGICAL INDICATORS OF THE EYE APPLICATION STRUCTURES IN THE MYOPIA OF VARIOUS DEGREE

Ch.T.Saydakhmetova, A.A.Maralbayeva, A.K.Zakirova
Department of Ophthalmology(head of Department – DM, prof. O.Dj.Djumagulov)
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. A study was made of the effect of pregnancy on the morphological parameters of the structure of the eyeball in myopes of varying degrees in different periods of pregnancy, compared with non-pregnant patients with emmetropic and myopic refraction.

Key words: myopia, refraction, biometrics, pregnancy.

Актуальность.

Прогрессирование миопии после родов является одной из актуальных проблем в офтальмологии. Миопия составляет 18-19% в структуре экстрагенитальной патологии у беременных. До сих пор в научных исследованиях высказываются противоречивые мнения о причинах прогрессирования миопии в послеродовом периоде [1,2,3,4,5]. Миопия при беременности может иметь слабую степень (до 3 Д), средней степень (от 3-6Д) и высокую (более 6Д). Причина миопии и ее осложнения при беременности предопределены наследственными факторами нарушения питания сосудов глаза, снижения иммунологического механизма. Миопия при беременности склонна к прогрессированию и осложнениям вследствие усиления нагрузки на сердце и сосуды, особенно в период родов. Известно, что миопия прогрессирует при тяжелых поздних гестозах при ранних токсикозах беременных. Во второй половине беременности могут быть изменения аккомодации,что связано с нарушением проницаемости хрусталика в результате действия прогестерона и эстрогенов.

К 14-й неделе беременности в организме женщины начинает определяться пролактин, в норме отсутствующий у взрослого человека, а его максимальная концентрация регистрируется с 22-й по 32-ю неделю. Помимо выработки плацентарного гормона роста (PIGF) во время беременности увеличивается уровень гипофизарного гормона роста и пролактина. PIGF является представителем семейства структурно близких между собой белков, которые служат лигандами для семейства

рецепторов VEGF и относятся к сосудистоэндотелиальным факторам роста. Он принимает активное участие в процессах плацентации, становления и развития плацентарного кровообращения. PIGF воздействует на рецепторы VEGFR-1 и нейропилин-1, активирует фосфолипазу А-2 и образование арахидоновой кислоты, которая служит субстратом для синтеза многих биологически активных молекул, включая простагландины F2a и E2 (основные модуляторы сократительной деятельности мускулатуры). VEGF-лиганд запускает сигнальный каскад, который в конечном итоге стимулирует рост эндотелиальных клеток сосуда, их выживание и пролиферацию [6, 7, 8, 9]. Значительно увеличивается продукция материнского инсулиноподобного фактора роста (IGF-1), который может действовать в качестве аутокринного или паракринного фактора в формировании и развитии плаценты [10], и тромбоцитарного фактора роста, который участвует в процессе эмбриогенеза, являясь одним из аутокринных ростовых факторов [11]. Возможно, все перечисленные факторы роста происходящие в организме беременной женщины могут влиять на морфологические показатели структуры глазного яблока беременных женщин, которые необходимо выявить и которые будут вероятно являться причиной прогрессирования миопии в послеродовом периоде.

Цель нашего исследования выявить морфологические изменения у беременных миопов различной степени в сравнении с не беременными миопами и эмметропами, для выработки профилактических мероприятий прогрессировании миопии.

Методы и материалы исследования.

Под нашим наблюдением находилось две группы пациенток:

1 группа 36 беременных женщин в возрасте от 19 до 37 лет в среднем 27,19 ± 3,7 , из них 16 миопов и 20 эмметропов. При этом миопия по классификация Аветисова Э.С.(1986) была классифицирована как - миопия слабой степени миопии -3, миопии средней степени 7, миопия высокой степени -6.

2 группа - 21 не беременных женщин в возрасте от 20 до 33 лет. Средний возраста составил 26,0 ± 2,7 . Из них 7 миопов: слабой степени 3, средней степени 4, а также 14 эмметропов.

Пациенткам были сделаны морфологические исследования с использованием следующей современной аппаратуры: рефрактометр TOPCON, биоофтальмометр ALLADIN, биомикроскопия на щелевой лампе HUVITZ HS – 5500,оптическийский когерентный томограф TOPCON (OCT), топограф окулайзер (пентакам).

Определение рефракции пациентов проводили на рефрактометр TOPCON, нами выявлено в 2х группах -23 пациента с миопией различной степени и 34 пациента с эмметропической рефракцией (таблица 1).

Таблица 1- распределение пациенток в группах по рефракции

№ группы	**Миопия слабой степени**	**Миопия средней степени**	**Миопия высокой степени**	**Эмметропы**
1 группа беременные женщины	3	7	6	20
2 группа небеременные женщины	3	4	-	14

Морфометрические исследования глаз включает измерение передне-задней оси глаза, или длина глазного яблока. Передне-задняя ось (ПЗО) глаза называют воображаемую линию, проходящую параллельно медиальной стенки и под углом 45° к латеральной стенке глазницы. Она соединяет два полюса глаза и показывает точное расстояние от слезной пленки до пигментного эпителия сетчатки. По-другому, передне-заднюю ось, называют длиной глаза и ее размер, наряду с преломляющей силой, напрямую влияет на клиническую рефракцию глаза. Нами на биоофтальмометре ALLADIN определяли размер глазного яблока-достоинством этого аппарата являетсяопределение рамера глаза без давления на глаз, так как измерение происходит на расстоянии, в глаз направляются лучи, и замеряется с помощъю датчиков скорость возвращения этих лучей отраженных от тканей дна глазного яблока. Данные по измерению размеров глазного яблока в группах отражено в рисунке 1.

Рисунок 1. Морфометрические измерения в группах передне-задней оси глаза (в мм).

В среднем, нормальная длина (размер) оси глаза у взрослых составляет 22 - 24,5 мм.

При гиперметропии (дальнозоркости), она может колебаться в пределах 18 - 22 мм;

При миопии (близорукости), ее длина составляет 24,5 - 33 м

Выявлено у беременных ПЗО увеличено, чем у небеременных на 1,89мм ($p<0,01$).

Основным методом измерения толщины сетчатки человека in vivo в настоящий момент является оптическая когерентная томография. Оптическийский когерентный томограф TOPCON (OCT), предоставляет данные о толщине сетчатки с указанием вероятности патологического снижения или увеличения толщины сетчатки относительно нормативного уровня в среднем толщина макулы в норме от 230 до 245 ннм (рисунок 2). OCT показывает морфологическое состояние всех гистологических слоев сетчатки in vivo.

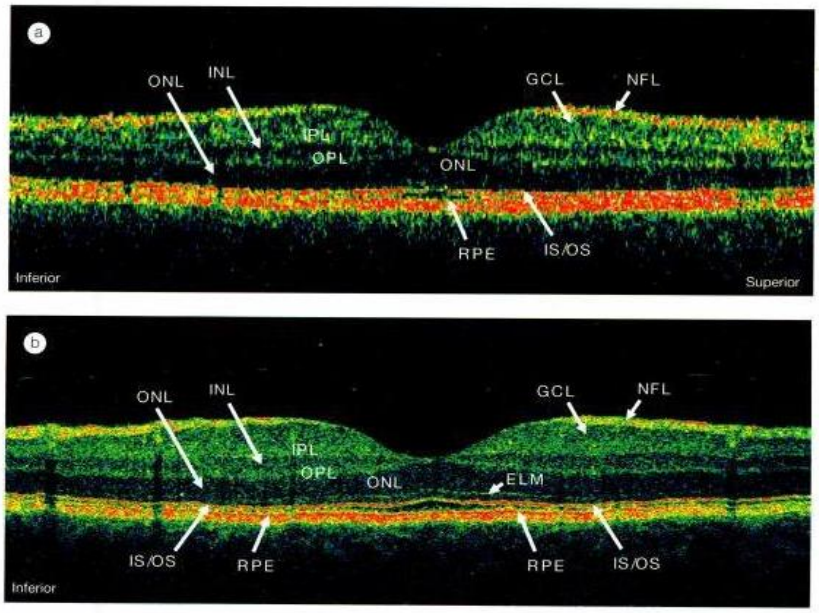


Рисунок 2. Картина оптической когерентной томографии в норме.

Нами выявлено незначительное увеличение толщины макулы у беременных со слабой степенью миопии на 6,1 ннм ($p<0,01$) (таблица 2).

Таблица 2 - Морфометрическая характеристика толщины макулярной зоны сетчатки в группах

группы	**Миопия слабой степени**	**Миопия средней степени**	**Миопия высокой степени**	**Эмметропы**
1 группа беременные	264,3	248,29	251,83	244
2группа небеременные	258,2	247	0	245

Биоофтальмометр ALLADIN, позволяет также бесконтакно определить размер хрусталика. Хрусталик – один из самых главных элементов оптической системы глаза, расположенный в задней глазной камере Его средние размеры составляют 4-5 мм в толщину и до 9 мм в высоту, с преломляющей способностью в 20-22D. Формой хрусталик напоминает двояковыпуклую линзу,

передняя поверхность которой имеет более плоскую конфигурацию, а задняя более выпуклую. Толщина хрусталика довольно медленно, но неуклонно увеличивается с возрастом (таблица 3).

Таблица 3 - Морфометрическая характеристика размеров хрусталика в группах

№ группы	**Миопия слабой степени**	**Миопия средней степени**	**Миопия высокой степени**	**Эмметропы**
1 группа беременные	3,5	3,4	4,2	3,5
2группа небеременные	3,8	3,8	0	3,6

Морфометрическая характеристика размеров хрусталика миопов слабой и средней степени показывает уменьшение переднезаднего размера хрусталика на 0,4 мм ($p<0,01$), что говорит о снижении аккомодационных возможностей хрусталика в период беременности, снижения его эластических возможностей.

Выводы:

1. Морфометрическое исследование структур глазного яблока в группах выявил достоверное увеличение передне - задней оси глаза у беременных со слабой и средней степени миопии в сравнении с не беременными миопами и беременными с эмметропической рефракцией.
2. Выявлено незначительное утолщение макулярной зоны в глазах с миопией слабой степени в сравнении с небеременными миопами слабой степени и небеременными эмметропами.
3. Отмечающееся уменьшение размеров хрусталика, говорит о снижении аккомодационных возможностей его при беременности, что способствует увеличение передне-заднего размера глаза у беременных.

Литература

1.Елисеева, Э.Г. Исследование гемодинамики региональных сосудов методом флуоресцентной ангиографии при высокой близорукости / Э.Г. Елисеева, Н.В. Агафьева // Тезисы 6 съезда офтальмологов России.-М,1994. - С 139-140.

2.Коленко, О.В. Применение профилактической лазеркоагуляции при периферических дистрофиях сетчатки у беременных. Новые технологии микрохирургии глаза./О.В. Коленко , Е.Т.Сорокин // Сб. ст.- Оренбург, 2001. -С.70-71.

3.Петрова, О.Ю. Особенности клинического течения миопии при беременности, гестозе и в послеродовом периоде: Автореф. канд. Мед. наук .-М.,2004.- 22с.

4. The management of labor in high myopic patients it / [R.T.Grausbord L. Kremer, J. Ovadia , G.Treister] // Eur. J, Obstct. Gynecol, Rcprod. Biol.-1985. -19 (5)-P. 227.

5. Myatt, Z. Vaso-active factors in pregnancy //U Fetal Maternal. Med.- Rev., 1992. -V. 4.-P. 15-36.

6. The basic residues of placenta growth factor type 2 retrieve sequestered angiogenic factor sintoasolubeform – Implications for tumor angiogenesis [G.Barrilari ,L Albonici, O.Franzese et al.] // Am. J. Pathol. -1998.- V.152, No.5.- P.1161-1166.

7. Dvorak, H.F. Vascular permeability factor/vascular endothelial growth factor: a critical cytokine in tumour angiogenesis and a potential target for diagnosis and therapy // J. Clin. Oncol. -2002. V.-20. P.4368-4380.

8. Ferrara, N. Timeline VEGF and the quest for tumour angiogenesis factors // Nat. Rev. Cancer. V.-2002. -No.2. -P.795-803.

9. Vascular endothelial growth factor, placenta growth factor and their receptors in isolated human trophoblast / [V.N.Shore , T.N.Wang , T.L.Wang et al.] // Placenta.- 1997.- V.18. -P.657-669.

10. Insulin-like growth factor 1 as a local regulator of proliferation and differentiated function of the human trophoblast in early pregnancy / [T. Maruo et.al.] // Early Pregnancy.- 1995.- V.1, No.1.- P.154-161.

11. Nakatsuka, M. Platelet activating factor n-culture media indicator of human embryonic development after in vitro fertilization/ M.Nakatsuka , N.Yoshida , T. Kudo // Hum. Reprod. -1992.- V.7.- P.1435-1439.

ГИДРОДИНАМИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУР ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Ч.Т. Сайдахметова[1], А.А. Маралбаева[1]
[1]Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра офтальмологии г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведены исследования морфометрических показателей влияния гормонального фона на структурные, гидродинамические изменения органа зрения при беременности различной степени миопии в сравнении с небеременными пациентами при аметропической рефракции.

Ключевые слова: Беременность, миопия, эмметропия, гиперметропия, кератометрические параметры, истинное внутриглазное давление.

КОШ БОЙЛУУ УЧУРУНДА КӨЗ КАРЕГИНИН ТҮЗҮЛҮШҮН МОРФОМЕТРИКАЛЫК ЖАНА ГИДРОДИНАМИКАЛЫК ӨЗГӨРҮШҮ

Ч.Т.Сайдахметова[1], А.А.Маралбаева[1]
[1]И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, офтальмология кафедрасы, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш.

Корутунду. Аметропикалык рефрекцияда кош бойлуу эмес аялдарды салыштыруу менен кош бойлуу аялдардагы миопиянын ар түрдүү даражада көз органдарынын гидродинамикалык түзүлүшүнүн өзгөрүшүн, гормоналдык фондун таасиринин морфометрикалык көрсөткүчтөрүнө изилдөө жүргүзүлгөн.

Негизги сөздөр: Кош бойлуулук, миопия**,** эмметропия, гиперметропия, кератометрикалык параметрлери, чыныгы ички көз басымы.

HYDRODINAMIC AND MORPHOMETRIC CHANGES IN THE STRUCTURES OF THE EYEBALL DURING PREGNANCY

Ch.T. Saidakhmetova[1], A.A. Maralbaeva[1]
[1]Kyrgyz state medical academy named after I.K.Ahunbaev, Department of ophthalmology, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. Morphometric indicators of the effect of hormonal background on structural, hydrodynamic changes in the organ of vision during pregnancy of varying degrees of myopia have been studied in comparison with non-pregnant patients with ametropic refraction.

Key words: Pregnancy, myopia, emmetropia, hyperopia, keratometric parameters, true intraocular pressure.

Введение

Миопия занимает второе место по распространенности из всех болезней глаз среди женщин детородного возраста. Доказано, что активное прогрессирование миопии возможно: на фоне абсолютно нормальных резервов аккомодации (20% случаев) и при полном ее отсутствии (3,5%); на фоне низкого ВГД (P_0= 8-10 мм рт. ст.; 12-15%), относительно повышенного (P_0>15-15,6 мм рт. ст.; 5560%) и высокого ВГД (P_0=20-21 мм .рт. ст., 2-4%); на фоне нормальных значений ригидностии гемодинамики глаз и при снижении этих показателей [1]. Среди беременных женщин миопическая рефракция встречается от 16,9% - 38% [2].У беременных сдвиг рефракции в миопическую сторону связан с нарушением проницаемости капсулы хрусталика под влиянием прогестинов и эстрогенов, в связи с чем отмечается некоторое его оводнение, увеличение переднезаднего размера и усиление его преломляющей силы. Гормональные изменения, которые происходят в организме беременной, влияют на орган зрения при эмметропической рефракции: отмечается умеренный отек, минимальное утолщение роговицы и изменение ее чувствительности, во втором триместре беременности снижается внутриглазное давление ниже нормы и возвращается к исходному уровню приблизительно через 2 месяца после родов. Коленко О. В. (2003) также отмечает влияние половых гормонов в этот период на легкость оттока влаги из передней камеры и уровень интрасклерального венозного давления. По его мнению, эти же факторы являются причиной снижения акустической плотности склеры во время физиологической беременности, которые наблюдаются к третьему триместру у 27,7–33,3 % беременных [3].Усиление рефракции у беременных

и сдвиг ее в миопическую сторону некоторые исследователи связывают с изменением вязко-эластических свойств наружной оболочки глазного яблока-роговицы и склеры [4]. Гормональные изменения в организме беременной женщины приводят к увеличению эластичности и повышенной растяжимости соединительной ткани (подготовка родовых путей к естественным родам). В связи с этим, наружная соединительнотканная оболочка глаза тоже претерпевает изменения, растягивается под воздействием нормального ВГД. Как следствие – увеличение переднезаднего размера глазного яблока и появление несоответствия его преломляющей силы к его размеру, т.е. появлению транзиторной миопии [5].

Цель: исследовать морфометрические и гидродинамические показатели влияния гормонального фона на структурные, гидродинамические изменения органа зрения при беременности у миопов в сравнительной характеристике с небеременными миопами, аметропами.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 53 женщин в возрасте от 18-35 лет (28,8±m). В 1-ю группу вошли беременные женщины с миопией различной степени (17), из них с миопией слабой степени - 7 пациента, с миопией средней степени - 6 пациентов, с миопией высокой степени – 4 пациента. 2-ю группу пациентов составляли небеременные женщины с миопией (17), из них с миопией слабой степени - 6 пациентов, с миопией средней степени - 7 пациентов, с миопией высокой степени - 4 пациента. 3-я группа – это небеременные женщины с аметропией (19), из них гиперметропией – 9 пациентов и эмметропией - 10.

Из сопутствующей патологии у беременных женщин с миопией у 7 пациентов обнаружена анемия различной степени, у 2 пациентов артериальная гипертензия, у 2 пациентов выявлена протеинурия.

Гормональный фон во время беременности меняется по триместрам. Одной из основных задач прогестерона является подготовка эндометрия (внутреннего слоя матки) к беременности, а также поддержание роста и развития плода. Во время беременности уровень прогестерона постепенно возрастает: в I триместре – 8,9-468,4 нмоль/л; во II – 71,5-303,1 нмоль/л; в III – 88,7-771,5 нмоль/л. Учитывая столь значимый разброс в показателях в пределах одного триместра, информативными считаются результаты анализов конкретной женщины на разных сроках беременности.

Эстрогены – стероидные гормоны, вырабатывается яичниками, во время беременности начинает продуцироваться плацентой. Этот гормон отвечает за протекание циклических изменений во влагалище, развитие молочных желез и женских половых органов. После зачатия уровень эстрогена в организме женщины значительно увеличивается по триместрам: в I триместре - 745,2-14610,6 пмоль/л, во II- 3689,4-65674,0 пмоль/л, в III-15979,9-64609,6 пмоль/л.

Пациентам были сделаны морфологические исследования с использованием следующей современной аппаратуры: авторефрактометр TOPCON, биометр ALLADIN,биомикроскопия HUVITZHS – 5500, оптический когерентный томограф TOPCON(OCT),окулайзер(Пентакам), бесконтактная тонометрия. Авторефрактометр TOPCON– это оптимальный по функциональности инструмент для измерения рефракции (Кератометрия -K_1, K_2). Биометр ALADDIN-интерференциальный биометр с измерением передне-задней оси глаза (ПЗО), толщины хрусталика и роговицы, глубины передней камеры, расстояние от лимба до лимба. Окулайзер (Пентакам) - основан на принципе Шаймпфлюг камеры совершая оборот на 360 градусов камера производит снимки переднего отрезка глаза освещенный узким пучком света. Прибор измеряет толщину, объем, топографию передней и задней кривизны роговицы, объем и глубину передней камеры. Автоматический пневмотонометр HNT-7000- бесконтактный способ диагностического исследования, позволяющего определить внутриглазное давление.

Данные исследования проводились на кафедре глазных болезней КГМА и ОсОО «Офтальмологический лазерный центр».

Результаты и обсуждение

В процессе работы мы проследили как изменились морфометрические показатели в трех основных группах и провели корреляцию гидродинамических показателей глаза**.**

Анализируя все показатели глаза выяснено, что в первой группе у беременных с миопией определялось увеличение объема роговицы и передней камеры, утолщение роговицы, увеличение углубление диска зрительного нерва, увеличение показателей внутриглазного давления (рисунок 3). Во второй и третьей группах у небеременных женщин с миопией и аметропией объем роговицы и передней камеры, углубление диска передней камеры, толщина роговицы, внутриглазное давление снизилось до нормальных показателей (рисунок 1,2). Оценивая повышение внутриглазного давления

во время беременности мы провели корреляцию и выявили что в связи с утолщением роговицы происходит повышение внутриглазного давления (рисунок 4).

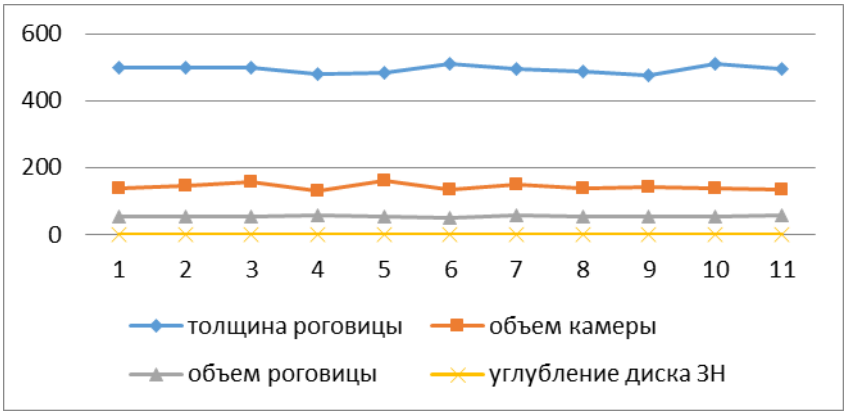


Рис.1. Морфометрическая характеристика аметропии.

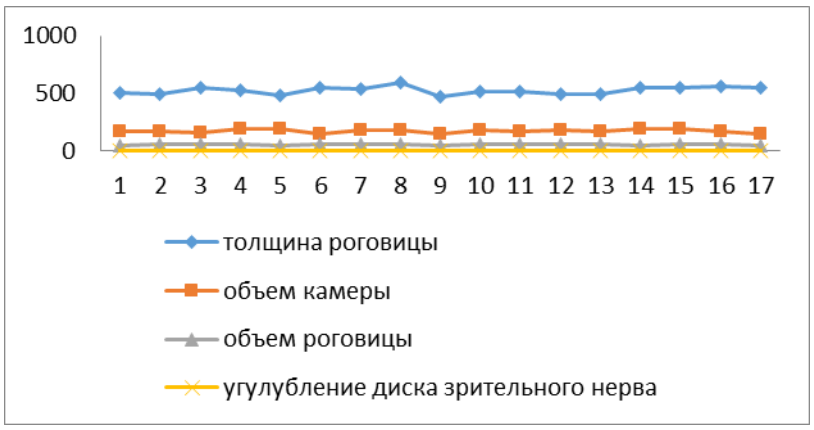


Рис.2. Морфометрическая характеристика миопии небеременных женщин.

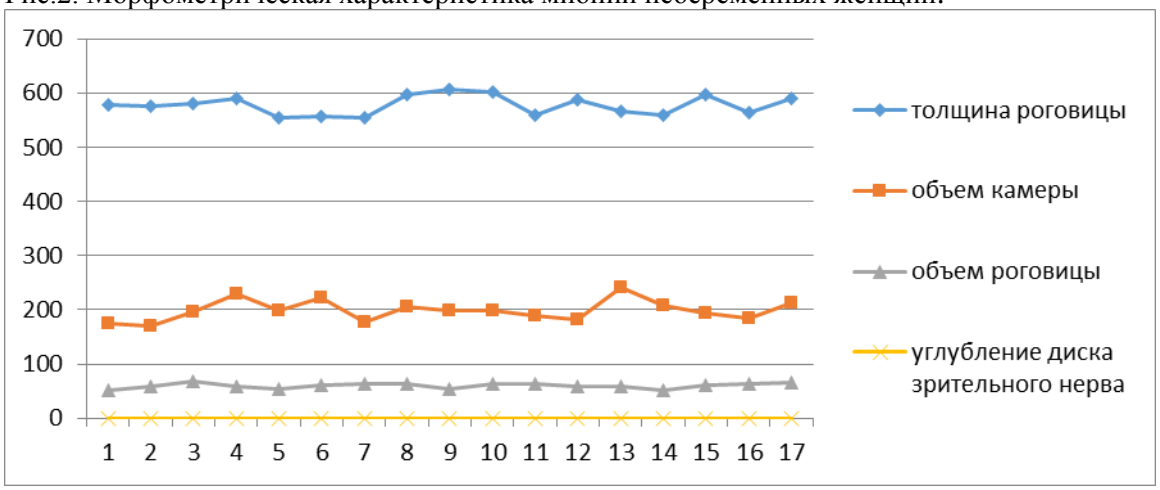


Рис.3. Морфометрическая характеристика миопии беременных женщин

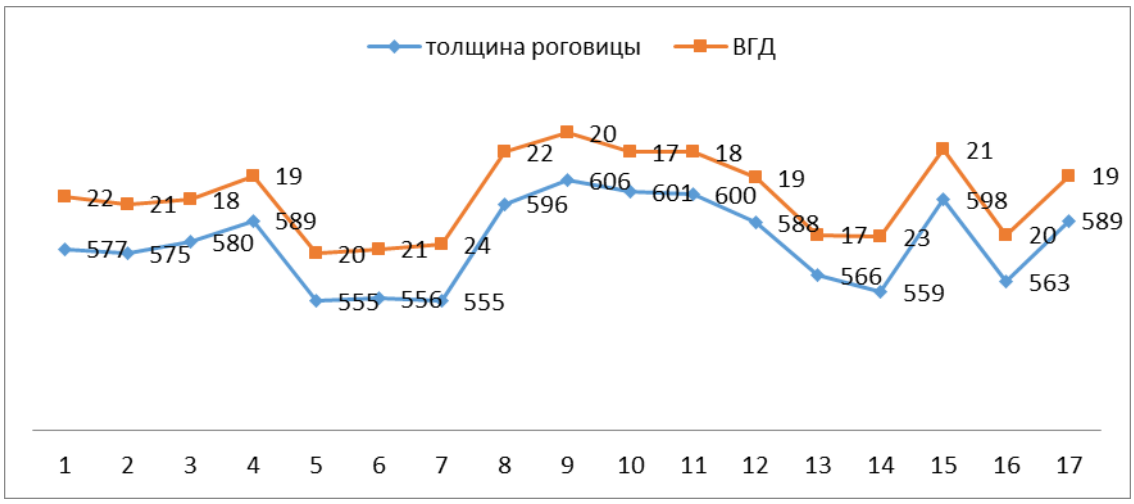


Рис.4. Корреляция толщины роговицы и значением внутриглазного давления R≤1

Заключение

Изменение гормонального фона у беременных женщин с миопией способствуют изменению структурных, морфометрических и гидродинамических показателей глаза.

Литература:

1. Авдеева, В.А. Восстановление зрительных функций при амблиопии и органических заболеваниях глаз методом адекватного биоуправления и саморегуляции в условиях обратной биологической связи // Автореф. Дисс. канд. мед. наук. М, 2000. - 28 с.

2. . Иванов, В.В. Влияние беременности и родов на орган зрения при близорукости // автореф.дисс…канд.мед.наук.- М.,1973. - 24 с.

3. Ахвледиани, К.Н. Тактика ведения иродоразрешения беременных с миопией // Рос. вестн.акушера-гинеколога.- 2005. (4).С. 57–62.

4. Макогон, А.С. Изменение органа зрения при нормальной и патологически протекающей беременности// Вестник сибирской офтальмологии.- 2012.

5. Сорокин, Е. Л. Состояние регионарной гемодинамики глаза у женщин с осложненной беременностью // Современные аспекты офтальмологии.. Красноярск, 1998. С. 278–280.

Аннотация

ТИМПАНОСКЛЕРОЗ – КАК ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ХГСО В КР. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Насыров В.А., Халилова Карима

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

Халилова К. – студентка 6 курса, 33 группы лечебного факультета КГМА им. И. К. Ахунбаева

В нашем докладе рассмотрена проблема особенности течения ХГСО в КР. Имеются данные о результатах обследования пациентов с данной патологией. Выявлена и обоснована необходимость проведения хирургического лечения и особенность тактики ведения пациентов с данной патологией.

Ключевые слова: Тимпаносклероз, хронический средний гнойный отит, оссикулопластика, стапедотомия,

ЛИТЕРАТУРА:

1. Плестер Д. Тимпаносклероз. J Отоларингологическое Общество Австралии. 1971; 3: 325-326.

2. Мейерхофф В.Л., Ким К.С., Паперелла М.М. Патология хронического среднего отита. Энн отал Ринал Ларингал. 1977; 87: 749-760.

3. Остин Дэвид Ф. Реконструктивная техника при тимпаносклерозе. Энн Отал Ринал Ларингал. 1988; 97: 670-674.

4. Вульштейн Х. Слухолучшающие операции. Перев. с нем. – М.: Медицина, 1972. – 424 с.

5.Миниахметова Р.Р. Клинико-иммунологические особенности и хирургическая тактика при тимпаносклерозе: Автореф. дисс… канд. мед. наук, С-П., 2010. - 23 с.

6.Овчинников Ю. М. О роли и месте тимпаносклероза (отоза) в патологии среднего уха / Ю.М. Овчинников //Вестн. оторинолар.-1975.- № 2.-С. 17-22.

ХОЛЕСТЕАТОМА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

д.м.н., профессор Насыров Вадим Алиярович
к.м.н Буваев Шухрат Икрамович
студент: Айтикеев Адилет Медетбекович, 6 курс факультет лечебное дело
КГМА им И.К.Ахунбаева кафедра Оториноларингологии

Представлен краткий обзор литературы, а также собственное клиническое наблюдение холестеатомы наружного слухового прохода. На примере клинического наблюдения обоснована необходимость своевременной диагностики и хирургического лечения, сочетающего одномоментную санацию и реконструкцию в необходимом объеме.

Ключевые слова: холестеатома, холестеатома наружного слухового прохода, антромастоидотомия, мастоидопластика,

Литература

1. Милешина Н.А., Курбатова Е.В. Холестеатома наружного слухового прохода. Вестн оторинолар 2008;
2. Vrabec J, Chaljub G. External canal cholesteatoma. Otology & Neurotology. 2002;23(2):
3. Naim R, Linthicum F, Shen T, Bran G, Hormann K. Classification of the External Auditory Canal holesteatoma. The Laryngoscope. 2005;115(3):455-460

ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

УДК: 178.1:616-036.88

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ (ЭТИЛОВОГО СПИРТА) НА ЧАСТОТУ И СТРУКТУРУ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

М.Ш. Мукашев[1], Б.М. Мамадыев,[1] Токтосун у.Б.[1], О.Н. Рубанова[1]
[1]Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор-д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.), г.Бишкек, Кыргыская Республика

Резюме. В статье приводятся данные о частоте и структуре насильственной смерти и влияние алкоголя на частоту смертности. В частности, при смерти от утопления за 2000-2009 годы из 147 случаев в 71 случае (48,28%) обнаружили в крови умерших этиловый спирт различной концентрации. В 5 (3,40%) случаях концентрация алкоголя соответствовала тяжелой степени алкогольного опьянения, в 16 (10,88%) случаях сильной, в 25 (17,0%) случаях-средней, в 19 (12,92%) легкой и в 6 (4,08%) – незначительному влиянию алкоголя. В 76 (51,70%) случаях алкоголь не обнаружен.

Ключевые слова. Алкоголь, насильственная смерть, частота, структура, утопление.

КЫРСЫКТАН БОЛГОН ӨЛҮМДҮН ТҮЗҮМҮНӨ ЖАНА ЖЫШТЫГЫНА АЛКОГОЛДУН (ЭТИЛ СПИРТИНИН) ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

М.Ш. Мукашев[1], Б.М. Мамадыев[1], Токтосун у.Б.[1], О.Н. Рубанова[1]
[1]И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор-м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.), Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада кырсыктан өлүмдүн жыштыгына жана түзүмүнө алкоголдун тийгизген таасиринин натыйжасы жөнүндө маалыматтар көрсөтүлгөн. Атап айтканда, 2000-2009-жылдарысууга чөгүп өлгөндөрдүн 147 учурунун 71учурунда (48,28%) өлгөндөрдүн канынан ар турлүү топтомдогу этил спирти табылган.Анын ичинен 5 учуру (3,40%) алкоголь топтомунун оор алкоголдук мас болуу абалына дал келет, 16 учуру (10,88%) абдан катуу, 25 учуру (17,0%) орточо абалда, 19 учуру (12,92%) жеңил жана 6 учурда (4,08%) анча коп эмес алкоголдун таасиринде болгон. 76 учурда (51,70%) алкогол табылган эмес.

Негизги сөздөр: Алкоголь, кырсыктан болгон өлүм, жыштык, түзүм, чөгүү.

THE EFFECT OF ALCOHOL (ETHANOL) ON THE PURITY AND STRUCTURE OF VIOLENT DEATH

M. Sh. Mukashev,[1] B.M. Mamadyev,[1] Toktosun u B.,[1] O.N. Rubanova[1]
[1]Kyrgyz State medical akademy Of I.K.Ahunbaev (rector-d.m.s., professor Kudaybergenova I.O.),
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The article reports data on the frequency and structure of violent death and the impact of alcohol on the mortality rate. In particular, the data on death by drowning in 2000-2009 shows, that in 71 cases out of 147(48,28%) , ethyl alcohol was found in various concentration of alcohol was identified as severe level of intoxication, in 16 cases (10,88%), to be high, in 25 cases (17%), moderate, in 19 (12,92%), mild and in 6 cases (4,08%) – impact of alcohol considered to be not significant. In 76 cases (51.70%), alcohol was not detected.

Keywords: Alcohol, violent death, frequency, structure, drowning.

Спирты являются природными биологически активными соединениями, а эндогенный спирт принимает участие в обмене веществ в организме человека и играет важную роль в поддержании метаболического гомеостаза [1]. Кроме того, при физиологических концентрациях он создает состояние функционального и психоэмоционального комфорта [2,3]. Степень токсичности спиртных напитков зависит от количества содержащегося алкоголя. Смертельная доза для человека 6-8 мл чистого этилового спирта на 1 кг массы тела (примерно 200-300 мл чистого алкоголя)

По статистике в США с употреблением алкоголя связано 67% убийств, 35 % самоубийств, 54% изнасилований. Каждая десятая смерть в стране причинно связана с алкоголем. Эпидемиологические

наблюдения подтверждают связь между объемом потребления спиртных напитков и числом отравлений его суррогатами, а также суицидальных отравлений [4,5].

В структуре основных причин смерти трудоспособного населения первое место занимают случайные отравления и травмы, а внутри этого класса причин лидирует смертность от отравлений алкоголем, самоубийств и убийств [6]. В случаях насильственной смерти этиловый спирт был обнаружен в 46,1%, в том числе: в случаях механической травмы – 33,9%, механической асфиксии – 23,8%, от воздействия крайних температур – 8,1 % [6] и основная масса преступлений совершается в состоянии алкогольного опьянения [7].

Результаты зарубежных эпидемиологических исследований [8], выполненных в 1970-2000 г.г. позволили доказать наличие взаимосвязи между объемом потребления алкоголя в популяции и смертностью от более чем 200 состояний, имеющих шифры Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Эта группа состояний, а с позиции общественного здоровья – медико социальное явление со сложной внутренней структурой – в зарубежной научной литературе получила название «алкогольатрибутивной смертности» /alcohol-attributablemortality, AAC /» [Цитата по 8].

Концентрация алкоголя в крови трупа от 3,0-5,0% может быть причиной смерти от отравления алкоголем. Однако определенная концентрация алкоголя в крови еще не означает основную причину смерти, т.к. при наличии довольно высокой его концентрации причиной смерти могут быть болезнь, травма, при которых алкоголь был провоцирующим, усугубляющим течение болезни фактором (алкогольатрибутивная смерть) [9].

В России 60% убитых и 80% совершивших преступления лиц находились в состоянии алкогольного опьянения разной степени [10, 6].

Целью настоящего исследования явился анализ частоты и структуры насильственной смерти населения по материалам Ошского областного бюро судмедэкспертизы и влияние алкоголя на смертность населения на примере смертности от утопления.

Материал и методы исследования.

Были изучены архивные данные отдела танатологии за 1988г, 2000г. и случаи смерти от утопления за 2000-2009 годы.

Частота и структурная характеристика насильственной смерти за 1988г. приведена в таблице 1.

Таблица 1

Частота, половозрастная и структурная характеристика насильственной смерти за 1988 год (в скобках указаны проценты)

№	Вид смерти	муж	жен	0-10	11-18	19-25	26-45	46-60	61 и выше	Всего
1	Механические травмы	98 (73,1)	36 (26,9)	24 (19,9)	12 (8,9)	17 (12,6)	58 (43,2)	11 (8,2)	12 (8,9)	134 (58,8)
2	Механические асфиксии	45 (72,5)	17 (27,5)	3 (4,8)	9 (14,5)	12 (19,3)	29 (46,8)	4 (6,5)	5 (8,0)	62 (27,2)
3	Отравления	10 (62,5)	6 (37,5)	1 (6,3)	---	2 (12,5)	7 (43,8)	4 (25,0)	2 (12,5)	16 (7,0)
4	Действия крайних температур	5 (62,5)	3 (37,5)	---	---	2 (25,0)	3 (37,5)	2 (25,0)	1 (12,5)	8 (3,5)
5	Электро-травмы	6 (85,7)	1 (14,3)	---	---	1 (14,3)	3 (42,8)	3 (42,8)	---	7 (3,0)
6	Мед.вмешательства	---	1 (100)	---	---	1 (100)	---	---	---	1 (0,4)
	ИТОГО	164 (71,9)	64 (28,1)	28 (12,3)	21 (9,2)	45 (19,7)	100 (43,9)	24 (10,5)	20 (0,9)	228

Насильственная смерть как причина смерти пострадавших составила 84,13% (228 абс.число) из общего количества исследованных трупов (271 случай). Из всех случаев насильственной смерти (228 случаев) в 134 случаях смерть наступила от механических травм (58,8%), от механической асфиксии в 62 случаях (27,2%), в 16-от отравлений (7,0%).

Возрастная структура погибших от насильственной смерти показывает, что наибольшее количество приходится на возраст от 19 до 45 лет, что составило 63,6% среди всех возрастов, от 0-до 18 лет -28%, а на возраст от 46 до 60 лет и выше – 11,4%.

В 2000 году частота и структура насильственной смерти представлена несколько иной по сравнению с 1988 годом (таблица 2).

Таблица 2 Половозрастная характеристика смертности по Ошскому областному бюро СМЭ за 2000 год

Вид смерти	Муж.	Жен.	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	всего
Насильственная смерть	111 84,7%	20 15,3%	28 21,3%	37 28,2%	38 29,0%	15 11,4%	13 9,9%	131 100%
Механические повреждения (ДТП, тупая травма, травма острыми предметами)	63 48,0%	9 6,8%	16 12,2%	21 16,0%	26 19,8%	4 3,0%	5 3,8%	72 54,9%
Механическая асфиксия (утопление, повешение, удавление)	17 12,9%	7 5,3%	5 3,8%	6 4,5%	6 4,5%	4 3,0%	3 2,2%	24 18,3%
Отравление (алкоголь, наркотики и др.)	22 16,7%	2 1,5%	6 4,5%	9 6,8%	2 1,5%	4 3,0%	3 2,2%	24 18,3%
Электротравма (техническая, атмосферная)	2 1,5%	1 0,7%	---	---	2 1,5%	1 0,7%	---	3 2,2%
Действие крайней температуры (низкой, высокой)	7 5,3%	1 0,7%	1 0,7%	1 0,7%	2 1,5%	2 1,5%	2 1,5%	8 6,1%

Из таблицы видно, что данные по видам смерти по частоте встречаемости совпадают с литературными данными о значительном превалировании механических повреждений в структуре смертности от воздействия внешних факторов. Механические асфиксии, отравления заняли второе место, что также соответствует литературным данным.

Из 131 случая насильственной смерти в 111 случаях (84,7%) погибли мужчины и только в 20 случаях (15,3%) женщины. Основная доля смертности от механических травм приходится на мужское население (48,0%), как, впрочем, и от других видов насильственной смерти: механических асфиксий – 12,9%, отравлений – 16,7%, электротравмы – 1,5%, действие крайней температуры – 5,3%. Виды насильственной смерти лиц женского пола распределились: механические повреждения – 6,8%; механические асфиксии – 5,3%; отравления – 1,5%; электротравма – 0,7%; действие крайних температур – 0,7%.

С целью выяснения влияния алкоголя на частоту и структуру насильственной смерти нами взята механическая асфиксия от закрытия верхних дыхательных путей жидкостью – утопления как непосредственная причина смерти за 2000-2009 годы.

Частота смертности и половой состав погибших от утопления приведены в таблице 3.

Таблица 3

Частота смертности и половой состав погибших от утопления

Наименование показателей	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	ИТОГО
Число умерших от механической асфиксии – утопления	17	15	9	10	25	19	15	8	13	16	147 (100%)
В том числе **мужчины**	11	12	8	7	19	16	11	5	7	12	108 (70,0%)
В том числе **женщины**	6	3	1	3	6	3	4	3	6	4	39 (30,0%)

Анализ содержания алкоголя в крови умерших от утопления показал, что из 147 случаев (100%) в 76 (51,70%) случаях при судебно – химическом исследовании крови умерших от утопления алкоголь не обнаружен, в 71 (48,28%) случае – выявлен этиловый спирт различной концентрации. Концентрация, соответствующая тяжелой степени алкогольного опьянения, обнаружена в 5 (3,40%) случаях, сильная – в 16 (10,88%), средняя – 25 (17,0%), легкая – 19 (12,92%) и незначительное влияние алкоголя – в 6 (4,08%) случаях, (Таблица 4).

Таблица 4 Распределение погибших от утопления по степени алкогольного опьянения

Наименование показателей		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	ИТОГО
В том числе всего погибших от механической асфиксии-утопления	Абсолютное число	17	15	9	10	25	19	15	8	13	16	147
Алкогольное опьянение	Тяжелая	---	---	---	1	---	2	---	1	---	1	5(3,40%)
	Сильная	---	---	3	1	3	2	2	2	1	2	16(10,88%)
	Средняя	5	3	---	1	6	3	2	2	3	---	25(17,0%)
	Легкая	2	3	1	2	4	2	1	1	3	---	19(12,92%)
	Незначительная	---	---	---	---	4	---	2	---	---	---	6(4,08%)
Алкоголя нет		10	9	5	5	8	10	8	2	6	13	76(51,70%)

Таким образом, влияние алкоголя на частоту и структуру насильственной смерти очевидно, о чем свидетельствуют многочисленные литературные данные и результаты наших исследований на примере смерти населения от механической асфиксии-утопления.

Литература

1. Зиматкин С.М. Топохимия ферментов метаболизма спиртов и альдегидов в мозге. Функциональная нейроморфология: фундаментальные и прикладные исследования /под науч. ред. В.Н. Турина, В.В. Солтанова // - Минск: Бизнессофсет, 2001.- С.104-107.
2. Ruggeri P., Saija A., Costa Z.,Caputi A. Influence of several aldehyde dehydrogenase and aldehidereductase inhibitors on diamine oxidase in rat brain /Res. Commun// Chem. Pathol. Pharmacol.-1986.-Vol.51.-№2. P.205-209.
3. Голанов Е.В. Современное состояние проблемы эндогенных морфиноподобных веществ.-ВНИИМИ, 1986.-Вып.1.-С.76.
4. Lands W.E. Alcohol's impact upon glycobiology // indianJ.Biochem. Biophys. – 1997.- Vol.34.- №1-2.-P.212-213.
5. Leikin J.B., Toerne T., Burda A. et al. Summertime cluster of intentional ethylene glycol ingestions//JAMA.-1997.-Vol.278.-№17.-P.1406.
6. Судебно-медицинская диагностика отравлений спиртами. Под.ред. члена-кадр РАМН / Ю.И. Пиголкина.// МИА, Москва, 2006.-574с.
7. Бережной Р.В. Руководство по судебно-медицинской экспертизе отравлений. – М.: Медицина, / Смусин Я.С., Томилин В.В., Ширинский П.П. // 1980. – 424с.
8. Вязьмин А.М., Соловьев А.Г., Мордовский Э.А. и др. К проблеме учета алкогольатрибутивной смертности населения в судебно-медицинской практике//Судмедэкспертиза.-2014, №3.-С.29-33.
9. Мукашев М.Ш., Мамадыев Б.М. Судебно-медицинское обоснование острого отравления алкоголем как причины смерти лиц трудоспособного возраста. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2015, №2. – С.-137-141.
10. Голов А.А. Алкоголь и здоровье населения России. 1990-2000. Материалы Всероссийского Форума по политике в области общественного здоровья. Всероссийская конференция "Алкоголь и здоровье", М., 1998.-с.374-385.

УДК: 616-001.86:340.6

СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ОТ УТОПЛЕНИЯ КАК ВИДА НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ (НА МАТЕРИАЛЕ ОШСКОГО ОБЛАСТНОГО БЮРО)

Б. М. Мамадыев[1], М. Ш. Мукашев[1], Токтосун у.Б.[1],О. Н. Рубанова[1]
[1]Кыргызская Государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
(ректор-д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.), г. Бишкек, Кыргызкая Республика

Резюме: Проведен анализ смертности населения от утопления за 2000-2009 годы по материалам Ошского областного бюро судмедэкспертизы. Установлено, что смертность от утопления составила 10,52% от общего количества исследованных трупов. 70% погибших составили лица мужского пола, а 30% - женщины, среди которых 83,5% были лица трудоспособного возраста. В крови (48,28%) погибших обнаружен этиловый спирт, соответствующий разной степени алкогольного опьянения, большинство которых соответствовали средней степени алкогольного опьянения. При значительной части случаев утоплений в весенне-летний период, смертность от

утопления можно назвать всесезонной. Обнаружение диатомового планктона во внутренних органах как один из критериев прижизненности утопления имело место в 31,2% случаев.

Ключевые слова: утопление, население, пол, возраст, алкоголь, трудоспособное.

КЫЙНАП ӨЛТҮРҮҮНҮН БИР ТҮРҮ КАТАРЫ КАЛКТЫН СУУГА ЧӨГҮП ӨЛҮҮСҮ (ОШ ОБЛАСТЫК БЮРОСУНУН МАТЕРИАЛЫНДА)

Б. М. Мамадыев[1], М. Ш. Мукашев[1], Токтосун у.Б.[1],О. Н. Рубанова[1]

[1]И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор-м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.), Бишкек ш, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Ош областтык сотмедэкспертизанын бюросунун материалдары боюнча 2000-2009 жылдарындагы калктын чөгүүдөн өлүүлөрү боюнча анализ жүргүзүлдү. Изилдеген сөөктөрдүн жалпы санынан 10,52% чөгүп өлүүлөрдөн боло тургандыгы такталды. Өлгөндөрдүн 70 пайызы эркек кишилер болсо, 30 пайызы аялдар болуп, алардын ичинен 83,5% эмгекке жарамдуу жаштагылар. Өлгөндөрдүн канынан (48,28%) этил спирти табылып, ар кандай даражадагы алкоголдук мас болууларга дал келип, көбүнчөсү, алкоголдук мас болуунун орточо даражадагысындагыларга дал келет. Чөгүүлөрдүн белгилүү бир бөлүгү жазгы-жайкы мезгилдерде болот, негизи эле, чөгүүлөр бардык сезондо боло берет. Чөгүп өлгөндөрдүн 31,2% да ички органдарда табылган диатомдук планктон өлгөн адамдын сууга тирүү түшкөнүн кепили болот.

Негизги сөздөр: чөгүү, калк, жыныс, жаш, алкогол, эмгекке жарамдуу.

MORTALITY FROM DROWNING AS A TYPE OF VIOLENT DEATH (ON THE MATERIAL OF THE OSH REGIONAL BUREAU)

B.M. Mamadiyev[1], M.Sh. Mukashev[1], Toktosun u.B.[1] O.N. Rubanova[1]
[1] Kyrgyz State medical academy. I.K. Akhunbaeva
(rector-d.m.s., professor Kudaybergenova I.O.), Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The analysis of mortality from drowning in 2000–2009 was carried out using materials from the Osh Regional Bureau of Forensic Medicine. It was established that mortality from drowning was 10.52% of the total number of corpses studied. 70% of the dead were males, 30% were women, among whom 83.5% were of working age. In the blood of 48.28% of the dead ethyl alcohol was found, corresponding to different degrees of alcohol intoxication, most of which corresponded to the average degree of alcohol intoxication. With a significant part of cases of drowning in the spring and summer, the death rate from drowning can be called all-season. Detection of diatom plankton in internal organs as one of the criteria for drowning in vivo occurred in 31.2% of cases.

Key words: drowning, population, gender, age, alcohol, able-bodied.

В структуре основных причин смерти населения трудоспособного возраста механическая асфиксия составляет 8,1% [1].

Утопление является одним из видов механической асфиксии и смерть от утопления относится к категории насильственной, требующей правовой оценки, т.к. утопление может быть результатом убийства, самоубийства и несчастного случая.

По данным ВОЗ, средний показатель смертности при утоплении как разновидности механической асфиксии колеблется в мире от 1 до 1,2 на 10 000 населения. Поэтому проблема утопления давно приобрела выраженный социальный характер в силу смертности именно среди молодого, трудоспособного населения и среди детей.

Смертность людей от утопления в зависимости от климатических условий и времени года составляет до 20% всей насильственной смерти. Жертвами утопления являются преимущественно население активного, трудоспособного возраста [2].

Литературные данные насильственной смерти свидетельствуют о достаточном удельном весе смертности от утопления среди насильственной смерти.

Так, по данным С. А. Дронь [3], смертность от утопления по г. Уральск (Западно – Казахстанская область) за 1998-2000 г.г. составила 19,6% среди всех видов механических асфиксий, в то время как механические асфиксии среди всех видов насильственной смерти составили 30,8%.

По данным Ю. А. Крутиковой, Д. С. Лавренова (2003) [4] при механической асфиксии, процент которой в структуре насильственной смерти составил 21,48%, смерть от утопления в воде была в 18,46%.

В структуре механических асфиксий за 1988 год смертность от утопления занимает первое место – 35 случаев утопления из 62 случаев механических асфиксий [5], за 1987 г. из всех случаев насильственной смерти (111 случаев) механические асфиксии были в 30 случаях [6].

Актуальность темы побудила провести анализ смерти от утопления, тем более, что географическое положение г. Ош и Ошской области (Ферганская долина) имеет свои особенности (длительный жаркий период, множество водоемов, река Ак-Бура, несоответствующие купанию условия).

Проведенный анализ смерти от утопления за 10 лет (2000-2009 годы) показал, что средний показатель смертности на 10 000 населения при численности его 4. 874697, составляет от 0,13 до 0,16 в 2000 году, от 0,16 до 0,19 в 2009 году при численности населения 5. 348254. За исследуемый период в областном бюро судебно – медицинской экспертизы исследовали 147 трупов лиц, погибших от утопления, что составило 10,52% от общего количества исследованных трупов.

Наибольшее количество утоплений отмечено в 2004 г. (25 случаев), в 2005 (19 случаев), наименьшее – в 2007 году (8 случаев).

Литературные данные (1,3,4,5,6) доказывают, что наибольшему риску погибнуть от насильственной смерти подвержены лица мужского пола и трудоспособного возраста. Наш анализ смертности от утопления как вида насильственной смерти подтверждает данные вышеуказанных и других авторов. Так, за 10 лет (2000-2009 годы) у 103 исследованных трупов (70%) мужского пола непосредственной причиной смерти определено утопление, в то время как лица женского пола составили 44 случая (30%).

Поло-возрастной состав лиц, погибших от утопления, представлен в табл. 1.

Таблица 1

Суммарные поло - возрастные показатели утопления

Годы	Муж-чины	Жен-щины	До 16 лет	16-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-65 лет	Более 65 лет	Всего
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2000	11	6	1	6	1	8	0	1	0	17
2001	12	3	2	2	2	6	2	1	0	15
2002	8	1	0	3	1	1	1	3	0	9
2003	7	3	0	2	4	2	0	1	1	10
2004	19	6	3	4	3	8	6	0	1	25
2005	16	3	2	2	6	6	1	0	2	19
2006	11	4	0	5	5	3	1	1	0	15
2007	5	3	0	3	0	1	3	1	0	8
2008	7	6	0	3	2	2	3	1	2	13
2009	12	4	0	3	3	3	6	0	1	16
Всего:	103	44	8	33	27	40	23	9	7	147
%	70%	30%	5,4%	22,4%	18,3%	27,2%	15,6%	6,1%	4,7%	100%

Из таблицы следует, что смерть от утопления встречалась и среди лиц старше 65 лет (4,7%), в возрасте до 16 лет – 5,4%. Наибольший процент умерших от утопления приходится на возраст от 16 до 55 лет (83,5%). При этом значительная часть погибших приходится на долю мужского населения (70%), против (30%) женщин.

В структуре основных причин смертности населения трудоспособного возраста определенную роль играет алкоголь, который в одних случаях становится непосредственной причиной смерти, в других – провоцирующим либо усугубляющим фактором. По данным ВОЗ (2006), удельный вес вреда, наносимого алкоголем, составляет 3,7% от общего числа случаев смерти и является ключевой причиной преждевременной смертности [1]. Анализ степени алкоголизации организма лиц, погибших от утопления представлен в табл. 2.

Таблица 2

Суммарное распределение погибших от утопления по степени **алкогольного опьянения**

Наименование показателей		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Итого	%
В том числе всего погибших от механической асфиксии-утопления	Абсолютное число	17	15	9	10	25	19	15	8	13	16	147	100
Алкогольное опьянение в степенях	Тяжелая	-	-	-	1	-	2	-	1	-	1	5	3,40
	Сильная	-	-	3	1	3	2	2	2	1	2	16	10,88
	Средняя	5	3	-	1	6	3	2	2	3	-	25	17
	Легкая	2	3	1	2	4	2	1	1	3	-	19	12,92
	Незначительная	-	-	-	-	4	-	2	-	-	-	6	4,08
Алкоголя нет		10	9	5	5	8	10	8	2	6	13	76	51,70

Из таблицы видно, что почти половина погибших находилась в состоянии алкогольного опьянения разной степени (71 случай, 48,28%): легкой в 19 случаях (12,92%), средней в 25 случаях (17%), сильной – 16 (10,88%), тяжелой – 5 (3,40%), в 6 случаях (4,08%) выявлено незначительное влияние алкоголя, что соответствует до 0,3‰ и ниже содержанию алкоголя в крови умерших. В 76 случаях (51,70%) алкоголь не обнаружен.

Смерть от утопления, казалось бы, носит сезонный характер, однако из таблицы явствует, что смерть от утопления носит практически всесезонный характер (табл. 3).

Таблица 3

Суммарные сезонные показатели утопления

	Месяцы	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**Всего**
Зима 7 4,7%	Декабрь	1	-	-	1	1	-	-	-	1	-	4
	Январь	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	Февраль	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Весна 46 32,2%	Март	3	1	-	-	-	-	-	-	-	1	5
	Апрель	4	2	3	1	2	3	1	-	1	2	19
	Май	2	1	-	1	6	5	2	-	3	2	22
Лето 70 47,6%	Июнь	1	1	-	-	5	3	3	2	2	1	18
	Июль	3	5	1	2	6	3	3	4	1	-	28
	Август	1	-	3	2	3	3	3	1	3	5	24
Осень 24 16,3%	Сентябрь	-	3	-	3	-	1	1	-	-	5	13
	Октябрь	1	1	1	-	-	1	-	-	1	-	5
	Ноябрь	-	-	-	-	2	-	2	1	1	-	6
Всего		17	15	9	10	25	19	15	8	13	16	147

В период зима – весна, который являются далеко не купальным сезоном, смерть от утопления наступила в 63 из 147 случаев. Смертельные 22 случая купания в мае месяце может говорить о климатогеографических особенностях области. Наибольшее же количество смертности от утопления приходится на традиционно купальный сезон – 83 (56,46%) случая.

При судебно – медицинской экспертизе трупов лиц, извлеченных из воды, одним из кардинальных вопросов органов правосудия является прижизненность или посмертность попадания человека в водоем. Для решения этого вопроса наряду с морфологическими изменениями, обнаруживаемых на теле трупа, используется метод выявления планктона во внутренних органах и костном мозге трубчатой кости. Результаты исследования внутренних органов (печень, почки) на диатомовый планктон представлен в табл. 4.

Таблица 4

Обнаружение диатомового планктона во внутренних органах

Годы	Обнаружены диатомовые планктоны при гистологическом исследовании внутренних органов	%	Всего
1	2	3	4
2000	5	29,4%	17
2001	4	26,6%	15
2002	3	33,3%	9
2003	3	33,3%	10
2004	8	32%	25
2005	7	36,8%	19
2006	5	33,3%	15
2007	2	25%	8
2008	4	30,7%	13
2009	5	31,25%	16
Всего:	46	31,2%	147

По результатам диатомового исследования как дополнительного критерия прижизненности утопления, в 46 случаях (31,2%) доказана прижизненность попадания человека в воду.

Выводы:

1. Смертность населения от утопления составила 10,52% от общего количества исследованных трупов.
2. На 10 000 населения смертность от утопления в 2000 году составила от 0,13 до 0,16, а в 2009 году от 0,16 до 0,19, на 10 000 населения.
3. Смертность от утопления, в основном, встречается среди лиц мужского пола (70%) и трудоспособного возраста (83,5%).
4. Почти половина погибших от утопления находились в состоянии алкогольной интоксикации разной степени (48,28%).
5. Основная масса погибших приходится на весеннее – летний период (56,46%). Хотя смертность от утопления, по нашим данным, имеет всесезонный характер.
6. Диатомовый планктон, как дополнительный критерий прижизненности утопления, выявлен в 31,2% случаев смерти от утопления.

Литература

1. Гальчиков Ю. И., Лупенко И. В., Москвина И. В. Алкоголизация населения как одна из медико – социальных проблем. // Судебная медицина: вопросы, проблемы, судебная практика , 2016, Выпуск 1(22), Барнаул, 19-20 мая. 2016 г. с.- 8-14.
2. Круподерова О. Г., Лисянский А. М. Механическая асфиксия вследствие утопления в воде за период 1993-2002 г. (по данным секции трупов ГУЗ Бюро СМЭ). // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Выпуск 8. Новосибирск, 2003. с.- 75-81.
3. Дронь С. А. Характеристика насильственной смерти по материалам Западно – Казахстанского филиала ЦСМ за 1998-2000 г. г. // Судебно – медицинская экспертиза в Казахстане, 2003, 2(7). с.- 39-40.
4. Крутикова Ю. А., Лавренов Д. Е. Анализ структуры насильственной смерти в Петропавловске – Камчатском за 10 лет (1993-2002г.).// Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Выпуск 8, Новосибирск, 2003. с.- 81-84.
5. Мукашев М. Ш., Мамаджанов Б. Б. Судебно – медицинская характеристика насильственной смерти за 1988 год (по материалам Ошского областного бюро судебно – медицинской экспертизы). // Вестник Ошского Государственного университета. Специальный выпуск, 2014. №4. 2 выпуск. Серия: Медицинские науки. с.-34-38.
6. Мамаджанов Б. Б., Мукашев М. Ш. Структура и частота насильственной смерти, зарегистрированных в органах ЗАГС г. Ош. // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева, 2015, №2(1). с.- 116-119.

УДК: 340.6:616-079.8

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ОЧЕВИДНОЙ ЯСНОСТИ ДИАГНОЗА И ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ ПАЦИЕНТА (ЭКСПЕРТНЫЙ СЛУЧАЙ)

М.Ш. Мукашев[1], А.Э. Турганбаев[1], Б.Н. Айтмырзаев[1], Б.А. Асанов[1], Токтосун у. Б[1]
[1]Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д. м. н., профессор Кудайбергенова И.О.), г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: При очевидной ясности и при правильной постановке диагноза «Открытый перелом обеих костей левого предплечья» врачами районного уровня допущены тактические ошибки, приведшие к развитию газовой гангрены. В условиях стационара лечебного учреждения третичного уровня продолжают допускать тактические ошибки, ограничиваясь десенсибилизирующими разрезами в количестве 9 на предплечье и 4х на передней поверхности грудной клетки при необходимости глубоких декомпрессирующих разрезов мышц и фасций вплоть до костей и назначении мощной антибактериальной, детоксикационно-инфузионной терапии и решении вопроса о срочной ампутации конечности.

Нарушен приказ № 651 МЗ КР от 24.08.2016 года, «О перечне заболеваний подлежащих амбулаторному лечению», что выражалось не госпитализацией больной с открытым переломом обеих костей предплечья и наложением гипсовой лонгеты и рекомендацией обратиться через определенный срок, отсутствием антибактериальной терапии.

Ключевые слова: диагноз, открытый перелом, газовая гангрена десенсибилизирующие, ампутация, антибактериальная, детоксикационно-инфузионная, смерть.

ТАК КОЮЛГАН ДИАГНОЗДОН КИЙИН МЕДИЦИНАЛЫК ЖАРДАМДЫН ТУУРА ЭМЕС КОРСОТУЛГОНУНУН КЕСЕПЕТИНЕН КЕЛГЕН ОЛУМ (ЭКСПЕРТТИК ОКУЯ)

М.Ш. Мукашев[1], А.Э. Турганбаев[1], Б.Н. Айтмырзаев[1], Б.А. Асанов[1], Токтосун у. Б[1]
[1]И.К. Ахунбаев атындагы.Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м. и. д., профессор Кудайбергенова И.О.), Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Так коюлган диагноздон кийин медициналык жардамдын жана дарылоонун туура эмес корсотулгонунун негизинде оорукчандын олуп калышы жонундо соз болот. Оорулуга сол билектин эки соогу ачык сынганы жонундо так диагноз коюлганына карабай, медициналык жардам туура эмес берилген – оорулуну стационарга жаткырып, антибиотиктерден берип даарылоонун ордуна гипс лонгетасын салып уйуно кетирген. Бул туздон – туз 24.08.2016 жылы саламаттык – сактоо министрлигинен чыккан № 651 буйругун бузгандык болот. Бул буйруктун негизинде сооктордун ачык сынышы амбулаториялык шартта даарылай турган оорулардын тизмесине кирбейт.

Айылдык жана райондук медициналык мекемелердин денгээлинде кетирген каталыктар учунчу тепкичте турган даарылоо мекемесинде улантылган.

Гангренанын орчуп баратканына карабай, терини десенсибилизациалык кана даарылоого чектеп коюп, детоксикациялык – инфузиялык, антибиотикалык даарылоо жургузулбой, ооруну кучотуп ийшкен. Оз убагында колун ампутация кылышкан эмес. Оору аябай отушуп кеткенде кана ампутация жасалган, бирок даарылоонун мучулуштугунон, операцияны (ампутация) кеч жасалганынан бейтап каза болгон.

Негизги создор: диагноз, ачык сынык, газ гангренасы, десенсибилазациялоо, кесип салуу, антибактериалдык, детоксикациялоо – куюуу, олум.

DIAGNOSTIC ERRORS WITH OBVIOUS CLARITY OF DIAGNOSIS AND TACTICAL ERRORS IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE WITH THE PATIENT'S DEATH (EXPERT CASE)

M.Sh. Mukashev[1], A.E. Turganbaev[1], B.N. Aytmyrzaev[1], B.A. Asanov[1], Toktosun y. B[1]
[1]Kyrgyz State Medical Academy. I.K. Akhunbaeva
(Rector - d.m.s., Professor Kudaibergenova I.O.), Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: With obvious clarity and correct diagnosis of the “Open fracture of both bones of the left forearm,” district-level doctors committed tactical mistakes that led to the development of gas gangrene. In a hospital setting of a tertiary level, tactical errors continue to be made, limiting themselves to 9 desensitizing incisions on the forearm and 4th on the front surface of the chest, if necessary, for deep decompression

muscle cuts and fascias down to the bones and the appointment of powerful antibacterial, detoxification-infusion therapy and resolution about urgent limb amputation.

The order №… Ministry of Health care from… “On the list of diseases subject to outpatient treatment” was violated, which was expressed not by hospitalization of a patient with an open fracture of both forearm bones and the imposition of a plaster splint and a recommendation to apply after a certain period, the absence of antibacterial therapy.

Key words: diagnosis, open fracture, gas gangrene desensitizing, amputation, antibacterial, detoxification-infusion, death.

Судебно – медицинская экспертиза в рамках уголовного процесса является следственным действием, которая осуществляется на этапе доследственной проверки, предварительного расследования либо судебного производства и служит средством получения доказательств [1].

Анализ судебно-медицинских экспертиз показывает, что количество «врачебных дел» возрастает [2,3,4]. При этом первоочередная задача судебно-медицинской экспертизы по материалам «врачебного» дела - выяснение, установление наличия либо отсутствия элементов и признаков состава преступления в деяниях медицинских работников [5].

Роль судебно-медицинской экспертизы в расследовании «врачебных» дел предопределена спецификой уголовных дел по «врачебным» делам, выраженной в высокой потребности в использовании специальных знаний для оценки всех обстоятельств дела на предмет наличия признаков состава преступления [6].

По мнению [7], задачи экспертного исследования по материалам «врачебного» дела диктуется задачей уголовного процесса – необходимостью установить их отсутствие.

Судебно-медицинские экспертизы, связанные с установлением дефектов при оказании медицинских услуг, являются одним из сложных [8]. Это связано с тем, что при проведении экспертная комиссия решает вопросы, связанные не только с диагностикой, но и с неправильным осуществлением медицинских манипуляций и операций [9], соблюдения стандартов и обоснованности назначенного лечения, установления причинной связи между выявленной патологией и развившимися осложнениями.

По мнению Сухаревой М.А. (2014) [10], объективными факторами, влияющими на неблагоприятный исход при оказании медицинских услуг, являются: редкость заболевания, естественный патоморфоз, сочетание или конкуренция нозологических форм, тяжелое состояние больного, кратковременность пребывания в лечебно-профилактическом учреждении, отсутствие условий оказания помощи в лечебно-профилактическом учреждении.

Анализ профессиональных правонарушений медицинских работников [2,3] показал, что наибольшее количество жалоб на действия медицинских работников и назначаемых судебно-медицинских экспертиз касаются деятельности акушер - гинекологов (от 41,9% до 54%) и хирургов (от 12,45% до 16%) за 2013 и 2014 годы.

В данной статье приводится случай из экспертной практики по судебно-медицинской оценке профессиональной деятельности хирургов, травматологов при очевидной ясности диагноза и неоправданном затягивании кардинальной хирургической помощи на уровне третичного звена здравоохранения.

Заключение № 595 от 27.11.18 года. Из постановления следователя известно, что девочка 2010г.р. 03.09.18г., играя на улице упала и сломала левую руку. 05.09.18г., обратилась в ЦСМ районной больницы, врач, осмотрев руку, наложил гипс и отправил домой. 07.09.18г., в связи с болями в руке девочка обратилась в участковую больницу, где хирург, считая, что давит гипс, переложил гипс и отправил домой, а 10.09.18г, в хирургическом стационаре третичного уровня здравоохранения девочка скончалась.

На разрешение экспертизы поставлены 5 вопросов касательно правильности действий врачей на разных уровнях здравоохранения, называя конкретные фамилии врачей.

Следователем в распоряжение экспертной комиссии представлены:

- копии страниц амбулаторного журнала хирурга, травматолога ГСВ города…;
- копии журнала учета амбулаторных больных ЦОВП села…;
- Справка служебного расследования по факту смерти…2010г.р;
- история болезни № 2/3888…(медицинское учреждение третичного уровня).

В материалах уголовного дела возбужденного по признакам преступления предусмотренного ст.119, ч. 2 Уголовного кодекса КР, имеется акт исследования трупа девочки от 10.09.18 года.

В копии страниц амбулаторного журнала хирурга – травматолога ГСВ г… следующая запись: 05.09…2010г.р Диагноз: открытый перелом костей предплечья слева. Наложен гипс. Повязка, наблюдение по месту жительства.

В копии журнала учета амбулаторных больных ЦОВП села… указано «при попытке расслабить гипсовую лонгету, гипсовая лонгета разломалась. Учитывая наличие раны, наложена мазевая повязка. Повторно наложена гипсовая лангета от кончиков пальцев до средней трети плеча…»

В справке служебного расследования указано, что больная 08.09.18г., в 09^{00} повторно обратилась к хирургу ЦОВП села…, о чем имеется запись в журнале учета амбулаторных больных. При совместном осмотре с директором ЦОВП … конечность холодная, гнилостный запах, пальцы кисти темного цвета. Диагноз: Влажная гангрена. Направлена в ТБ района.

При осмотре в ТБ района жалобы на боли в левой руке, отечность, потемнение кончиков пальцев, похолодание левой кисти и предплечья, температура 38^0, сухость во рту, неприятный запах. Создан консилиум. Диагноз: открытый перелом средней трети обеих костей левого предплечья со смещением, гнилостная инфекция раны с тромбозом плечевой артерии и вены, осложненной гангреной левой верхней конечности. Была предложена срочная ампутация конечности, от которой бабушка отказалась. По линии санавиации больная 08.09.18г., в $17ч^{50м}$ переведена в г. Бишкек (третичный уровень здравоохранения), с диагнозом Газовая гангрена верхней левой конечности. Открытый перелом средней трети обеих костей левого предплечья со смещением.

Комиссия сделала выводы:

<u>На уровне ЦСМ г. …</u>

1. …врач…не оценил тяжесть полученной травмы, не госпитализировал;
2. Не назначена антибактериальная терапия;
3. Медицинская карта оформлена не полностью, не описана манипуляция;

<u>На уровне ЦОВП (центр общеврачебной практики) села(07.09.18г.)…</u>

1. Врач…не оценила тяжесть состояния ребенка;
2. Не госпитализировала при первичном обращении в ЦОВП (07.09.18г.);
3. В журнале учета амбулаторных больных не указано повторное наложение гипсовой лонгеты, нет назначения;
4. Больная направлена в ТБ района без сопровождения медицинского работника при повторном обращении (08.09.18г.).

<u>На уровне ТБ района:</u>

1. Не заведена история болезни или амбулаторная карта;
2. В журнале регистрации нет записи анамнеза жизни больной, консультация врачей и о предложенном оперативном лечении;
3. Нет отказа бабушки от оперативного лечения.

<u>На уровне третичного учреждения здравоохранения (г. Бишкек):</u>

1. При отсутствии периферической пульсации магистральных сосудов и диагнозе «Гангрена» объём операции ограничился мелкими разрезами в области левой верхней конечности (десенсибилизирующие разрезы);
2. Учитывая и диагноз «Сепсис» нужно было взять анализ на прокальцитонин крови;
3. Не взят мазок из раны для определения микроорганизма и чувствительности к антибиотикам;
4. Следовало назначить антибиотики из последних групп (цепин, моксифлоксацин, имипенем и.т.д.) и произвести интенсивную дезинтоксикационно-инфузионную терапию;
5. Несмотря на отсутствие эффекта от проведенных вмешательств, 09.09.18г., в $10ч^{30м}$ – $11ч^{00м}$ повторно производят лишь десенсибилизирующие разрезы левого предплечья и кисти;
6. Операция ампутации левой верхней конечности производится через сутки после поступления 09.09.18г., в $19ч^{45м}$ – $20ч^{45м}$.

Данные медицинской карты за № 2/3888 из отделения общей хирургии лечебного учреждения третичного уровня:

Поступила больная 08.09.18г., в $17ч^{50м}$ с диагнозом «Открытый перелом с/3 обеих костей предплечья слева. Влажная гангрена». Жалобы на отеки и боли в области верхней конечности слева, отсутствие чувствительности, наличие зловонного запаха. Слабость, сонливость. История болезни: со слов бабушки 03.09.2018года около $20ч^{00м}$ девочка упала на улице, на левую руку. В день травмы в больницу не обращались. Самостоятельно дома обработали рану предплечья раствором йода и

наложили повязку. В течении следующего дня 04.09.18г. ребенок находился дома, при этом периодически жаловался на боли в области предплечья. 05.09.18г., утром боли усилились в связи с чем обратились в ТБ, поликлинику, где проведена рентгенограмма предплечья, репозиция, наложение гипсовой лонгеты, ребенок отпущен домой для амбулаторного наблюдения 06.09.18г. вечером боли усилились, синюшность пальцев кисти, всвязи с чем обратились в больницу с … дежурным хирургом произведена замена гипсовой лангеты, обработка раны. 07.09.18г., ребенок находился дома и бабушка отмечает усиления боли значительно. 08.09.18г., повторно обратились в больницу села …, направлена в ТБ города … по договоренности главных врачей ребенок переведен в г. Бишкек. Статус локалис: при осмотре верхняя конечность фиксирована гипсом. Отечная, ладонная поверхность кисти внутренней поверхности предплечья синюшная, (темно-багрового цвета со зловонным запахом). Движение локтевого сустава резко ограничено, болезненно. Периферическая пульсация магистральных сосудов не определяется, чувствительности нет. При надавливании выслушивается крепитация. На рентгенограмме визуализируется перелом костей предплечья слева. На контрольной рентгенограмме предплечья от 05.09.18г., с небольшим улучшением. На основании вышеизложенного!! Выставлен предварительный диагноз открытый перелом средней трети обеих костей предплечья слева, газовая гангрена верхних конечностей в области предплечья и кисти слева? Вызвана бригада хирургов, анестезиологов. 08.09.18г. Совместный осмотр с хирургом и анестезиологом. Общее состояние тяжелое. Тяжесть обусловлена течением газовой гангрены. Сознание ясное, на вопросы отвечает адекватно, ходит самостоятельно. Температура тела в пределах нормы. Аппетит снижен. Объективно: кожные покровы бледно-розовые, сухость, слизистые сухие. Локально: при осмотре левой верхней конечности имеется тотальный отек, от верхней трети до кистей. Движение в локтевом суставе резко ограничено, болезненно. Кожные покровы холодные, блестящие, напряжение ладонной поверхности кисти, внутренней поверхности предплечья темно-синюшного цвета, местами имеется синюшного оттенка. Пульс на периферических артериях не определяется. Учитывая вышеизложенные данные, выставлен диагноз: открытый перелом средней трети обеих костей предплечья слева, газовая гангрена верхней конечности слева. Необходимо хирургическое вмешательство. Провести … лампасные разрезы в области некротизированно измененных тканей. 08.09.18г. операция. Десенсибилизирующие разрезы верхней конечности слева в области предплечья и кисти. Послеоперационный диагноз: открытый перелом средней трети обеих костей предплечья слева, газовая гангрена предплечья и кисти слева, анаэробная инфекция? Сепсис. 09.09.18г. консультация в составе … Общее состояние ребенка тяжелое за счет течения газовой гангрены, симптомами интоксикации, болевого синдрома, в сознании. На осмотр реагирует адекватно. Жалобы на отсутствие чувствительности верхней конечности, боли в области плеча и верхней части грудной клетки слева. После решения консилиума проведены десенсибилизирующие разрезы в области предплечья, ладонной поверхности кисти. Было назначено лечение (см. в листе назначений). 09.09.18г., 09ч^{40м}создан консилиум в составе … Решены десенсибилизирующие разрезы в области плеча, верхней части грудной клетки слева. Объективно: кожные покровы чистые. Отечны, бледные. Над легкими дыхание проводится с обеих сторон, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, правильный. Живот обычной формы, пальпаторно мягкий, безболезненный… Локально: При осмотре повязка состоятельная, пропитана серозно-геморрагическим выпотом. Консилиумом принято решение. Провести интенсивную предоперационную подготовку. Консультация сосудистого хирурга. Решение вопроса об операции в течении…. Объем инфузионной терапии увеличить до 800мл/кг массы тела. Определить группу крови. Предоперационную подготовку провести в условиях ОРИТ. Перевод в ОРИТ 09.09.18г. Ангиохирург. Больной в реанимации. Спит, дыхание самостоятельное. Кожа и видимые слизистые кроме левой в/к розовые, на ощупь мягкие. Гемодинамика стабильная АД 115/60 мм.рт.ст. пульс 120 в мин. Локально: левая половина грудной клетки в повязке, идет зловонный запах. После организации перевязочных материалов совместно с дежурным хирургом, произведена перевязка, при снятии кожа кистей, предплечья н/3 плеча бледно-синюшной окраски, на ощупь холодная, имеются кожные насечки, чувствительность в кистях, предплечье отсутствует, игра капилляров отсутствует. Отмечается сукровичное отделяемое, запах, пульсация на подмышечной артерии, плечевой артерии и артериях предплечья не определяется из-за отека. Движения в пальцах отсутствуют. Начиная с с/3 плеча кожа обычной окраски, на ощупь… плечо отечное, отек левого плечевого пояса и левой половины грудной клетки, имеются кожные насечки примерно 11 с резиновыми выпускниками, при дотрагивании болезненность. 09.09.18г. Операция: ампутация верхней конечности слева на уровне с/3 плеча. 10.09.18года. 07ч^{05м} отмечается брадикардия. Проведены реанимационные мероприятия на протяжении 30 минут, без эффекта

констатирована биологическая смерть. Посмертный клинический диагноз, основной: Газовая гангрена верхней левой конечности. Открытый перелом средней трети обеих костей левого предплечья, со смещением. Состояние после ампутации верхней конечности. Осложнение. Тяжелый септический шок. Острый респираторный дистресс синдром. Острое повреждение почек. Отек мозга. ОДН III, ОСНIII. ДВС синдром.

Судебно-медицинская экспертная комиссия в выводах отметила правильность постановки диагноза при обращении больной в ЦСМ и ЦОВП на уровне района, в то же время тактическую ошибку хирурга-травматолога и хирурга, наложивших гипсовую лонгету при открытом переломе обеих костей верхней конечности, не придания значения изменениям цвета кожных покровов пальцев и жалобы больной на усиление боли при обращении в ЦОВП села… и неправильном повторном наложении гипсовой лонгеты, отсутствии антибактериальной терапии.

Экспертная комиссия подчеркнула нарушение приказа № 651МЗ КР от 24.08.2016г. о перечне заболеваний, подлежащих лечению в амбулаторных условиях. Согласно данного приказа, открытые переломы костей не входят в данный перечень заболеваний, стало быть, необходимость в госпитализации больной, динамическое наблюдение и назначение мощной антибактериальной терапии, чего не было сделано при имеющихся условиях в ЦОВП и ТБ района. При очевидности газовой гангрены на уровне третичного учреждения здравоохранения (г. Бишкек) при отсутствии эффективной дезинтоксикационно-инфузионной и антибактериальной терапии ограничиваются десенсибилизирующими разрезами (насечки размерами от 0,3 х 1,5см и до 2,0 х 1,5см в количестве 9 на наружной и задней поверхности культи левой конечности и $4^{х}$- на передней поверхности грудной клетки слева – по данным судебно-медицинского исследования трупа). Десенсибилизирующими разрезами ограничиваются и при повторной операции 09.0918г., когда требовались обширные декопрессирующие разрезы и мышц и фасций вплоть до костей. В послеоперационном периоде лечение ограничивается назначением цефтриаксона по 1гр х 3 раза в/в, амикацина 150мг х 2 раза в/в, метрида 100мг х 2 раза в/в капельно, NaCl 0,9% - 250 мл х 2 раза в/в капельно, обезболивающие средства, что также не соответствовало диагнозу и тяжести больной. Уже на данном этапе требовалась операция по ампутации левой верхней конечности по жизненным показаниям. Однако операция ампутации проведена только лишь через $24ч^{45м}$. после поступления в третичный уровень здравоохранения при распространении отека и крепитации на левую половину грудной клетки и плечевого пояса при двух-трехкратных консилиумах профессоров при очевидной ясности и опасности для жизни диагноза.

Комплекс тактических ошибок, недостаточная оценка тяжести и опасности правильно выставленного диагноза, допущенных как на уровне ЦОВП и ТБ района, так и третичного уровня здравоохранения, послужил причиной смерти ребенка.

Правовая оценка таких серий ошибок в профессиональной деятельности врачей на разных уровнях здравоохранения должна быть дана правоохранительными органами.

Литература

1. Новоселов В.П. Экспертная деятельность территориальных бюро судебно-медицинской экспертизы СФО за 2001 – 2015гг. //Вестник судебной медицины. – 2016. – Т.5, № 4. – С.5 – 14.

2. Мукашев М.Ш., Яксанова С.В., Будайчиев М.Б. Анализ судебно – медицинских экспертиз профессиональных правонарушений медицинских работников за 2013 – 2014 годы (по материалам РЦСМЭ МЗ КР). //Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2018. №1. – С. 164 – 168.

3. Мукашев М.Ш., Яксанова С.В., Будайчиев М.Б. Структура судебно – медицинских экспертиз по «врачебным» делам за 2013 – 2014г.г. // Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика. 2018, Выпуск 4 (25).г. Новосибирск, 7 – 8 июня 2018 г. – С. 56 – 63.

4. Мукашев М.Ш., Яксанова С.В., Турганбаев А.Э. Структурная характеристика комиссионных судебно – медицинских экспертиз за 2013 – 2014 годы (по материалам РЦСМЭ МЗ Киргизской Республики). // Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика. 2018, Выпуск 4 (25).г. Новосибирск, 7 – 8 июня 2018 г. – С. 64– 72.

5. Баринов Е.Х., Тихомиров А.В. Медицинская экспертиза на правовом поле // Медицинская экспертиза и право. – 2012. - №1– С. 3 - 4.

6. Новоселов В.П., Канунникова Л.В. Комиссионная оценка ненадлежащего оказания медицинской помощи // Проблемы экспертизы в медицине. – 2005. – Т.5, № 40 (20). – С. 4 – 6.

7. Калинин Р.Э., Баринов Е.Х. Роль судебно – медицинской экспертизы, по материалам уголовного дела, в познании элементов и признаков состава «ятрогенного» преступления. // Вестник судебной медицины– 2018. - № 2. – Т.7, – С.30 – 35.

8. Шадымов А.Б. Анализ судебно – медицинских экспертиз по «врачебным делам» акушерско-гинекологического профиля / А.Б. Шадымов, А.О. Колесников, Л.Ю. Белькова // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики: под ред. В.П. Новоселова, Б.А. Саркисяна, В.Э. Янковского. – Новосибирск, 2010. – С. 84 – 89.

9. Беляев, Л.В. Алгоритм проведения комиссионных судебно – медицинских экспертиз по медицинским документам в акушерско-гинекологической практике / Л.В. Беляев, К.В. Ноздряков // Судмедэкспертиза. – 2007. - № 1. – С. 18 – 21.

10. Сухарева, М.А. Исследование нежелательных исходов в медицинской практике / М.А. Сухарева, А.Е. Баринов // Сб. материалов научно – практической конференции молодых ученых судебных медиков и патологоанатомов Центрального федерального округа «Современные методы лабораторной и инструментальной диагностики травм и заболеваний. Профилактика профессиональной заболеваемости специалистов». – Москва, 2014 - С. 80 – 81.

УДК: 340.624.6

НЕДИАГНОСЦИРОВАННАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ РЕБЕНКА. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА (СЛУЧАЙ ИЗ ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ)

М.Ш. Мукашев, Б.А. Асанов, А.Э. Турганбаев, Токтосун у. Б.
[1]Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор-д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.), г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Врожденная патология печени – частичная атрезия желчновыводящих внутрипеченочных протоков – является заболеванием с высокой летальностью – до 90% и очень трудно клинически и морфологически диагностируется. Билиарная атрезия характеризуется двумя процессами: полное отсутствие желчепроводящих путей и/или вялотекущим воспалительным процессом. На случае из экспертной практики доказана трудность прижизненной клинической диагностики данной патологии и доказательство ее только на основании гистологического исследования кусочков печени.

В данном случае врожденная патология печени-частичная атрезия внутрипеченочных желчных протоков-привела практически к скоропостижной смерти 2 летнего ребенка.

Ключевые слова: врожденная патология, атрезия внутрипеченочная, желчные, протоки, судебно-медицинская экспертиза.

ЖАШ БАЛАНЫН ӨЛҮМҮНҮН АНЫКТАЛБАГАН СЕБЕБИ. СОТТУК-МЕДИЦИНАСЫНЫН БААСЫ (ЭКСПЕРТТИК ПРАКТИКАДАН)

М.Ш.Мукашев[1], Б.А. Асанов[1], А.Э. Турганбаев[1], Токтосун у. Б.[1]
[1]И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор - м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.), Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду - Боордун тубаса патологиясы же болбосо түтүкчөлөрүнөн өттүн өтпөй калышы оору, көпчүлүк учурда - 90% га чейинкиси өлумгө дуушар кыла турган оору болуп, клиникалык жана морфологиялык аныктоодо кыйынчылык туудурат. Өт түтүкчөлөрүнүн жолдору жабык болгон (билиарная атрезия) чанда жолугуучу патология жана ал эки жол менен мүнөздөлөт: өт чыгаруучу түтүкчөлөрүнүн жолдорунун толук жоктугу жана жай сезгенүү процесси. Мындай патологияны тирүү кезинде клиникалык аныктоо кыйындык туудурат. Бул ооруну тирүү кезде аныктоонун кыйынчылыгын жана аны аныктоо боордун кесимдисин гистологиялык изилдөө гана аныкташ мүмкүчүлүгүн эксперттик практикада көргөзүлдү.

Жогоруда айтылган окуядагы боордун тубаса патологиясы же боордун ички түтүкчөлөрү өрчүбөй калган учурда 2 жаштагы баланын тез арада өлумгө дуушар болушуна алып келди.

Негизги сөздөр: тубаса патология, боордун ички өт түтүкчөлөрүнүн бүтүгү, өттүк түтүкчөлөр, соттук – медициналык экспертиза.

UNDIAGNOSED CAUSE OF DEATH OF A CHILD. FORENSIC MEDICAL EVALUATION (CASE FROM EXPERT PRACTICE)

M.Sh. Mukashev, A.E. Turganbaev, B.A. Asanov, Toktosun y. B.
[1]Kyrgyz State medical academy. I.K. Akhunbaev
(rector-d.m.s., professor Kudaybergenova I.O.), Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: Congenital liver pathology - partial atresia of the bile-excreting intrahepatic ducts is a disease with high mortality of up to 90% and is very difficult clinically and morphologically diagnosed. Biliary atresia is characterized by two processes: the complete absence of the biliary tract and or sluggish inflammatory process. On the case of expert practice, the difficulty of an in vivo clinical diagnosis of this pathology and the establishment of a diagnosis based on histological examination of pieces of the liver has been proved.

In this case, the congenital pathology of the liver, partial atresia of the intrahepatic bile ducts led almost to a sudden death of a 2-year-old child.

Key words: congenital pathology, intrahepatic atresia, bile ducts, forensic medicine.

В судебно-медицинской практике встречаются разнообразные случаи диагностики причин смерти при редко встречающихся патологиях организма и видах травм, при исследовании которых судебный медик должен ориентироваться в вопросах смежных медицинских специальностей [1].

Как последствия дисэмбриогенеза, встречаются и врожденные патологические развития органов и тканей в виде врожденных пороков сердца и коронарных сосудов, обусловившие развитиекардиомиопатии диагностированной только на аутопсии при скоропостижной смерти ребенка 8лет [7,8].

Среди врожденных пороков развития, могущих быть причиной скоропостижной (внезапной) смерти детей, встречаются и патологии печени [9]при жизни не диагностированных, а на аутопсии принятых за гепатит. Речь идет об атрезии желчновыводящих путей.

Атрезия желчновыводящих путей (билиарная атрезия) относится к внутриутробным порокам развития и диагностируется, в среднем, у одного ребенка на 20000 новорожденных. При данной патологии в течение 2-3 месяцев у младенцев развивается билиарный цирроз печени [10]. Билиарная атрезия характеризуется полным отсутствием желчепроводящих путей и/или вялотекущим воспалительным процессом, развивающимся внутриутробно и приводящем к частичному или полному сужению просвета желчных ходов внепеченочных тканей. Летальность до 90%[9].

Приводим случаи из экспертной практики. Данный случай интересен тем, что при наличии частичной атрезии внутри печеночных желчных протоков (гистологически) ребенок погибает в возрасте 2 года 2 месяца. Заключение №54 от 7.02.2018года комиссионной судебно-медицинской экспертизы. Вопросы постановления касались в основном правильности (неправильности) оказания медицинских услуг врачом ГСВ, причины смерти ребенка и причинно-следственной связи смерти ребенка с действием (бездействием) врача ГСВ. Обстоятельства дела: В связи с жалобами ребенка на боли в животе 01.07.2017г. мать обратилась к врачу ГСВ, которая с целью понижения температуры тела сделала инъекцию анальгина и димедрола и отпустила домой. 02.07.2017г. в связи с резким ухудшением состояния больного, родители привезли в районный центр и ребенок в срочном порядке был госпитализирован в реанимационное отделение, где в течении 30 минут ребенок скончался. В связи с тем, что в анамнезе имелись сведения о том, что ребенок, до начала болезни дома в семье употреблял “шпроты”, были исследованы 2 банки шпрота из того магазина. Результаты санитарно-эпидемиологического анализа по физико-химическим и бактериологическим показателям соответствовали стандартам. В связи с этим версия пищевой интоксикации или токсикоинфекции была исключена.

Данные истории болезни №2121/215 реанимационного отделения на имя Б., 2015г.р.: Поступил 02.07.2017г. в 03:30м. Сознание отсутствует, кожные покровы бледные, мраморной окраски. Живот увеличен, вздут умеренно, печень при пальпации плотная, увеличена на 3-4 см. от нижнего края реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется. Диагноз: кома неясной этиологии. Полиорганная недостаточность. При ухудшении состоянии наступила клиническая смерть. Реанимация безуспешна. Посмертный диагноз: Инфекционно-токсический шок неясной этиологии. Сердечно-сосудистая, полиорганная недостаточность.?

При судебно-медицинском исследовании трупа (заключение №26 от 02.07.2017года):

При наружном исследовании следов телесных повреждений не обнаружено. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Печень резко желтоватого цвета, размерами 24х16х9,5см,

весом 950,0, плотная на ощупь. На разрезе ткань желтоватого цвета, малокровная. В желчном пузыре в небольшом количестве темно-оливкового цвета желчь, желчный проток проходим. На дополнительные исследования взяты внутренние органы и их кусочки. При микробиологическом исследовании: №92-анализ крови-роста нет; №87-анализ желудка с содержимым-обнаружена кишечная палочка; №91-анализ толстого кишечника-обнаружен протеусмирабилис; №90-тонкого кишечника-обнаружен протеусмирабились; №89-анализ почки-протеусмирабились; №88-печени и желчного пузыря – протеусмирабились.

При судебно-гистологическом исследовании печени от 14.07.2017г.: печень-гепатоциты с нечеткими границами, вакуолизированы, ядра сохранены. Междолевые границы нечеткие. Круглоклеточный инфильтрат. Местами полнокровны. Судебно-медицинский диагноз: Острый гепатит неизвестной этиологии. Острая печеночная недостаточность. Отек легких и головного мозга. Острое малокровие внутренних органов. Причиной смерти определена острая печеночная недостаточность в результате острого гепатита неизвестной этиологии.

При производстве комиссионной судебно-медицинской экспертизы нами пересмотрены стеклопрепараты (акт№39/315): печень-балочное строение не нарушено, диффузная инфильтрация портальных трактов, между дольками очаговое разрастание соединительной ткани с лимфоцитарной инфильтрацией, в части балок отсутствуют желчные протоки, сосуды сформированы. Заключение: частичная атрезия внутрипеченочных желчных протоков, гепатит.

Экспертной комиссией изучена представленная следователем история развития ребенка (форма 112/у). Без особенностей.

Описанный нами случай, очевидно, относится ко второму процессу билиарной атрезии [9], когда атрезия была частичной и процесс принял хронический процесс, развивающийся в течении 2 лет.

Безусловно, диагностика данной патологии при жизни представляла очень большие сложности и смерть ребенка была непредотвратимой, т.к. летальность при этой болезни (до пересадки печени) достигает 90%, после пересадки - до 40%.

Значение данного экспертного случая не только в трудностях клинической, секционной диагностики редкого врожденного заболевания, но и в том, что подобные патологии могут проходить без желтухи и к смерти приводят в достаточно короткие сроки от момента появления каких-то клинических признаков заболевания.

Этот случай интересен и тем, что при обращении за медицинской помощью и летальных исходах, возникает вопрос о профессиональных правонарушениях медицинских работников.

Литература.

1. Ширин П.Н., Тихонов В.В., Савченко С.В., Новоселов В.П. Редкий случай смерти молодой женщины, обусловленный дисэмбриогенетическим незавершенным поворотом кишечника. // Вестник судебной медицины, №1, т.6, 2017. с. 41-43.
2. Дмитриева О.А., Голубева А.В., Шегеда М.Г., Баканович И.Б., Артеменко О.В. Случай смерти от редкого врожденного порока сердца (синдром “Бланд-Уайта-Гарленда”)// Вестник судебной медицины, №3, т.5, 2016. с. 48-53.
3. Калмин О.В., Калмина О.А. Аномалии развития органов и частей тела человека: справочное пособие.- Пенза: ПГУ, 2004-403с.
4. Старикова И.Ф., Савченко С.В., Новоселов В.П. Случай смерти ребенка при врожденной диафрагмальной грыже.// Вестник судебной медицины, №4, т.4, 2015. с.24-26.
5. Мукашев М.Ш., Касымалиев К.С., Исиралиев А.И., Мукашев Т.М., Карпов С.В. Диафрагмальный дефект как причина смерти во время гастроскопии.// Судебно-медицинская экспертиза в Казахстане. 2004, 3(12).с. 43-45.
6. Кураметов Б.Т., Охват Ю.М, Кудайбергенов М.Б. Редкая врожденная патология 1-го шейного позвонка.// Судебно-медицинская экспертиза в Казахстане. 2003, 1(6).с. 33.
7. Миролюбов Л.М. Врожденные пороки сердца у новорожденных и детей первого года жизни.- Казань: Медицина, 2008.- С.132-144.
8. Новоселов В.П., Савченко С.В., Грицингер В.А., Порвин А.Н. Наблюдение скоропостижной смерти ребенка в результате кардиомиопатии на фоне патологического отхождения левой коронарной артерии.// Вестник судебной медицины, №1, том 2, 2013, с. 50-52.
9. Дмитриева О.А., Голубева А.В., Баканович И.Б. Билиарная атрезия печени как причины смерти новорожденного.// Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика. 2018, вып. 4 (25), г. Новосибирск, 7-8 июня 2018г., с. 218-226.
10. Готье С.В., Константинов Б.А., Цирульникова О.М. Трансплантация печени.- М.:Мед.информ. агенство, 2008.-246с.

УДК: 340.64

ПРАВОВЫЕ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СВЯЗИ С НЕНАДЛЕЖАЩИМ УХОДОМ

М.Ш. Мукашев, Б.А. Асанов, А.Э. Турганбаев, Токтосун у. Б.
[1]Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
(ректор-д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.), г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Снижение показателей рождаемости и повышение продолжительности жизни в мировом масштабе привело к увеличению доли людей в возрасте старше 60 лет. Такая ситуация наблюдается и в нашей стране, о чем свидетельствует наличие 8-ми домов-престарелых, в которых живут более 700 лиц пожилого и престарелого возраста. Количество лиц пожилого и престарелого возраста, находящихся под опекунством или присмотром доверительных лиц в домашних условиях, неизвестно. При ненадлежащем уходе и жестоком обращении с ними возникают различные повреждения в виде алиментарной дистрофии, кахексии, пролежней, которые могут быть непосредственной причиной смерти таких лиц. Факт доказательства таких изменений в организме пожилых и престарелых лиц принадлежит судебно-медицинским экспертам, а правоприменители должны дать юридическую оценку действий. Рекомендуется в законодательной форме оформить юридическую ответственность за ненадлежащий уход и жестокое обращение с пожилыми и престарелыми людьми.

Ключевые слова: пожилые, престарелые люди, ненадлежащий уход и жестокое обращение, судебно-медицинскаяэкспертиза, пролежни, осложнения, причины смерти.

УЛГАЙГАН АДАМДАРДЫН ТУУРА ЭМЕС БАГУУДА ЖАРАЛГАН СОТТУК МЕДИЦИНАЛЫК ЖАНА УКУКТУК КӨЙГӨЙЛӨРҮ

М.Ш. Мукашев[1], Б.А. Асанов[1], А.Э. Турганбаев[1], Токтосун у. Б.[1]
[1]И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор-м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.), Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Төрөлүүдөгү корсөткүчтүн төмөндөшү менен жашоонун узарышы жана жогорулашы дүйнөлүк маштабта 60 жаштан жогорку жаштагы адамдардын көбөйүшүнө алып келүүдө. Мындай жагдай биздин өлкөдө да байкалат. Буга далил катары 700 дөн ашуун кары-картаңдардын сегиз карылар үйүндө жашап жатканы күбө. Үй шарттарында ишенимдүү адамдардын карамалыгында турган улгайган жана картаң адамдардын саны белгисиз. Аларды туура эмес багууда жана аларга орой мамиле жасагандын кесепетинде ар кандай оруулар пайда болот, алиментардык дистрофия, кахексия, жатан жаралары (пролежни) түрдөгү зыян келтирилген жагдайлар түздөн-түз өлүмгө алып келүүнүн себеби болот. Кары-картаңдардын организминдеги мындай өзгөрүүлөрдү далилдеш соттук-медициналык эксперттерге тийиштүү иш. Ал эми укук сактоо жана укук колдонуучулар болгон иштин юридикалык баасын бериш керек. Улгайган жана картайган адамдарга орой мамиле жана туура эмэс багуу жөнүндө мыйзам ченеминде юридикалык жоопкерчиликти киргизүү сунушталат.

Негизги сөздөр: карылар, картаң адамдар, жетишсиз багуу жана ырайымсыздык мамиле, соттук-медициналык экспертиза, жатан жаралары, кабылдануу, өлүмдүн себеби.

LEGAL AND FORENSIC PROBLEMS OF ELDERLY PEOPLE DUE TO INADEQUATE CARE

M.Sh. Mukashev[1], A.E. Turganbaev[1], B.A. Asanov[1], Toktosun y. B.[1]
[1]Kyrgyz State medical academy. I.K. Akhunbaev
(rector-d.m.s., professor Kudaybergenova I.O.), Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The decline in birth rates and increased life expectancy on a global scale has led to an increase in the proportion of people over the age of 60 years. This situation is observed in our country, as evidenced by the presence of 8 rest houses, in which more than 700 people of elderly and old age live.

The number of elderly and old age under the guardianship or supervision of homecare is not known.

With inadequate care and harsh treatment of them, various injuries occur in the form of alimentary dystrophy, cachexia, and bedsores, which can be the direct cause of death of such persons. The fact of evidence of such changes in the body of elderly and old aged persons belongs to the forensic experts, and law enforcers must give a legal assessment of the actions. It is recommended that the legal form of legal responsibility for the inadequate care and harsh treatment of the elderly and old age people.

Key words: the elderly, the old-aged, inadequate care and harsh treatment, forensic medical examination, bedsore, complications, causes of death.

Снижение показателей рождаемости и повышения продолжительности жизнивмировом масштабе привело к увеличению доли людей в возрасте старше 60 лет. По данным ВОЗ, в период с 2000 до 2050 г. численность пожилых людей возрастет более чем в 3 раза с 600 млн. до 2 млрд. Эти процессы приближают время, когда пожилых людей в мире будет больше, чем молодых [1].

Ожидаемая и уже имеющаяся демографическая диспропорция будет иметь ряд серьезных последствий для людей пожилого и старого возраста в силу увеличения расходов на оказание им качественной медицинской помощи и в сфере социальных услуг для данной категории населения. Последствия преклонного возраста усугубляются ослаблением, порою отсутствием семейной поддержки, низким качеством ухода за родственниками. В настоящее время одиночество пожилых людей и лишение их семейной поддержки обусловлено и миграцией родных, детей в поисках лучшей жизни за рубежом.

Во всем мире большую обеспокоенность общественности, социальных структур, органов здравоохранения и правопорядка вызывают факты домашнего насилия и пренебрежительного отношения к пожилым людям в семье, медицинских учреждениях, домах престарелых.

По данным ВОЗ, в масштабах всего Европейского региона риску жесткого обращения подвергаются не менее 4млн. пожилых людей, из них около 2500 умирают по этой причине[2], а в США жестокому обращению каждый год подвергаются сотни тысяч престарелых граждан[3].

Понятие “жестокое обращение”ВОЗ определяет как однократное или повторяющееся действие или бездействие, нанесшее ущерб или страдания пожилому человеку и возникшее в доверительных отношениях[2]. Жесткое обращение есть не что иное, как правонарушения, совершаемые в отношении пожилого человека лицом, которому он доверяет или от которого зависит. Если правонарушения совершаются абсолютно посторонним человеком, их следует относить к категории криминальных действий[4].

За рубежом насилие над пожилыми людьми классифицируют на следующие категории:

1. Физическое насилие (удары, шлепки, толчки, нанесения увечий различными предметами и т. д.);
2. Психологическое (эмоциональное насилие, насмешки, оскорбления, угрозы, унижения и т.д.);
3. Финансовая эксплуатация (использование денежных средств или имущества, принадлежащего пожилому человеку без его разрешения, ограничение возможности использования пожилым человеком своих сбережений);
4. Сексуальное насилие (любые насильственные действия сексуального характера);
5. Подавление (ограничение прав и свобод пожилого человека, в том числе возможности перемещаться по дому и контактировать с внешним миром);
6. Пренебрежение заботой (действие или бездействие со стороны родственника или служащего, ответственного за уходом пожилого человека, приведшие к лишению жизненных потребностей).

Из перечисленных категорий жестокого обращения наиболее часто встречается пренебрежение заботой о престарелых (ненадлежащий уход).

Целью настоящей статьи является привлечение внимания врачей, медицинских сестер, социальных работников, правозащитников, органов правосудия, судмедэкспертов на факт наличия такого явления, как жестокое обращение с пожилыми и престарелыми людьми и судебно-медицинскую оценку последствий жестокого обращения, в данном случае пренебрежения заботой о беспомощном пожилом человеке.

Факты жестокого обращения с пожилым и/или ненадлежащего ухода за ними часто скрываются, а если тело умершего подвергается патологоанатомическому или судебно-медицинскому исследованию, то последствия ненадлежащего ухода, например, пролежни, остаются вне поле обсуждения прозектора или судебно-медицинского эксперта и принимаются как последствия трофических нарушений, не предполагая о том, что они явились следствием ненадлежащего ухода. Следовательно, факт пренебрежения заботой как правонарушение, остается вне правовой оценки. В связи с этим многие исследователи данной проблемы [3] считают, что подобное скрытое преступление касается значительно большего числа пожилых людей, чем представлено в сведениях официальной статистики и правоприменительной практике.

К жестокому обращению с пожилыми людьми обычно побуждают два фактора: прогрессирующая неспособность выполнять ими активные действия по самообслуживанию и наличие у них признаков умственных нарушений.

Мы к этим двум факторам смело добавляем и третий фактор – переломы костей таза, нижних конечностей, лишающих пожилого человека возможности передвижения и самообслуживания.

По мнению [5-10], к насилию предполагают факты предшествующего домашнего насилия и асоциального поведения в семье, злоупотребление алкоголем, наличие у пострадавшего хронических заболеваний, сопровождающихся недержанием кала и/или мочи, а также сопротивление и нежелание быть направленными в дома престарелых или в иные заведения социальной помощи и/или альтернативного ухода.

При судебно-медицинском исследовании трупов пожилых и престарелых лиц, доставленных из домов или домов престарелых, судмедэксперт должен помнить о возможном лишении человека надлежащего ухода и о возможной причинной связи наступления смерти с жестоким обращением (ненадлежащим уходом). В таких случаях особая роль отводится судебно-медицинской оценке пролежней, иногда осложненных флегмоной, абсцессом, гнойным затеком, газовой флегмоной, анаэробной инфекцией, кортикальным остеомиелитом, нередко и сепсисом [11].

Специалисты в области клинической геронтологии отмечают самые различные патологические состояния, приковывающих пожилых людей к постели и увеличивающих риск образования у них пролежней. Опасность развития пролежней усугубляют плохое питание и малая масса тела, анемия, белковый и витаминный дефицит, обезвоживание, гипотония, неврологические расстройства, сахарный диабет, травмы позвоночника, костей таза, плохой уход, недержание мочи /или кала.

Трудно заживающие пролежни (тем более при ненадлежащем уходе или отсутствии его) являются потенциально смертельными своими осложнениями. Судебно-медицинский эксперт должен знать патоморфологию пролежней и уметь высказать обоснованное заключение о причинной связи между пролежнями и такими осложнениями, как сепсис.

Патоморфологические изменения в пролежнях протекают стадийно:

- Стадия 1: эритема без побледнения, пораженная область теплая на ощупь, болезненна.
- Стадия 2: Нарушение целостности кожи, ограниченное дермой. Экскориации. Наличие пузырей с отделяемым. Эритема выражена более ярко, повышение температуры пораженной области. Отек.
- Стадия 3: Формирование язвы с отделяемым (язва распространяется не глубже дермы), заживление под струпом.
- Стадия 4: Язвы распространяются на мышцу или кость. Некроз прилегающих тканей (видимое повреждение не отражает истинной площади некроза) Грануляция и эпителизация по краям раны[12].

Экспертное заключениеоб оценке причинной связи смерти с осложнениями пролежней играет незаменимую роль в интерпретации качества медицинской помощи, надлежащего (ненадлежащего) ухода и имеет значительное влияние в гражданских и уголовных процессах [13].

Общедемографическая ситуация в Кыргызстане мало чем отличается от мировой тенденции. На сегодняшний день по Республике, по данным [14], имеется 8 домов интернатов для престарелых людей, в которых, по данным пресс-службы Министерства труда и социального развития КР от 01.03.2017г. содержится 792 человека [15]. Количество же пожилых и престарелых, находящихся на попечении родственников и других доверительных лиц неизвестно и не исключено, что под естественной смертью пожилых и престарелых лиц могут быть завуалированы осложнения ненадлежащего ухода или его отсутствии, что требует моральной и правовой оценки.

В УК КР 2015года [16] предусмотрены статьи о оставлении в опасности (121ст.), об уклонении детей от содержания родителей (ст.163) и жесткое обращение с животными (ст.264). К сожалению, в действующем УК не предусмотрены статьи касательно ненадлежащего ухода, жестокого обращения с пожилыми и престарелыми людьми, т.е. механизма правовой оценки, кроме моральной, не имеется. Подобные преступления относятся к категории латентных и малодоказуемых, т.к. люди преклонного возраста бояться заявлять о насилии в их семье и не верят в защиту своих прав.

В таких случаях особенно важная роль отводится медицинским работникам(врачи скорой помощи, участковые врачи и медсестры) и сотрудники социальных органов и опеки.

В качестве примера приведем случай из нашей экспертной практики. Заключение №236 от 16.05.2016года. Из постановления о назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы известно, что 08.09.2015 года поступило сообщение в УВД Свердловского района г. Бишкек по

фактускоропостижной смерти гр. Ф., 1938г.р. Судебно-медицинским исследованием трупа причиной смерти установлен ХИБС. На основании заключения эксперта принято решение об отказе в возбуждении Уголовного дела. Однако 15.09.2015г. с заявлением в СО УВД обратился внук покойной Ф., 1988 г.р., с просьбой принять меры в отношении Д., которая войдя в доверие покойной, оформила дом на себя. 26.02.2016г. по данному факту в отношении гр-ки Д. возбуждено уголовное дело по ст.166 ч.3 УК КР(мошенничество). На разрешение комиссионной судебно-медицинской экспертизыпоставлены вопросы:

1. Правильно ли был установлен диагноз покойной Ф. при жизни врачом БНЦТиО и правильно ли было назначено лечение?
2. Соответствовало ли проводимое больному лечение установленному диагнозу?
3. В полном ли объеме оказана медицинская помощь больному?
4. Если нет, то какие мероприятия следовало бы еще провести?
5. Допустимо ли было оставление пациента в доме без присмотра при установленном диагнозе?
6. Нет ли в данном случае признаков, по которым можно судить о плохом уходе?
7. Не явилось ли плохой уход, причиной ухудшения ее состояния, и причиной ее смерти?
8. Какова причина смерти?
9. Имеется ли причинная связь между ненадлежащим уходом и причиной смерти покойной, если да то в чем заключается?

При первичном судебно-медицинском исследовании трупа гр-ки Ф., к сожалению, наличие пролежневых участков ягодичной области и нижней трети правой голени не описаны.По данным представленной в распоряжение комиссионной судмедэкспертизы амбулаторной карты №1870 ГСВ-4 и справки городского травм.пункта, гр-ка Ф. получила травму 10.02.15г. Диагноз: ЗЧМТ, Перелом шейки бедра справа. От госпитализации опекун Д. отказалась. Проведена беседа о профилактике пролежней.

Экспертной комиссией изучены ряд объяснительных, в том числе объяснительные врачей и соседей, квартального, свидетельствующие о очевидном ненадлежащем уходе за больной типа опекун Д. закрывала без еды, плохой уход, истощена, пролежни, памперс в экскрементах. По крику потерпевшей о помощи, приходилось взламывать замок на двери. В показаниях участкового врача: При осмотре мною установлено, что дома жилищно-бытовые условия было неудовлетворительное санитарное состояние тоже было неудовлетворительное, дом вонял, находилась без уборки… пониженного питания… 05.08.2015года поступил вызов… ужасные бытовые условия, о чем сделала запись в амбулаторной карте… больной гипсовая лангета не наложена… нет времени опекунши… 07.08.2015года при активном посещении… дверь дома была закрыта на висячий замок… 02.09.2015года при активном посещении… на копчике имелись пролежни размером 1,5см… так как не было должного ухода… жилищно-бытовые условия ужасные… 07.09.2015года я в 18.15 час пришла к больной, дверь дома была закрыта, Ф. была внутри дома кричала «откройте, откройте звала на помощь… больной требуется активный постоянный уход, и оставление в закрытом доме оставалась дома одна, при этом закрыв дверь ее дома нам ограничивал доступ к ней»

В справке станции скорой помощи на запрос следствия от 06.01.2016 года: Скорую помощь вызвал опекун, Диагноз: Кахексия, Алиментарная дистрофия. Острый энтерит от 06.09.2015г. Гиповолемический шок. Кома. Закрытый перелом шейки правого бедра от 15.07.2015г. Пролежни. На себя вызвана реанимационная бригада №04. 6.08.09.2015г. в 09ч.-15мин, бригада №04, врач Э. Повод: вызов бригады №12. Диагноз: Кахексия. Алиментарная дистрофия. Острый энтерит от 06.09.2015г. Гиповолемический шок. Кома. ОНМК? Закрытый перелом шейки правой бедренной кости от 15.07.2015г. Пролежни ягодичной области и нижней трети правой голени. Оставлена на месте.

С учетом данных предоставленных медицинских документов и объяснительных, экспертная комиссия пришла к выводу:

5. При переломах шейки бедра пациенту требуется постоянный уход, так как она в силу болезни самостоятельно не сможет принимать лекарства и передвигаться. Самостоятельно не может делать туалет и гигиенические процедуры, вследствие чего данное состояние требует постоянного ухода родственников или других лиц и оставление больных с данным диагнозом на длительное время без присмотра в доме категорически запрещается.

6. О плохом уходе (практически отсутствии ухода) свидетельствуют следующие факты.

а). Показание врача У. (л.д. 167, том 1 УД) – «…пониженного питания, на нижней трети голени имеется инфильтративная рана диаметром 3х3см.»;

- «при осмотре на копчике имелись пролежни размером 1,5см.»(л.д.214. том 1 УД).

б). Показание врача Д.О. (л.д. 118, том 2 УД) –« при осмотре были отечность стопы и гнойный запах от пролежни».

в.) Показание фельдшера Т.к.И. (л.д. 173, том 2 УД) – «больна была кахетична, неухоженная, грязная, отмечались пролежни на крестце и на правой нижней трети голени».

г.) Показания Б.А. (л.д. 175, том 2 УД) – «увидели под ней черви большого размера». Эти показания подтверждаются и фотографиями пролежней крестца и ягодичной области (л.д. 183. том 2 УД), хотя они не отражены в заключении эксперта за №997 от 09.09.2015г.

д.) Показания врача Б., (л.д. 185, том 2 УД), который ссылаясь на карту обслуживания скорой помощи, указывает, что был выставлен диагноз: «Кахексия, алиментарная дистрофия, острый энтерит… пролежни ягодичной области и нижней трети правой голени» и показаниями соседей, участкового, квартального.

7. Наличие травмы в виде перелома шейки бедра, абсолютно лишившего человека самостоятельного передвижения и самообслуживания, алиментарная(пищевая) недостаточность, интоксикация организма служили причиной развития пролежней и истощения организма (кахексии), которые отрицательно влияли на физиолого-функциональное состояние сердечно сосудистой, легочно-дыхательной систем, явившихся в конечном счете и причиной смерти Ф.

8. Непосредственной причиной смерти гр-ки Ф. явилась – Хроническая ишемическая болезнь сердца. Атеросклероз аорты и коронарных артерий сердца. Коронарокардиосклероз. Хроническая недостаточность кровообращения.

9. Интоксикация организма продуктами распада ткани из участков пролежней, алиментарная дистрофия (кахексия), как результат ненадлежащего ухода, безусловно, повлияли на течение хронических заболеваний в виде хронической ишемической болезни сердца, атеросклероза аорты и коронарных артерий сердца, коронарокардисклероза, хронической недостаточности кровообращения, дисциркуляторной энцефалопатии, церебрального атеросклероза и способствовали более быстрому, раннему истощению функциональных резервов сердечно-сосудистой, легочно-дыхательной систем и наступлению смерти.

Проведенная по ходатайству обвиняемой Д. повторная комиссионная судебно-медицинская экспертиза (№ 104 от 27.03.2017г.) полностью подтвердила наши выводы.

В результате проведенных двух комиссионных судебно-медицинских экспертиз обвиняемая по ст.166 (мошенничество) и 121 УК КР(оставление в опасности) Д. признана виновной.

К сожалению, при первичной судебно-медицинской экспертизе не оценены пролежни, явления кахексии и не определены роль и место пролежней в танатогенезе, не исключено, что причиной смерти могли быть непосредственные осложнения пролежней в виде сепсиса.

Выводы:

1. Проблема ненадлежащего ухода и жестокого обращения с пожилыми и престарелыми людьми с тяжелыми последствиями является актуальной и в нашей стране.
2. Доказательной базой ненадлежащего ухода и жестокого обращения с пожилыми и престарелыми людьми служат и объективно оформленные медицинские документы участковых врачей, патронажных медсестер, врачей станций скорой помощи.
3. При судебно-медицинском исследовании трупов пожилых и престарелых лиц, доставленных из домов-интернатов и из домов при неясных обстоятельствах смерти необходимо обращать внимание на наличие пролежней, признаков алиментарной дистрофии, кахексии.
4. Проблема ненадлежащего ухода за пожилыми и престарелыми людьми и жестокого обращения с ними при доверительных отношениях нуждается рассмотрения в рамках конкретной статьи в уголовном кодексе КР.
5. Своевременное выявление таких преступлений, а также крупномасштабное финансирование и слаженное межведомственное взаимодействие государственных структур, общественных организаций и неправительственных объединений смогут повлиять на изменение ситуации в лучшую сторону.

Литература:

1. Здоровье пожилых людей. Документационный центр ВОЗ. Информационный бюллетень. 2011 октябрь. М.:ЦНИИОИЗ Минздрава Росии.2011.
2. Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Marmolejo H, Lovenstein A, Manthorpe G, Karki FU, Evropean report on preventing elder maltreatment. WHO. Copenhagen/ 2011.
3. Hunsaker DM, Hunsaker JC, Elder abuse: challenges for clinical forensic specialists and forensic pathologists in the 21st century. In: Forensic pathology reviews. Ed. Tsokos M. Totowa (New Jersey). 2006:4:25-64.

4. Шигеев С.В., Ковалев А.В., Фетисов В.А.,Гусаров А.А., Кумыкова А.Р., Диагностические критерии ненадлежащего ухода за людьми преклонного возраста и их судебно-медицинское значение.// Судмедэкспертизы,4.2018.-с.48-53.
5. SwagertyDLJr, Takahashi PY, Evans JM, Elder mistreatment. Am Fam Physician. 1999:59:2804-2808.
6. The national elder abuse incidence study: final report. National Center on Elder Abuse. Administration on Aging. Washington DC. 1998.
7. Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. Gerontology. 1988:28:51-57.
8. Lachs MS, Pillemer K, Abuse and neglect of elderly persons. N Engi J Med.1995:332:437-443.
9. Lett JE. Abuse of the elderly. J Fia Med Assoc. 1995:82:675-678.
10. Lachs MS. Williams C. O'Brien S. Hurst L. Horwitz R. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year year observational co-wark study. Gerontologist. 1997:37:469-474.
11. Туркина Н.В. Пролежни. Медицинская сестра. 2005:7:30-34.
12. Справочник-путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я М.: Геотар-Медиа, 1999.-с.717-718.
13. Rotchild JM, Bates DW, Leape LL. Preventable medical injuries in older patients. Arch Int Med. 2000:160:2717-2728.
14. www.m/sp.gov.kg.
15. https://knews.kg.
16. УК КР, 2015.

УДК 343.13.7.(575.2)

АНАЛИЗ СТАТЕЙ УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУЛЬНОГО КОДЕКСА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ 2017 ГОДА, ВСТУПИВШЕГО В СИЛУ С 1 – ЯНВАРЯ 2019 ГОДА И РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ ЭКСПЕРТНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

М.Ш.Мукашев[1], А.Э.Турганбаев[1], Б.А.Асанов[1], Токтосун у. Бекжан[1]
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д. м. н., профессор Кудайбергенова И.О.), г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В 2017 году принят ряд законодательных, нормативных документов, среди которых и УПК КР, в котором отдельные главы и статьи посвящены организации назначения и производства экспертиз, даны понятия терминам экспертиза, заключения эксперта и.т.д., определены права защитника, в частности, возможность назначения экспертиз на **договорной** основе путем ходатайства следственному судье, правах участников процесса (потерпевших, подозреваемых и др. лиц), и очень важно, о правах экспертов на защиту на государственном уровне. В то же время подпункты отдельных статей вызывают вопросы, которые подлежат конкретизации.

Ключевые слова: УПК КР, 2017, эксперт, экспертиза, права, гарантии, потерпевший, подозреваемый, объект.

2019 ЖЫЛДЫН 1-ЯНВАРЫНАН БАШТАП ИШТЕЙ БАШТАГАН КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН КЫЛМЫШ – ПРОЦЕССУАЛДЫК КОДЕКСИНИН ЭКСПЕРТИЗА ЖУРГУЗУУНУ ТЕСКЕЙ ТУРГАН БЕРЕНЕЛЕРИН ТАЛДОО

М.Ш. Мукашев[1], А.Э. Турганбаев[1], Б.А. Асанов[1], Токтосуну. Бекжан[1]
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м. и. д., профессор Кудайбергенова И.О.), Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. 2017 жылы бир топ укуктук мыйзамдар (кодекстер) кабыл алынган, алардын арасында Кылмыш – процессуалдык кодекси да бар. Кодекстин кээ бир Башкы болумдорундо (Главы) жана беренелеринде экспертизаны уюштуруу, жургузуу жонундо, дагы экспертиза, эксперттин корутундусу жана башка тушунукторду чечмелоо, жактоочунун, жабыр тарткандардын, шектуунун жана башка процесске катышкандардын укугу коргозулгон. Ошондой эле жактоочунун тергоо сотуна кайрылып **келишимдиктин** негизинде экспертиза жургузуу жонундо укугу айтылган. Ушулар менен бирге эксперттин Мамлекет тарабынан сактоого алынууга укугу бар экени коргозулгон. Ошону менен катар кээ бир беренелер боюнча суроолор пайда болду. Ошол суроолорду тактап-тастыктоо жана чечуу керек.

Негизги создор: Кылмыш – процессуалдык кодекс, 2017, эксперт, экспертиза, укук, кепилдик, жабырлануучу, шектуу, зат-буюм.

ANALYSIS OF THE ARTICLES OF THE CRIMINAL PROCEDURE CODE OF THE KYRGYZ REPUBLIC OF 2017, ENTRYED INTO FORCE FROM 1 - JANUARY 2019 AND REGULATED EXPERTS ACTIVITIES.

M.Sh. Mukashev[1], A.E. Turganbaev[1], B.A. Asanov[1], Toktosuny. Bekzhan[1]
Kyrgyz State Medical Academy after I.K. Akhunbaev (rector - d.m.s., professor Kudaybergenova I.O.), Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. In 2017, a number of legislative and regulatory documents were adopted, among which the Criminal Procedure Code of the Kyrgyz Republic, in which individual chapters and articles are devoted to the organization of the purpose and production of examinations, the concepts of terms of expertise, expert opinion, etc., defender's rights are defined, in particular the possibility of assigning examinations on **a contractual** basis by applying to the investigating judge, the rights of the participants in the process (victims, suspects and other persons), and very importantly, the rights of experts to defense at the State level. At the same time, the sub-paragraphs of individual articles raise questions that need to be specified.

Keywords: Criminal Procedure Code of the Kyrgyz Republic, 2017, expert, expertise, rights, guarantees, victim, suspect, object.

В 2017 году Жогорку Кенешем Кыргызской Республики приняты ряд законодательных актов, в том числе и Уголовно – процессуальный кодекс.

Известно, что деятельность экспертной службы регламентируется правовыми актами в рамках Уголовно – процессуального, Гражданско – процессуального, Уголовного кодексов, законов, постановлений правительства и ведомственных правил, инструкций.

Целью настоящей статьи является анализ статей вновь принятого УПК КР, регламентирующих деятельность экспертной службы, которые отличаются от содержания статей УПК 2011 года.

Прежде всего, в кодексы введено понятие «следственный судья» и все действия предварительного следствия, в том числе и порядок назначения экспертиз, особенно по обращению представителей (адвокатов) потерпевшей стороны, осуществляются решением «следственного судьи».

Полномочия защитника рассмотрены и расширены ст. 54 УПК – 2017года. Согласно статье, защитник может обращаться к следственному судье с ходатайством о назначении экспертизы, в том числе о проведении экспертизы на **договорной** основе за счет стороны, по инициативе которой привлекается эксперт (п.2 п/п 4). По пункту 2 п/п 15 защитник может истребовать доказательства. Этот пункт вызывает вопросы, т.к. истребование, например, судебно – медицинского заключения, будет осуществляться каким образом и через кого, т.е. не прописан механизм истребования.

О возможности истребования справки, характеристик и иных документов защитником, представителем потерпевшего от государственных органов, общественных объединений, а также иных юридических лиц указано в п/п 1 п.4 вышеуказанной статьи. Причем, указанные юридические лица обязаны представить защитнику, представителю потерпевшего запрошенные ими документы или их заверенные копии в течение 10 суток.

Подпунктами 2, 3, 4 п.4 настоящей статьи адвокат может «инициировать» на договорной основе производства судебной экспертизы; направить запрос в экспертное учреждение о проведении на договорной основе соответствующей экспертизы и привлечения на договорной основе специалиста. Если защитник может инициировать производство экспертизы ходатайством следственному судье, то непонятно, о каком запросе в экспертное учреждение идет речь о экспертизе на договорной основе (без постановления, определения?) и каким образом он будет привлекать специалиста. Эти подпункты, по нашему мнению, требуют разъяснений, прежде всего для экспертных учреждений.

О инициировании производства экспертиз защитником на договорной основе и привлечении специалиста на договорной основе сказано и в п/п 2,3 п.3 ст.93 (собирание доказательств); а собирание доказательств защитником путем истребования справок, характеристик, иных документов или их копий в течении 10 суток сказано в п/п 1 п.3 ст. 93 УПК.

О назначении следственным судьей экспертизы по ходатайству защитника о проведении экспертизы на договорной основе сказано в п.10 ст. 175 УПК КР.

В статье 59 УПК КР (2017) (эксперт)расписаны права (п.6), обязанности (п.7) и в 10п. – «Эксперт не вправе» на переговоры с участниками процесса по вопросам, связанным с проведением экспертизы (п/п 1) и проводить исследования, которые могут повлечь полное или частичное уничтожение предоставленных объектов либо изменение их внешнего вида без разрешения суда,

следователя, органа дознания (п/п. 2). В УПК КР 2011 года в п/п 2 п.5 эксперт не вправе был самостоятельно собирать материалы для исследования, что обязывало эксперта истребовать, например, медицинские документы только через следователя, судью. В новом же УПК эта норма отсутствует, что, безусловно, заставит эксперта заниматься не свойственной ему функцией.

С нашей точки зрения, очень интересной статьей в УПК – 2017 года является ст. 78, под названием «Обеспечение безопасности уполномоченного должностного лица органа дознания, следователя, прокурора, судьи, присяжного заседателя, защитника, эксперта, специалиста, секретаря судебного заседания, судебного пристава».По этой статье и эксперт (также его близкие родственники, супруг (супруга), находятся под защитой Государства от посягательств на их жизнь или иного насилия в связи с рассмотрением дел в суде или досудебном производстве (п.1,2).

Источниками доказательств (ст.82 - Доказательства) наряду с другими являются и заключения и показания эксперта (п/п 2 п.2), показания специалиста (п/п 3 п.2), в отличие от ст. 81 УПК – 2011 года, в которой показания эксперта и специалиста не являлись доказательствами.

Статья 86 (заключение и показания эксперта). Заключение эксперта – оформленный в письменном виде официальный документ в виде выводов по вопросам, поставленным перед экспертом следователем, судом или должностным лицом органа дознания (п.1).

Показания эксперта – сведения, сообщенные им на допросе, проведенном после получения его заключения (п.2).

В третьем пункте данной статьи прописано, что заключение эксперта не является обязательным для органа дознания, следователя, прокурора, суда. Возникает вопрос, а показания эксперта являются обязательным для следователя, суда и.т.д.?

Статьей 87 УПК – 2017 года предусмотрены показания специалиста, однако об обязательности или не обязательности показаний специалиста для органов дознания, прокуратуры, следователя и суда нет разъяснений.

Собранные доказательства оцениваются следователем, прокурором, присяжными заседателями, судом по своему внутреннему убеждению, основанному на объективном и достаточном рассмотрении доказательств в их совокупности.

Статья 95 УПК – 2017 (оценка доказательств) дает право оценивать доказательства и уполномоченному должностному лицу органа дознания. В то же время ст.22 (принцип беспристрастности и свободной оценки доказательств) в п/п.2 судья оценивает доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на совокупности исследованных в судебном заседании доказательств, руководствуясь при этом законом и далее в п/п 3 – оценка доказательств дознавателем, следователем, прокурором в ходе досудебного производства не имеет обязательного значения для судьи.

Процессуальные издержки (ст.143) т.е. расходы, связанные с производством по уголовному делу и делу о проступке, в том числе и связанные с производством экспертиз в экспертных учреждениях (п/п 8).

Статья 160 УПК – 2017 предусматривает недопустимость разглашения данных по уголовному делу в ходе досудебного производства.

Статьями 165 и 167 предусматриваются «Осмотр места происшествия» и «Осмотр трупа» соответственно.

Статья 165 включает в себя 14 подпунктов, в п/п 2 при необходимости для участия в осмотре места происшествия могут быть приглашены потерпевший, подозреваемый, обвиняемый, свидетель и защитник. С целью получения помощи по вопросам, которые нуждаются в специальных познаниях, следователь для участия в осмотре места происшествия может пригласить специалистов различных отраслей знаний. Пунктом 14 перечисляются поводы повторного осмотра того же места происшествия.

Статья 167 (осмотр трупа) включает 5 подпунктов, согласно которых:

1. Следователь производит осмотр трупа на месте его обнаружения с соблюдением требований статьи 165 настоящего Кодекса и с участием судебно-медицинского эксперта. Если участие эксперта окажется невозможным, то привлекается иной специалист из сферы медицины. При необходимости для осмотра трупа могут привлекаться также и другие специалисты.

2. Наружный осмотр трупа не заменяет и не исключает последующего назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы.

3. Неопознанные трупы подлежат обязательному фотографированию, дактилоскопированию и изъятию образцов ткани для последующего установления личности трупа.

4. В случае необходимости проведения дополнительного либо повторного осмотра **трупа участие судебно-медицинского эксперта обязательно.**

5. Заявление граждан об опознании умершего, сделанные в процессе осмотра трупа, заносятся в протокол данного следственного действия с последующим допросом заявителя в качестве свидетеля, что не исключает дальнейшее предъявление трупа для опознания другим лицам.

Процесс освидетельствования разъясняется статьей 168, согласно которой освидетельствование проводится для обнаружения на теле человека особых примет, следов преступления (или) проступка, телесных повреждений, выявления состояния опьянения или иных свойств, если для этого не требуется производство судебной экспертизы (п.1); о производстве освидетельствования следователь, орган дознания выносят постановление (п.2); освидетельствование производится следователем либо должностным лицом органа дознания. При необходимости следователь или орган дознания привлекают специалиста (п.4); при освидетельствовании другого лица свидетель либо орган дознания не присутствуют. В этом случае освидетельствование производится врачом (п.5); о производстве освидетельствования следователь или орган дознания составляют протокол (п.7). Процесс освидетельствования представителем органа дознания или следователем не исключает, нужно полагать, в последующем назначения экспертизы.

Глава 23 УПК – 2017 года (ст. 169 и 170) посвящены эксгумации и она проводится на основании мотивированного решения следственного судьи, суда (п.2) для осмотра захороненного трупа (п/п 1), опознание трупа (п/п 2), получения образцов тканей и органов или части трупа (п/п 3), установление иных обстоятельств, имеющих существенное значение для уголовного дела (п/п 4).

Глава 24 УПК – 2017 года посвящена экспертизе. Статья 171 (основание назначение экспертизы) – основанием являются: установление причины смерти (п/п 1 п.2); характера и степени вреда, причиненного здоровью (п/п 2 п.2); психического и физического состояния подозреваемого, обвиняемого (п/п 3 п.2); психического или физического состояния потерпевшего, свидетеля (п/п 4 п.2), возраста подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего (п/п. 5 п.2). Статья 172 определяет порядок назначения экспертизы и производство экспертизы может быть поручено государственным и (или) негосударственным экспертным учреждениям или экспертам (п.3). Пунктом 11 данной статьи при наличии заявления о применении пыток или жестокого обращения предусмотрено назначение судебно-медицинской экспертизы в течение 12 часов.

Рассмотрение следственным судьей ходатайства о назначении экспертизы (ст.175) в 10 пункте указывает, что следственный судья, рассматривающий ходатайство защитника о назначении экспертизы, проводимой по его инициативе на договоренной основе за счет заинтересованных лиц, выносит постановление, которым поручает ее проведение экспертам из числа лиц, указанных в ходатайстве.

Гарантии прав лиц, в отношении которых производится экспертиза, перечислены в статье 176 УПК – 2017, коими которых являются:

1. При производстве экспертизы живых лиц запрещаются:

1) лишение или стеснение их прав, гарантированных законом (в том числе путем обмана, применения насилия, угроз и иных незаконных мер), в целях получения от них сведений;

2) использование указанных лиц в качестве субъектов клинических исследований, медицинских технологий, фармакологических и лекарственных средств;

3) применение методов исследования, предусматривающих хирургическое вмешательство.

2. Экспертиза, производимая в отношении лица с его согласия, может быть прекращена на любой ее стадии по инициативе указанного лица.

Статьями 177 и 178 УПК – 2017 года прописаны производство экспертизы в экспертной организации и вне экспертной организации. Пунктом 3 статьи 177 в случае производства экспертизы на договорной основе на основании постановления следственного судьи, вынесенного по ходатайству защитника, материалы предоставляются стороной защиты. Нужно полагать, что речь идет о предоставлении доказательств.

Законодательно предусмотрены комиссионная (ст.180), комплексная (ст.181), дополнительная и повторная (ст.182) экспертизы.

Объектами экспертизы (ст.183) могут являться вещественные доказательства, документы, тело и состояние психики человека, трупы, животные, образцы и иные объекты, имеющие значение для дела, а также относящиеся к предмету экспертизы сведения, содержащиеся в материалах уголовного дела и (или) дела о проступке.

Сообщение о невозможности дачи заключения указывается в статье 186 УПК – 2017. Если эксперт убеждается, что поставленные вопросы выходят за пределы его специальных познаний или представленные ему материалы непригодны или недостаточны для дачи заключения и не могут быть выполнены либо если состояние науки и экспертной практики не позволяет ответить на поставленные вопросы, он составляет мотивированное сообщение о невозможности дачи заключения и направляет его органу или лицу, назначившим экспертизу. Очевидно, что речь идет о том вопросе постановления, определения, на который невозможно дать ответ.

Допрос эксперта (ст.187 УПК - 2017) допускается, только после представления им заключения.

Краткий анализ УПК – 2017 года свидетельствует о существенных изменениях в отдельных статьях, ряд статей, регулирующих экспертную деятельность, расширены или конкретизированы, отдельные подпункты некоторых статей вызывают вопросы, что говорит о несовершенстве некоторых норм УПК и очевидно, что требуют доработок, конкретизации.

Литература

1. УПК КР г. Бишкек, 2011.
2. УПК КР г. Бишкек, 2017.

УДК 340.148.33

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ПРАКТИКЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНЦИПОВ СТАМБУЛЬСКОГО ПРОТОКОЛА

М.Ш.Мукашев[1], Е.А.Халитова[2], А.С.Колопов[1]
[1]Кыргызская Государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева
(ректор – д.м.н. профессор Кудайбергенова И.О.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика
[2]Лига защитников прав ребенка (директор – Турдубекова Н.У.)

Резюме. По данным официальной статистики Генеральной прокуратуры КР, из 435 заявлений и сообщений о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания по 402 (92.4%) было отказано в возбуждении уголовного дела. За 9 месяцев 2017 года из 325 заявлений о пытках и жестоком обращении в 287 случаях (88,3%) отказано в возбуждении уголовного дела.

Анализом проведенных судебно-медицинских и психолого-психиатрических экспертиз по фактам заявлений о пытках и жестоком, бесчеловечном обращении выявлены причины, по сути, отказа следственных органов от возбуждения уголовного дела, коими явились:

1. Процедура вынесения постановления и назначения экспертизы может быть растянута во времени и зависит от воли лица выносящего постановление.

2. Подготовка заключений может быть затянута вследствие следующих причин:

2.1 Несвоевременная явка пострадавших на экспертизу

2.2 Неполный комплект медицинских документов (при обращении потерпевшего в медицинские учреждения, при нахождении его на стационарном или амбулаторном лечении, в результате преступного посягательства), что приведет к дополнительному затребованию медицинских документов и увеличивает время проведения экспертного исследования

2.3 Неполное указание следственных данных, относящихся к обстоятельствам возникновения повреждения, которое требует времени для прояснения данных.

2.4 Постановка «шаблонных вопросов» без учета характера исследования и возможностей назначаемой экспертизы.

3. Несвоевременное ознакомление участников уголовного судопроизводства с постановлением о назначении экспертизы (ознакомление подозреваемого (обвиняемого), его защитника, потерпевшего, его представителя.

4. К повторному назначению экспертиз приводит:

4.1. Некачественное заполнение форм 003-4у и 003-5у экспертами и форм 003-3у врачами.

4.2. Неполное и неправильное описание морфологии телесных повреждений врачами организаций здравоохранения, не позволяющие оценить их по тяжести и давности причинения.

4.3. Несвоевременное включение профильных специалистов для обследования подэкспертных.

4.4. Противоположные друг другу выводы в судебно-медицинских и психолого-психиатрических экспертизах .

Ключевые слова: Стамбульский протокол, пытка, жестокое, бесчеловечное, унижающее достоинство, судебно-медицинская, судебно-психиатрическая, экспертиза, заключение.

СТАМБУЛ ПРОТОКОЛУНУН ПРИНЦИПТЕРИН КОЛДОНУУДА СОТТУК-МЕДИЦИНАЛЫК ЖАНА ПСИХОЛО-ПСИХИАТРИЯЛЫК ЭКСПЕРТИЗАНЫН ИШ ТАЖРЫЙБАСЫНДА

М.Ш.Мукашев[1], Е.А.Халитова[2], А.С.Колопов[1]
[1]И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор-м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы
[2]Балдардын укугун коргоо лигасы (директор- Турдубекова Н.У.)

Корутнду. Кыргыз Республикасынын Башкы прокуратурасынын атайын статистикасынын берген маалыматында адамдарды кыйноолор жана адамкерчиликсиз катуу мамиле жасаган фактылар боюнча 435 арыздын жана кайрылуунун 402 ишине кылмыш ишин козгоодон баш тартылган. Бул иштин 92% тузот. Ал эми 2017-жылдын 9 айында адамдарды аёоосуз кыйнаган, катаал мамиле жасалган, 325 арыздын фактысынын 287 не кылмыш иши козголгон эмес (88,3 %).

Жарандардын аёоосуз кыйноолорго учурап жаткандыгын соттук-медициналык жана психоло-психиатриялык жактан талдоонун жыйынтыгында тергоо органдарынын улам кылмыш иштерин козгоодон баш тартып жаткандыктарынын кээ бир себептери менен фактылары ачыкка чыкты. Алар томонкулор:

1)Экспертизаны дайындоо боюнча токтом чыгаруунун тартиби ошол токтомду чыгарып жаткан адамдын иштиктуу аракетине байланыштуу болуп, убактылуу создуктурулуп калышынан коз каранды.

2)Корутундуну чыгаруу томондогудой себептерден улам создугуп калышы ыктымал:

2.1. Жабырлануучунун экспертизага оз убагында келбей калышы;

2.2. Медициналык документтердин толук болбой калышы:(жабырлануучунун медициналык мекемеге кайрылуу учурунда же анын стационардык же амбулатордук шартта дарылануу мезгилинде),

2.3. Жаракатты пайда кылган себептердин изилдешинин толук болбой калышы да изилдоо убактысын узартып коюшу мумкун;

2.4. Экспертиза дайындоонун мумкунчулугун жана изилдоонун мунозун эске албаган конумуш суроолордун коюлуп калышы .

3) Экспертизаны дайындоо жонундо кылмыш ишин кароочулардын, жабырлануучунун, анын жактоочусунун жана куноолунун(шектелуучунун) оз убагында тааныштырылбай калышы;

4) Экспертизаны кайталап жургузууго томондогулор себеп болот:

4.1 Врачтар тарабынан 003-3у жана эксперттер тарабынан 003-4у жана 003-05у формаларын сапатсыз толтурулушуна.

4.2 Врачтар тарабынан денеге келтирилген жаракатты морфологиялык суроттоп жазууда толук эмес жана туура эмес толтуруулар орун алат. Ошол себептен бул жараттын качан болгондугун, канчалык денгеелдеги оор же женил экендигин аныктоого кыйынчылык келтирет;

4.3 Экспертизага тиешелуу кесиптеги адистерди оз убагында ишке тартпагандык;

4.4. Сот-медициналык экспертиза менен психологиялык-психиатрдык корутундулардын бири-бирине карама-каршы жыйынтыгы.

Негизги создор-тушунуктор. Стамбул протоколу, кыйноо, ырайымсыз, адамкерчиликсиз,кемсинтуучу, кадыр-баркы, соттук-медициналык корутунду, экспертиза, корутунду.

THE IMPLEMENTATION OF THE ISTANBUL PROTOCOL PRINCIPLES IN FORENSIC AND PSYCHIATRIC FORENSIC EXAMINATIONS PRACTICE

M.Sh. Mukashev[1], E.A. Khalitova[2], A.S.Kolopov[1]
[1]Kyrgyz State medical academy n.a. I.K. Akhunbaev (rector-d.m.s., professor Kudaybergenova I.O.), Bishkek, the Kyrgyz Republic
[2]Child Rights Defenders' League Public Foundation (director N. Turdubekova)

According to the official data of the General prosecutor's Office of the Kyrgyz Republic, in 402 (92,4%) out 435 cases on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment the prosecutors refused to institute criminal proceedings. In 9 months of 2017 the criminal proceedings were not instigated in 287 (88,3%) out of 325 cases.

The analysis of the forensic and psychiatric examinations on torture and cruel treatment cases showed the reasons why the investigating bodies rejected complaints. They are as follows:

1. The procedures of forensic examination launch can be postponed and is depend on the will of the investigator
2. Overburden of experts;
3. Absence of persons who shall conduct the examination;
4. The absence of the full package of medical documentation (when a person was at hospital or underwent a medical treatment resulted from a physical harm (crime)), and it has to take additional time to collect the data and consequently it leads to delay of the forensic examination;
5. The lack of full information and necessary investigation materials related to the circumstances of the wound and physical harm appearance which also influence the time of forensic examination;
6. The use of «sample questions» without taking into consideration the specificity of the examination and the trauma which will further raise many additional questions.
7. Not-on-time presentation of the investigator's decision on forensic examination conductance to the subject of the criminal process (suspect (accused person), his/her defender, crime victim, his/her representative).

In case of the repetition of the forensic examination, It may lead to:

- Forensic experts and doctors fill up the Forensic Expert's Conclusion Forms 003-4U, 003-5U and the Medical Check Form 003-3U of low quality;
- Not full and incorrect description of the morphology of the physical damages by doctors, and this cannot allow to assess their heaviness and the prescription of injury;
- Not inclusion or delayed inclusion of specialized experts to the examination process;
- Contradictive conclusions of forensic and psychiatric examinations.

Tags: Istanbul Protocol, torture, cruel, inhuman or degrading treatment and punishment, forensic examination, psychiatric forensic expertise, conclusion.

В целях реализации реализации Национального плана мероприятий по противодействию пыткам и другим жестоким бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения и наказания в Кыргызской Республике создано Руководство, утвержденное Правительством КР и "Плана совместной деятельности Министерства здравоохранения по внедрению Стандартов Стамбульского протокола в практику системы здравоохранения {1}.

По данным официальной статистики Генеральной прокуратуры КР, из 435 заявлений и сообщений о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, по 402, то есть в 92,4% было отказано в возбуждении уголовного дела. За 9 месяцев 2017 года из 325 заявлений о пытках и жестоком обращении, отказано в возбуждении уголовного дела по 287 заявлениям, что составляет 88,3%.

Одной из главных проблем, влияющих на неэффективность расследования пыток и жестокого обращения, является проблема ненадлежащего документирования физических и психических доказательств пыток и жестокого обращения.

Разрешить проблему призвано основанное на принципах Стамбульского протокола Практическое руководство по эффективному документированию насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания в Кыргызской Республике, утвержденное приказом Министерства здравоохранения КР в декабре 2014 года.

Практическое руководство содержит рекомендации, как для профессиональных работников здравоохранения, так и для тех, кто дает оценку их действиям. Целью настоящего исследования

является анализ фактов, касающихся предполагаемых случаев применения пыток и жестокого обращения, для выявления тех, кто несет ответственность за такие случаи, и содействия их судебному преследованию либо с целью использования таких фактов в рамках других мер в интересах жертв пыток и жестокого обращения.

В настоящее время идет процесс активного внедрения Практического руководства. Медицинские работники, судебно-медицинские эксперты, судебные психологи и психиатры снабжены соответственно Формами медицинского осмотра, судебно-медицинской и судебно-психолого-психиатрической экспертиз. Для них регулярно проводятся информационно-образовательные тренинги.

Полностью оборудованы специальные кабинеты для проведения судебно-медицинских экспертиз с целью обеспечения конфиденциальности (прозрачная перегородка, медицинское оборудование и мебель) в здании Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы, Республиканского центра психического здоровья. Оснащены все центры судебно-медицинских экспертиз по регионам и в г. Бишкек фотоаппаратурой, цветными линейками, учебными материалами и оборудованием, проекторами, цветными принтерами, канцтоварами и другими принадлежностями для обучения.

Судебные эксперты, проводящие обследование жертвы пыток и жестокого обращения, должны обладать конкретными специальными познаниями в области судебного документирования пыток и других форм физического и психологического насилия. Исследование необходимо проводить всесторонне, полно и объективно. Медицинское заключение должно быть основано на фактах, тщательно сформулировано и аргументировано.

Важным условием повышения качества и доказательности заключений экспертов является углубленный и всесторонний анализ ошибок, допускаемых при организации, назначении и производстве экспертиз.

Данная статья основана на анализе практики применения принципов Стамбульского протокола при производстве судебно-медицинских и психолого-психиатрических экспертиз экспертами Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы и Республиканского центра психического здоровья и их территориальных подразделений.

Проведенный анализ заключений судебно-медицинских экспертиз, судебных психолого-психиатрических экспертиз, выявил следующее:

1. Утвержденная форма 003-4у заполнена в 11 из 31 судебно-медицинской экспертиз, форма 003-5у заполнена в 13 из 16 судебных психолого-психиатрических экспертизах.

2. На практике процедура назначений экспертиз, передача постановления в Бюро судебно-медицинских экспертиз требует определенного промежутка времени, что является недостатком процессуального и организационного порядка, так как следы телесных повреждений в результате применения пыток/насилия в большинство случаев слабо выражены и, в силу природных свойств организма, с истечением времени могут исчезать, а в случаях позднего назначения судебно-медицинской экспертизы и вовсе отсутствовать.

Таким образом, время с момента вынесения постановления до начала экспертизы должно быть максимально коротким. Своевременно назначенная экспертиза, основанная на принципах Стамбульского протокола проведения в срок 24 часа с момента заявления предполагаемой жертвы о насилии/пытках, согласно утвержденному Министерством здравоохранения КР Практическому руководству по стандарту, используя форму 003-4у позволила бы фиксировать даже незначительные телесные повреждения.

2.1. По данным исследования процедура подготовки и назначения судебно-медицинских экспертиз подготовлены в сроки:

1.1 до 24 часов -9

1.2 24 часа-2

1.3 свыше 24 часов до 3 суток-1

1.4 свыше 3 суток- 12

1.5 свыше 30 суток -6

1.6 дата вынесения постановления не была указана-7 случаев

2.2 Судебно-психолого-психиатрические не было ни одной назначенной в сроке до 24 ч, до трех суток. В среднем срок от вынесения постановления до начала производства экспертизы колебался от пяти дней до трех месяцев. В срок более трех дней подготовлено 12 СПП экспертных заключений, в четырех дата назначения экспертизы не указана, в сроки более 30 дней-2.

Одновременно с судебно-медицинской экспертизой должна назначаться судебная психолого-психиатрическая экспертиза, с заполнением соответствующей формы 003-5у.

Данный вид экспертизы может обеспечить важные доказательства пыток/насилия так как пытки/насилие практически всегда вызывают значительные психологические изменения и психические симптомы. Используемые методы физического воздействия зачастую рассчитаны на то, чтобы не причинять физических повреждений или оставлять следы, которые либо недостаточно очевидны, либо недостаточно специфичны.

«В тех случаях, когда имеет место жалобы, предположение или подозрение на пытки необходимо в обязательном порядке проведение психолого-психиатрической экспертизы. Сочетание физических и психологических доказательств, соответствующих предъявленному обвинению, усиливает общую ценность медицинского доказательства. В связи с этим, судебно-медицинская экспертиза и документирование по факту применения пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство человека наказаний и обращений, следует проводить комплексно – с участием врачей судмедэкспертов, психологов, психиатров »{1}.

4.Учитывая, что судебная психолого-психиатрическая экспертиза часто назначается позже судебно-медицинской, выявляется прямое противоречие выводов двух видов экспертиз, когда судебно-медицинские эксперты ставят несоответствие заявлению подэкспертного обнаруженным симптомам, которые к моменту проведения экспертизы могут исчезнуть, тогда как судебная психолого-психиатрическая оценивает сообщение о насилии как соответствует и даже высоко соответствует.

5. В экспертное учреждение дело должно поступить с достаточными и исчерпывающего содержания документами, если документов недостаточно, срок экспертизы продлевается.

6. Проблему с определением необходимых для экспертизы специалистов, объемом и характером обследования можно решить до начала экспертизы направлением пациента на осмотр к врачам Организаций Здравоохранения, с обязательным заполнением формы 003-3у, в которой помимо выставленного диагноза будут даны рекомендации по необходимым консультациям и обследованиям.

7. Анализ заключений судебных экспертиз на обязательность использования утвержденных Министерством здравоохранения Кыргызской Республики форм при документировании случаев пыток, насилия и жестокого обращения показал, чтонесмотря на внедрение в практику работы экспертов единых форм 003-4у для проведения судебно -медицинских экспертиз и 003-5у для проведения судебных психиатрических экспертиз при документировании случаев пыток, судебными экспертами используются иные формы и акты (форма №188/У, форма №170-у-254, форма №170-у-87, форма №1030, Акт, Заключение).

Из 31 судебно-медицинской экспертизы заполнена:

- форма 188/у – в одном случае;
- форма 170у-254 – в двух случаях;
- форма 170у87 – в восьми случаях;
- форма №1030 – в одном случае;
- форма с названием медицинская документация, утвержденная Министерством Здравоохранения – в четырех случаях.

Из психолого-психиатрических по форме 003-5у подготовлены 12 экспертных заключений, три акта и одно заключение.

Судебно-медицинские эксперты не всегда заполняют форму 003-4у, если следователи в своих постановлениях не указывают методику проведения судебно-медицинской или психолого-психиатрической экспертизы в делах по предполагаемым пыткам согласно Стамбульского Протокола и/или утвержденного приказом МЗ КР Практического руководства (далее Практическое Руководство) по эффективному документированию насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.

8. В форме 003-4у и 003-5у имеется положение согласно которому*«Подэкспертный/законный представитель могут ознакомиться с заключением или получить копию у должностного лица, ответственного за расследование случаев насилия, пыток и жестокого обращения».* Такой порядок усложняет процесс получения адвокатом (заявители) заключения судебно-медицинской и психолого-психиатрической экспертизы сразу после проведения экспертизы, и вынуждает адвоката дополнительно обращаться к должностному лицу, ответственному за расследование, для ознакомления с ними и получения копий.

Форма 003-3у для врачей всех уровней здравоохранения предусматривает обязательную выдачу копии заключения пациенту или законному представителю пациента, что позволяет пациенту или законному представителю, несогласным с заключением, сразу же обратиться за обследованием к другому врачу или эксперту(2). Если же такая возможность пациенту или его законному представителю не представляется, ожидание в течении месяца результатов экспертизы или зависимость от желания лица ведущего расследование ознакомить или нет с результатами экспертизы, приводит к тому, что телесные повреждения заживают полностью. Повторная или дополнительная экспертиза будет проводиться по материалам дела. В этих случаях эксперты, как бы хорошо не были обучены и мотивированы, вынуждены будут, не видя никаких телесных повреждений у подэкспертного принимать во внимание первичное описание телесных повреждений, что приведет лишь к подтверждению оспариваемого заключения.

9. На результаты проводимых экспертиз огромное влияние оказывает тщательное и полное документирование телесных повреждений врачами. Если врач не использует соответствующие алгоритмы описания морфологии телесных повреждений в своих заключениях, судебно-медицинские эксперты используют следующую формулировку: «Установить давность вышеописанных телесных повреждений, указанных в медицинских документах, не представляется возможным, так как в медицинской документации не указана цветовая гамма и размеры кровоподтеков, уровень стояния корочек».

Грамотная формулировка вопросов для экспертов требует специальных познаний, учитывая, что эксперты не обязаны отвечать на не поставленные вопросы, перечень вопросов должен быть тщательно продуман.

Вопросы следователя, указываемые в постановлении, являются шаблонными и в основном требуют у судебно-медицинских экспертов установить наличие телесных повреждений, механизм образования, характер, локализацию, степень тяжести, давность.

Эти вопросы обязывают эксперта проводить в основном дерматологический осмотр, который при отсутствии видимых телесных повреждений оценится по степени соответствия, как не соответствует. Например, в четырех экспертизах дата получения телесных повреждений 26.08.16г, экспертиза начата 21.06.17г (спустя почти год после получения телесных повреждений), но вопросы ставятся те же: «Имеются ли на теле какие-либо телесные повреждения, если, да то определить степень тяжести вреда здоровью, какова локализация, механизм образования, соответствуют ли обнаруженные телесные повреждения сроку давности выше указанным обстоятельствам?».

Ответ экспертов, соответствующий «на момент повторного судебно-медицинского освидетельствования от 21.06.2017г в СИЗО Х на теле гр. А.И каких-либо телесных повреждений в виде ссадин, кровоподтеков, ран, за исключением старого рубца на животе справа (с событиями не связано) не обнаружено»(4).

В таких случаях эксперт не может интерпретировать по критериям как «несоответствие» так как по истечении времени отсутствие таких повреждений является соответствием того что они могли исчезнуть.

Перечень вопросов, для экспертов, которые стандартно назначаются при заявлении о пытках, вне зависимости от давности и других исходных данных:

1. Установить наличие телесных повреждений, механизм образования, характер, локализацию.
2. Какова степень тяжести телесных повреждений?
3. Какова давность телесных повреждений?
4. Причинен ли вред здоровью?
5. Соответствуют ли сроку, указанному в обстоятельствах дела?

По международным стандартам рекомендованы тип вопросов согласно Стамбульскому протоколу:

1) Согласуются ли установленные физические данные с сообщением о якобы имевшем место применении пыток?

2) Какие факторы физического состояния обследуемого влияют на общую клиническую картину?

3) На какой стадии выздоровления находится обследуемый?

4) Какие еще факторы стресса влияют на состояние здоровья обследуемого (например, продолжающиеся преследования, вынужденная миграция, пребывание в стране, предоставившей убежище, потеря семьи и роли в обществе и т.п.)? Как эти проблемы влияют на состояние жертвы?

В некоторых экспертизах предлагается ответить на правовой вопрос: «правильно ли первичное заключение, а также заключение комиссионной судебно-медицинских экспертиз ХХБСМЭ »(6).

Беспристрастность эксперта и ее влияние на осуществляемую деятельность:

Эксперт при производстве экспертизы, не занимается расследованием, но устанавливает доказательные факты и разъясняет их, помогая осуществлению правосудия. Добросовестно и неформально подходя к правильному решению поставленных задач, независимо от сложности проводимой экспертизы, эксперт должен изложить результаты таким образом, чтобы они были доступны для правильного восприятия и оценки их достоверности всем субъектам, включая лиц, не имеющих медицинского образования.

11.В некоторых постановлениях экспертам предлагают оценить самих себя. Так, например, для подготовки заключения эксперта №2061 привлекаются эксперты: Т.С., О.А., Э.К. экспертиза проводится по заявлению подэкспертного на пытки со стороны сотрудников правоохранительных органов. Адвокаты не согласились с выводами данной экспертизы, так как для подготовки экспертизы не были привлечены профильные специалисты: невропатолог, отоларинголог.

В дальнейшем по ходатайству адвокатов назначается «Повторная медицинская экспертиза(3) к Заключению №2061 от 17.09.2015 года», которая мало того, что назначается тем же самым экспертам Т.С., О.А., Э.К., которые проводили первичную экспертизу, еще и включает вопрос: **«Правильное ли первое заключение судебно-медицинских экспертов?».**

Выводы в данном случае конечно же совпали с первичной экспертизой., что потребовало дальнейшего обжалования и назначения еще одной экспертизы по данному подэкспертному, которая была окончена 24.02.16г. Учитывая, что подэкспертный был избит 20.08.15, весь процесс подготовки заключений по нему занял более шести месяцев(7).

В таких случаях целесообразно было бы назначение повторной экспертизы в альтернативные структуры по судебно-медицинской экспертизе - кафедра судебной медицины и права, отделения судебно-медицинских экспертиз других подразделений или с участием негосударственных СМЭ. Описание телесных повреждений может не способствовать принятым стандартам в судебной медицине.

Документирование и оценка степени соответствия.

Согласно Практическому Руководству правильное медицинское документирование позволяет обнаруживать, выявлять и предавать гласности доказательства применения пыток и жестокого обращения, с тем, чтобы можно было привлечь к ответственности лиц, совершивших такие деяния в интересах правосудия{1}.

Согласно Стамбульского протокола и Практического руководства при подготовке экспертных заключений по заявлению на пытки, насилие необходимо установить степень соответствия между обнаруженными телесными повреждениями с обстоятельствами получения травмы, изложенными подэкспертным (освидетельствуемым), включая жалобы на пытки и жестокое обращение.

Отсутствие физических повреждений не исключает возможность того, что имели место пытки и жестокое обращение. Так же проводится установление степени соответствия между анамнезом острых и хронических соматических симптомов и общей потерей трудоспособности с обстоятельствами получения травмы, изложенными подэкспертным (освидетельствуемым), включая жалобы на пытки и жестокое обращение. Эксперт должен оценить выявленные телесные повреждения, данные предоставленных ему медицинских документов, фотоматериалов, клинико-лабораторных исследований по данному подэкспертному с его заявлением о применении к нему пыток/жестокого обращения с использованием следующих терминов:

• **Не соответствует:** физические симптомы не могут быть следствием описанной травмы.

• **Соответствует:** физические симптомы могут быть следствием описанной травмы, но оно не специфично и могло быть вызвано множеством других причин.

• **Высоко соответствует:** физические симптомы повреждения могут быть следствием указанной травмы и число других возможных причин не велико.

• **Практически диагностировано:** этот внешний вид повреждения свидетельствует о том, что оно не могло быть вызвано никаким другим образом, кроме описанного

Но на практике при отсутствии на теле телесных повреждений, в основном ставится оценка «не соответствует», таким образом осмотр кожных покровов ставится выше оценки состояния здоровья в целом.

Некоторые судебно-медицинские эксперты(8) в случае отсутствия телесных повреждений на теле подэкспертных, выставляя критерий **«не соответствует»** не поясняют, что телесное

повреждение могло быть получено, но в результате естественного процесса заживления и давности времени не обнаружено.

В Стамбульском протоколе указано, что при отсутствии телесных повреждений «не следует полагать, будто отсутствие физических доказательств означает, что пыток не было, поскольку такие акты насилия часто не оставляют следов или рубцов»{4}.

12. Некоторыми судебными психиатрами-экспертами не в полной мере документируются изменения психического статуса. Анамнез, способы воздействия, описания подэкспертными своих переживаний, психический статус описываются очень коротко. Часто используются такие штампы, как «сознание ясное», «внимание привлекается», «мышление последовательное, логичное», «память и интеллект не нарушены», «память и интеллект на уровне полученных образований», «эмоционально тревожен», «фон настроения ситуационно снижен» и т.п., которые, не отражают собой клинических описаний сознания, внимания, мышления, интеллекта или памяти.

В заключениях судебно-психиатрических экспертиз, психиатры отказываются от оценки степени причиненного страдания, объясняя это тем, что «определение степени причиненного страдания не входит в компетенцию эксперта-психиатра»(9) .

Согласно Стамбульскому протоколу определять степень страдания не входит в задачу судебной психолого-психиатрической экспертизы, но необходимо определять влияние этих страданий на физическое, психическое здоровье человека.

13. Отказ судебно-медицинских экспертов принимать во внимание заключения судебных психиатров:

Так, например, из заключения судебной психолого-психиатрической экспертизы №138: *«Развившееся у подэкспертного после применения к нему насилия тревожно-депрессивного расстройства ожидаемая реакция на стрессовую ситуацию…На момент обследования психологическое состояние подэкспертного проявляется в снижении порога возбуждения к различным стимулам, в нерешительности, нетерпеливости. Имеет место невротическая реакция тревожности, эмоциональная неустойчивость, что является результатом применения к нему насилия, пытки». Несмотря на то, что судебные психиатры подтвердили психологические последствия пыток, судебно-медицинские эксперты в комиссионной экспертизе №41 от 04.03.16г по тому же подэкспертному ссылаясь на правила проведения судебно-медицинских экспертиз отказываются оценивать данный вид расстройства по степени тяжестив виде: « В правилах проведения судебно-медицинских экспертиз в КР от 12.01.12г №33, в разделе 37, пункта 2, психическим расстройством следует понимать психическое заболевание (психическая болезнь): в группу психических заболеваний не должны включаться заболевания связанные с повреждением нервной системы, реактивные состояния, психозы, неврозы). Поэтому данное психическое состояние судебно-медицинской оценке по тяжести вреда здоровью не подлежит»{5}.*

Данная должностная инструкция нуждается в срочном пересмотре, т.к. МКБ№10 глава F под психическим расстройством подразумевает связанные со стрессом и невротические расстройства наряду с другими расстройствами непсихотического и психотического уровня. (например, рубрика F40-F48 включает Невротические связанные со стрессом и соматоформные расстройства){6}. Исходя из этого п.37 Правил судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью должны быть персмотрены на соотвествие МКБ10 и Стамбульскому протоколу:

ВЫВОДЫ

Затягивание проведения экспертиз и невыполнение рекомендаций Стамбульского протокола связано со следующими причинами:

1. Процедура вынесения постановления и назначения экспертизы может быть растянута во времени и зависит от воли лица выносящего постановление.

2. Подготовка заключений может быть затянута вследствие следующих причин:

2.1 Несвоевременная явка пострадавших на экспертизу

2.2 Неполный комплект медицинских документов (при обращении потерпевшего в медицинские учреждения, при нахождении его на стационарном или амбулаторном лечении, в результате преступного посягательства), что приведет к дополнительному затребованию медицинских документов и увеличивает время проведения экспертного исследования

2.3 Неполное указание следственных данных, относящихся к обстоятельствам возникновения повреждения, которое требует времени для прояснения данных.

2.4 Постановка «шаблонных вопросов» без учета характера исследования и возможностей назначаемой экспертизы.

3. Несвоевременное ознакомление участников уголовного судопроизводства с постановлением о назначении экспертизы (ознакомление подозреваемого (обвиняемого), его защитника, потерпевшего, его представителя.

4. К повторному назначению экспертиз приводит:

4.1. Некачественное заполнение форм 003-4у и 003-5у экспертами и форм 003-3у врачами.

4.2. Неполное и неправильное описание морфологии телесных повреждений врачами организаций здравоохранения не позволяющие оценить их по тяжести и давности причинения.

4.3. Несвоевременное включение профильных специалистов для обследования подэкспертных.

4.4. Противоположные друг другу выводы в судебно-медицинских и психолого-психиатрических экспертизах .

РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Перед назначением судебно-медицинской экспертизы желательно проведение обязательного медицинского осмотра в любой организации здравоохранения, в сроке 24 часа, специалистом, имеющим опыт документирования пыток, насилия согласно Практическому Руководству и СП. Это позволит до назначения экспертизы в случае затягивания вынесения постановления или проведения экспертизы задокументировать телесные повреждения и состояние пациента и определить какие специалисты могут быть задействованы в предстоящей экспертизе кроме судебно-медицинских экспертов (например, нейрохирург, невропатологи, окулисты, сурдологи и т.д.). Грамотно и в полной мере заполненная форма 003-3у может быть равносильно использована судомесли подготовленная экспертиза будет недостаточно обоснована и ясна.

2. Усилить контроль за заключениями врачей общей практики по форме 003-3у, особенно в части описания морфологии телесных повреждений с использованием утвержденных в Практическом Руководстве алгоритмов описания.

3. Судебно-медицинскую экспертизу и документирование по факту применения пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство человека наказаний и обращений, назначать и проводить комплексно – с участием врачей судмедэкспертов, психологов, психиатров и других необходимых специалистов.

4. Обязательно использовать утвержденные Министерством здравоохранения Кыргызской Республики Формы при документировании случаев предполагаемых пыток: форм 003-4у для проведения судебно -медицинских экспертиз и 003-5у для проведения судебных психолого- психиатрических экспертиз.

5. Лицам, назначающим экспертизы по делам о возможных пытках, учитывая комплексный характер предстоящего экспертного исследования, перед назначением экспертиз и формулированием вопросов получать консультацию экспертов, врачей специалистов, учитывать возможность привлечения профильных специалистов.

6. Администрации РЦПЗ и РЦСМЭ обеспечить контроль за качеством подготовки экспертиз.

7. Администрации РЦПЗ и РЦСМЭ контролировать своевременное прохождение обучения и переподготовки экспертов

8. Обеспечить доступ адвокатов и законных представителей к получению копии форм экспертных заключений.

9. Повышать уровень знаний следователей, прокуроров и судей по Эффективному документированию пыток, насилия, жестокого обращения для того, чтобы они могли своевременно назначать экспертизы, проводить расследование и оценивать заключения экспертов.

10. Развивать институты альтернативных (академической, университетской и др) судебно-медицинской и психолого-психиатрической экспертиз, что приведет к улучшению качества заключений и эффективности медицинского документирования случаев пыток, жестокого и бесчеловечного обращения и наказания.

11. Министерству Здравоохранения разработать систему мониторинга качества экспертных заключений СМЭ, СППЭ и обеспечить беспрепятственный доступ аппарата Омбудсмена к экспертным заключениям для последующего мониторинга и отслеживания процесса улучшения качества экспертных заключений.

Литература

1.Эффективное документированиенасилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Практическое руководство для медицинских специалистов всех уровней здравоохранения и других ведомств Кыргызской Республики. 2014, 216 с.

2.Стамбульский протокол. Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Физические доказательства пыток. Глава V ОБСЕ, Центр в Бишкеке, Издание организации объединенных наций, № 2.04.XIV. 3. С. 161-233.

3.Правила проведения судебно-медицинских экспертиз в Кыргызской Республике, Бишкек, 2012. с. 373-433

4.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. МКБ-10, Бишкек, 2002, с. 115-125

УДК 61:343.811-055.2

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ЖЕНСКОЙ КОЛОНИИ)

М.Ш. Мукашев, А.С. Колопов

Кыргызская Государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева

(ректор-д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.), г.Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Конституция Кыргызской Республикой (ст.47) устанавливает права каждого на охрану здоровья и обязательство государства по созданию условий для медицинского обслуживания. Это касается и качества доступности медицинской помощи и контингенту пенитенциарных учреждений. Исследованы доступность и качество медицинских услуг в женской колонии ИК-2. Установлены отсутствие элементарных обезболивающих лекарственных средств, антибиотиков, отсутствие медицинских перчаток для гинекологических осмотров (осужденные женщины сами покупают), отсутствие стоматологической помощи.

Рекомендуется: активизировать участие уполномоченного органа в области здравоохранения в охране здоровья в местах лишения свободы и передача ему ответственности за предоставление медицинской помощи в пенитенциарных учреждениях.

Ключевые слова: права, охрана здоровья, пенитенциарное учреждение, женщины

ПЕНИТЕНЦИАРДЫК МЕКЕМЕЛЕРДЕ АЯЛДАРДЫН КОНТИНГЕНТИНЕ МЕДИЦИНАЛЫК ЖАРДАМДЫН УЮШТУРУЛУШУНУН ПРОБЛЕМАЛАРЫ

М.Ш. Мукашев, А.С. Колопов

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

(ректор-м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.),

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме: Кыргыз Республикасынын Конституциясынын 47-беренеси мамлекеттин медициналык жактан тейлөөнүн шарттарын түзүүнүн милдеттерин жана ар кимдин ден соолугун сактоосу менен коргоосун камсыздай турган укугун бекемдешин көрсөтөт.

Бул мыйзам жабык мекемелерге карата колдонула турган медициналык жардам көрсөтүүнүн сапаттык жактан жеткиликтуу болушуна да тиешелуу болот.

Бул багытта аялдардын № 2 түзөтүү мекемесиндеги медициналык кызмат көрсөтүүнүн жеткиликтүүлүгү жана сапаттык тейлоо жумуштарына изилдөөлөр жүргүзүлгөн.

Текшерүүдө элементардык нерселердин: ооруну басаңдатуучу каражаттардын, антибиотиктердин, гинекологиялык кароолор үчүн колкаптардын жоктугу жана стоматологиялык жардам көрсөтүүнүн каражаттарынын жоктугу аныкталды (керектүү дары-дармектерди, каражаттарды соттолгон аялдар өздөрү сатып алууга мажбур болушат).

Жогорудагы фактылардын негизинде сунуш кылынат: жабык жайлардагы адамдардын ден соолугун сактоо, коргоо үчүн тиешелүү ыйгарымдуу органдын иштөөсүндө алар үч н керектүү деңгээлдеги тейлөө иштерин жакшыртуу жана жоопкерчилигин жогорулатуу жагы каралган.

Негизги создор: укуктар, ден соолукту сактоо, коргоо, жабык мекемелер, аялдар.

PROBLEMS OF MEDICAL CARE IN PENITENTIARY INSTITUTIONS (ON THE EXAMPLE OF THE FEMALE PENAL COLONY)

M.SH.Mukashev, A.S.Kolopov
Kyrgyz State medical akademy Of I.K.Ahunbaev
(rector-d.m.s., professor Kudaybergenova I.O.), Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The Constitution of the Kyrgyz Republic (Article 47) establishes the rights of everyone to health care and the obligation of the state to create conditions for medical care. This also concerns the quality of accessibility of medical care for penitentiary institutions population. The availability and quality of medical services were investigated in the female corrective colony №2. It was established that there are no elementary painkillers, antibiotics, medical gloves for gynecological examinations (convicted women buy themselves), dental care.

It is recommended: to intensify the participation of the authorized body in the field of health in health care in places of detention and transfer to it responsibility for the provision of medical care in penitentiary institutions.

Keywords: rights, health care, penitentiary institution, women

Основным законом страны является Конституция, которая имеет высшую юридическую силу и прямое действие на всей территории страны и на ее основе принимаются конституционные законы, Законы и другие нормативные правовые акты (1).

Статья 47 Конституции устанавливает права каждого на охрану здоровья и обязательство государства по созданию условий для медицинского обслуживания и принятию мер по развитию секторов здравоохранения.

Конституция Кыргызской Республики определяет здоровье человека высшей ценностью, наряду с жизнью, правами и свободами человека(ст.6.ч.1,2) (1).

По мнению Мандела Н. (2) “О нации следует судить не по тому, как она обращается со своими самыми выдающимися гражданами, а по тому, как она обращается с находящимися на дне”.

Осужденный к лишению свободы не перестает быть человеком вне зависимости от того, насколько тяжким является преступление, в совершении которого он был признан виновным и содержится в местах отбывания наказания (2).

Приговор суда лишает лицо свободы, но отнюдь не отбирает у него право оставаться человеком. Вне зависимости от того, какую часть отбывающих наказание в виде лишения свободы составляют женщины, ситуация с осужденными женщинами существенно отличается от ситуации с лишенными свободы мужчинами, поэтому ей следует особое внимание. Помимо других важных факторов, отличность ситуации имеет привязку к вопросам охраны здоровья осужденной женщины и специфики организации надлежащей медицинской помощи в пенитенциарном учреждении, где женщина отбывает наказание.

Для медицинского обслуживания осужденных организуются лечебно-профилактические учреждения (больницы, специальные больницы: психиатрические и туберкулезные; медицинские части), а для содержания и амбулаторного лечения больных активной формой туберкулеза, хронического алкоголизма и наркомании, ВИЧ-инфицированных-лечебные исправительные учреждения (3).

В 2017 г. с привлечением независимых экспертов и специалистов и институтом Омбудсмена с целью установления степени достоверности проведено исследование доступности к медицинским услугам в женской колонии в с.Степном.

Настоящее исследование является результатом работы по отслеживанию ситуации с соблюдением прав и свобод лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях Кыргызской Республики, с основным акцентом на соблюдение права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья прав осужденных женщин в женской колонии.

Исправительное учреждение № 2 является единственной исправительной колонией для осужденных женщин в Кыргызстане и находится в селе Степное примерно в 10 км от столицы Бишкек.

В учреждении отбывают наказание женщины:

- впервые осужденные к лишению свободы за совершение умышленных преступлений небольшой тяжести, менее тяжких преступлений, тяжких преступлений, преступлений по неосторожности на срок свыше семи лет, при рецидиве преступлений, если лицо ранее отбывало

наказание в виде лишения свободы, при опасном рецидиве, лица, которым привлечение к общественным работам, исправительные работы или ограничение свободы заменены лишением свободы, а также осужденные, переведенные из колоний-поселений и воспитательных колоний в установленном УИК КР порядке (общий режим);

- осужденные за особо тяжкие преступления, а также при особо опасном рецидиве (строгий режим).

Женская колония барачного типа построена в 1962 году, состоит из ряда малоэтажных строений (корпусов), в которых размещены:

- жилые помещения;
- блок для больных Туберкулезом;
- отдельный блок для девочек;
- блок матери и ребенка.

Женская колония рассчитана на 450 человек, в момент посещения содержались 316 женщин.

Согласно Порядку оказания медицинской помощи, штатная численность медицинского персонала определяется службой медицинского обеспечения уголовно-исполнительной системы Кыргызской Республики, исходя из особенностей территориального расположения учреждения по отношению к организациям здравоохранения и лимита его наполнения (3).

По штату исправительной колонии № 2 предусмотрены следующие должности медицинских работников:

- главный врач;
- гинеколог;
- педиатр;
- дерматовенеролог;
- фельдшер;
- медсестра.

Заключенные вне зависимости от характера их преступления, сохраняют за собой все основные права человека, в том числе право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Тюремные администрации должны обеспечить в неотложных случаях доступ к медицинскому обслуживанию в любое время без задержки (4).

Помещение для заключенных должны отвечать надлежащим требованиям в плане их кубатуры, площади, освещения, отопления и вентиляции (5). Все заключенные должны в обычные часы обеспечиваться здоровой и достаточной пищей, а также располагать питьевой водой, когда они испытывают в ней потребность(6).

С 2009 года в пенитенциарной системе действует программа лечения и реабилитации наркотической и алкогольной зависимости «Атлантис», предусматривающая шестимесячный курс лечения на добровольной основе для лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы.

По словам работника программы «Атлантис», пациенты, изъявившие желание вылечиться от наркомании и алкоголизма, помещаются в специально выделенное здание реабилитационной программы «Атлантис» отдельно от других женщин. После завершения четырехмесячного курса лечения пациенты возвращаются к прежним условиям содержания вместе с другими осужденными. За 2017 год прошли лечение 28 женщин.

В программе заместительной метадоновой терапии участвуют 18 осужденных женщин, в программе обмена шприцев -21.

Прием метадона осуществляется больными из одноразовых стаканов, использованные стаканы утилизируются. Каждой женщине метадон выдается по назначенной дозе в миллиграммах (через дозатор). После приема метадона медсестра проверяет ротовую полость женщины, и только после разрешает покинуть кабинет.

В рамках программы для лиц, живущих с ВИЧ/СПИД, антиретровирусную терапию получают 12 женщин. Пять женщин из числа получающих антиретровирусную терапию и охваченных интервью, отмечают отсутствие перебоев в обеспечении с препаратами, дополнительное питание выделяется. Со стороны медицинских работников конфиденциальность информации о состоянии здоровья и заболевании женщин сохраняется.

По данным анонимного анкетирования женщин: шесть из двадцати одной не удовлетворены качеством оказываемых медицинских услуг, выражающихся, с их точки зрения:

- в большинстве случаев при обращении за лекарством в медицинскую часть отсутствуют элементарные обезболивающие лекарственные средства, антибиотики, симптоматические средства против простуды (антигриппин), не говоря уже о других лекарственных средствах. В связи с этим

нужные им лекарственные средства покупают родители и родственники, а женщины, не имеющие родственников, заимствуют нужные лекарственные средства у других осужденных;

- если женщина, обращающаяся к гинекологу, не может предоставить гинекологические перчатки, которые она должна приобрести за свой счет, то врач гинеколог отказывает в осмотре;

- к стоматологу обращаются только в крайнем случае, так как не работает стоматологическая установка и кроме удаления зубов, другого лечения не проводится. При этом услуги стоматолога являются платными;

- для консультации привлекаются врачи-специалисты других учреждений или врачи-специалисты организации здравоохранения. Консультация врачами-специалистами осуществляется в медицинской части учреждения или в другом лечебном учреждении.

- Беременные женщины могут быть заключены в тюрьму только при самых исключительных обстоятельствах. Если такая необходимость возникает, то им должен быть предоставлен тот же уровень медицинского обслуживания, который имеется в гражданском обществе. При приближении времени родов таких женщин во всех случаях, когда это представляется возможным, следует переводить в гражданские больницы. Женщине это обеспечит получение профессиональной медицинской помощи, а ребенку позволит избежать клейма – тюрьмы в качестве места рождения. В любом случае свидетельство о рождении не должно указывать тюрьму как место рождения.

Гинеколог осматривает женщин два раза в неделю. Необходимые в этот период режимные ограничения должны быть настолько умеренными, насколько это возможно.

Если в тюрьме содержатся беременные женщины, то тюремная администрация должна уделить максимум внимания вопросам, связанным с рождением ребенка.

Результаты исследования качества получения медицинских услуг показали, что недостатки в практике предоставления медицинской помощи в ИК-2 в определенной степени характерны для всей исправительной системы Кыргызской Республики, и имеют место в силу:

- недостаточно активного участия уполомоченного органа в области здравоохренения в охране здоровья в местах лишения свободы, вследствие дезинтегрированности политики пенитенциарного здравоохранения и национальной политики охраны здоровья, что привело к появлению “параллельных систем”, не полностью подпадающих под государственную политику аттестации и аккредитации;

- недостаточной организации ведомственной медицинской службы, в том числе: вследствие неполной укомплектованности штата сотрудников или укомлектованности сотрудниками с недостаточной квалификацией, слабой технической и материальной оснащенности;

- оказание медицинской помощи осужденным без должного учета схем диагностики, лечения и профилактики конкретного заболевания или состояния пациента, которым должны следовать медицинские работники (клинические руководства/протоколы), и принципов доказательной медицины;

- изоляции медицинского персонала исправительных учреждений от основного направления практики медицинских услуг и, как следствие, отсутствия возможности пользоваться более широкими достижениями в методике лечения, в профессиональных стандартах, в обучении;

- зависимости медицинского персонала от администрации исправительного учреждения, которая не всегда позволяет ему руководствоваться только медицинскими критериями при принятии клинических решений и осуществлении других оценок, касающихся здоровья осужденных;

- пробелов и коллизий в правовых актах, регулирующих деятельность по охране здоровья осужденных;

Таким образом, исходя из обозначенных причин сложившейся ситуации, наиболее эффективным способом устранения существующих недостатков и создания системы, гарантирующей надлежащий и своевременный доступ осужденных к услугам врача, отвечающего профессиональным, этическим и техническим стандартам, **является передача уполномоченному органу здравоохранения ответственность за предоставление медико-санитарной помощи и в местах лишения свободы.**

Литература

1. Конституция Кыргызской Республики от 27.06.2010 года. Бишкек, 2016 г.

2. Специальный доклад Акыйкатчы (Омбудсмена) Кыргызской Республики, Бишкек, 2017 г.

3. Уголовно-исполнительный кодекс КР

4. Минимальные стандартные правила обращения с заключенными, приняты на первом Конгрессе ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, состоявшемся в Женеве в 1955 году и одобрены Экономическим и Социальным советом в его резолюциях 663 (XXIV) от 31 июля 1957 года и 2076 от 13 мая 1977 года, правило 52.

5. Минимальные стандартные правила, правило 10.

6. Минимальные стандартные правила, правило 20.

ГУМАНИТАРНЫЙ БЛОК

КУЛЬТУРА ЛИЧНОСТИ ВРАЧА

Жунушалиева Г.И.,Айсариева А.А.
Кыргызская государственная медицинская академия им. К.А Ахунбаева
Кафедра философии и общественных наук, Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация: В данной статье представлен анализ процессов развития профессиональной культуры на примере профессии врача. Также представлены гуманизм врача, уважение врача к личности больного, врачебная тайна, общая и профессиональная культура, морально-этические принципы врачебной деятельности.

Ключевые слова: личность, врачебная тайна , пациент , гуманизм.

ДАРЫГЕРДИН ИНСАНДЫК МАДАНИЯТЫ

Жунушалиева Г.И.,Айсариева А.А
И.К Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы.
Философия жана коомдук илимдер кафедрасы, Бишкек ш. Кыргыз Республикасы

Аннотация: Бул макалада дарыгерлик кесибинин мисалында кесиптик маданияттынын онүгүү процесстеринин анализи көрсөтүлгөн. Ошондой эле дарыгердин гумандуулугу ,орулуунун инсандыгын сыйлоо, дарыгерлик сыр, жалпы жана кесиптик маданият, даругерлик ишмердиктин моралдык-этикалык принциптери.

Негизги сөздөр:инсан, дарыгерлик сыр, бейтап, гуманизм, орулуу, гумандуулук.

PERSONAL CULTURE OF DOCTOR

Junushalieva G.I., Aisarieva A.A.
I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department of Phylosophy and Social Sciences, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Annotation: An analysis of the processes of development of professional culture in the example of the medical profession given in this article. Also humanism of the doctor, respect of the doctor for the personality of the patient, medical secrecy, general of professional culture, moral and ethical principles of medical practice are presented in the article.

Keywords: personality, humanism, respect, medical, secrecy.

Актульность.

В настоящее время стала проявляться очередная волна культуры - сложного социокультурного процесса, связанного с повышенным интересом людей к медицине, с их возрастающими потребностями в качественном медицинском обслуживании. Его результатом явилось изменение характера социальных отношений в сфере профессиональной деятельности врача, формирование новых нормативных и этико-правовых положений, гуманизация её практической деятельности. В образе врача нашли отражение не только историческая динамика медицины и врачебной профессии, но и сложные глобальные изменения, связанные с информатизацией культуры, что изменяет характер врачебной деятельности, ее организацию, нравственно-правовое содержание.

Сегодня личность врача и его профессия оказались в эпицентре внимания общественности, ученых и политиков, журналистов и религиозных деятелей, философов и культурологов.

Цели и задачи:

Современная система высшего образования направлена на формирование у студентов необходимых умений и навыков, учитывающих общественные инновации, а не ограничиваться воспроизводством уже существующих норм, обычаев и ценностей. Формирование профессиональной идентичности и образа врача часто считалось само собой разумеющимся и выступало побочным продуктом изучения. Во время профессиональной социализации студенты-медики приобретают знания, способности, поведенческие модели, а также формируется этическая культура будущего врача.

Культура общения является важной составляющей практически любой профессии. Успешное лечение зависит не только от профессионального мастерства врача, но и от его таланта общения с больными, с их родственниками, с коллегами, от этического и эстетического воспитания, культуры общения, которая с одной стороны выражается в умении держать себя скромно, тактично, но, соблюдая собственное достоинство.

«Личность врача» — понятие весьма глубокое. Оно не есть простое соединение понятий «личность» и «врач». Личностью, как известно, называют социального индивида, а врачом — медика - профессионала.

Врач несомненно, должен иметь к ней призвание. Стремление оказать помощь другому человеку всегда считалось полезным качеством личности и должно было быть воспитано с детства. Только тогда, когда эти свойства личности становятся потребностью, можно считать, что у человека есть главные предпосылки успешного овладения медицинской профессией. Не случайно известный писатель и врач В.В. Вересаев писал, что научиться врачебному искусству невозможно, точно так же, как и искусству сценическому или поэзии. Искусство лечить - важнее всех искусств – Гиппократ. Можно быть хорошим медиком-теоретиком, но в практическом отношении с больными быть несостоятельным.

Гуманизм - человечность, любовь к человеку, вера в его безграничные возможности и способности к самосовершенствованию. Издревле считалась, что врач – это самая гуманная профессия. Гуманизм и профессионализм врача являются его главными и необходимыми качествами. Основополагающей характеристикой личности врача всегда считалась добродетельность. Действительно, каждый медик, будь то врач, провизор или медсестра, в силу своего призвания должен быть человеком гуманным. Но это не просто проявление сочувствия слабому, больному, но и оказание ему посильной помощи во имя возвращения к полноценной жизни. Отнесись к больному так, как бы хотел ты, чтобы отнеслись к тебе в час болезни. Гиппократ.Ведь что может быть более человечным, чем самоотверженная деятельность врача, направленная на спасение людей, на облегчение их физических и душевных страданий?

М.Я. Мудров писал в своей книге «Слово о способе учить и учиться медицине», изданной в 1820 году, обращался к молодому врачу: «Теперь ты испытал болезнь и знаешь больного, но ведай, что и больной тебя испытал и знает, каков ты. Из сего ты заключить можешь, какое нужно терпение, благоразумие и напряжение ума при постели больного, дабы выиграть всю его доверенность и любовь к себе, а сие для врача всего важнее». Он писал, что нужно убедительно “протолковать больному и предстоящий образ употребления прописанного лекарства и сказать вкус, цвет, запах и действие оного. Тогда больной будет принимать его с восхищением: а сие восхищение, радость и уверенность бывают иногда полезнее самого лекарства. Больной считает часы и минуты, ожидает действия от лекарства и думает более о выздоровлении, нежели о болезни”.

Врачебная тайна (конфиденциальность). Во взаимоотношениях врача и больного не последняя роль принадлежит умению врача хранить врачебную тайну. Обычно она включает в себя три вида сведений: *о болезнях, об интимной и семейной жизни больного.* Врач — не случайный обладатель этих сведений, сокровенных переживаний и мыслей больных. Они доверяются ему как человеку, от которого рассчитывают получить помощь. Поэтому распоряжаться имеющимися у врача сведениями о больном по собственному усмотрению можно лишь в редких случаях. Требование о неразглашении врачебной тайны снимается лишь в случаях, когда этого требуют интересы общества (например, при угрозе распространения опасных инфекций).

Общая и профессиональная культура. Можно отметить еще ряд общих и более частых черт личности, которые нужно воспитывать у врача. Сюда относятся высокая общая культура и культура врачебной деятельности, организованность в работе, любовь к порядку, аккуратность и чистоплотность, т.е. черты, на которые указывал еще Гиппократ.

Здоровый, ухоженный внешний вид, походка, хорошая осанка, мимика, жесты являются частью профессионального имиджа и должны быть сдержанны, но в то же время открыты и вызывать доверие. Чистота, строгость и консерватизм белого халата - залог приобретения авторитета врача при встрече с пациентом. Тактичность, гибкость, эмпатия составляют часть коммуникативного имиджа, при этом пренебрежительные отношения недопустимы. Внутренние убеждения, моральные ценности влияют на отношение к врачу как к личности, способствуя эффективному взаимодействию.

Философская подготовка будущих врачей предназначена для осознанного и активного формирования целостной личности, обладающей научным мировоззрением, диалектическим мышлением, духовной культурой, логикой. Основным методом формирования и развития

личностных качеств у будущих врачей является критический анализ и самоанализ — системный метод познания и самопознания, утверждения своей личности через преодоление противоречий в активной деятельности, обучении и самовоспитании. Основными методами становления личности врача все же являются волевые усилия по развитию профессиональных интересов, способность противостоять злу, разрушительным для здоровья и жизни человека явлениям. Эту мысль образно выразил Ю.Л. Шевченко: «Конечно, наше физическое нездоровье идет от духовного. У каждого из нас на одном плече сидит ангел, на другом — дьявол. Идет борьба — кто возьмет свое. И для врача в этой борьбе нет выбора: он строит свою жизнь и деятельность на гуманистических началах».

Литература
1.Врачи,пациенты,читатели-автор К.А.Богданов.
2.Культура речи и общения-автор Соколова В.В.
3.http://mrmarker.ru/

БИОЭТИКА В МЕДИЦИНЕ

Сатыбылдиева Р.А., Максутова А.Б.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра философии и общественных наук, г. Бишкек, Кыргызская Республика
Максутова А.Б. – студентка 1 курса педиатрического факультета КГМА им. И.К. Ахунбаева, aidanamaksutova3@gmail.com.

Аннотация: В данной статье рассматриваются проблемы биоэтики в медицине, представлены причины и последствия нарушений норм и принципов биоэтических правил. Также в этой статье представлены примеры касающиеся проблем, вытекающих из биоэтики и которые уже немало лет требуют тщательных рассмотрений и принятии должных решений.

Ключевые слова: биоэтика, феминизм, ястрогения, эвтаназия, деонтология, эксперимент «Вселенная-25».

МЕДИЦИНАДАГЫ БИОЭТИКА

Сатыбалдиева Р.А., Максутова А.Б.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы.
Философия жана коомдук илимдер кафедрасы, Бишкек ш. Кыргыз Республикасы

Аннотация: Бул макалада медицинадагы биоэтиканын эрежелериндеги нормалардын бузулушунун себептерин талдайт жана ага таасир эткен бир канча мисалдарды келтирет. Биоэтика бүгүнкү күндөгү медицинадагы эң негизги маселелерден экендигин баса белгилейт.

Негизги сөздөр: биоэтика, феминизм, ястрогения, эвтаназия, деонтология, “Universe 25” эксперименти.

BIOETHICS IN MEDICINE.

Satybaldieva R.A., Maksutova A.B.
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Departament of Phylosophy and Social Sciences, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Annotation*:* Problems of bioethics in medicine, causes and effects of norms and principals violations of bioethics rules are given in this article. Also examples of problems taken from bioethics, which demand careful considerations and making necessary decisions are presented in the article.

Keywords: bioethics, feminism, iatrogenic, euthanasia, deontology, experiment “Universe 25”.

Актуальность.

Ещё с древних времён врачевание считалось деятельностью, имеющая очень глубоко моральный и даже священный смысл. В медицине немало внимания уделяли моральным требованиям, так как считали, что врач прежде всего должен знать свои обязанности не только как лекарь, но и как человек одновременно. Даже Гиппократ (отец медицины) много внимания уделял проблемам этики врача, что можно подтвердить по его записям, сохранившимся до наших дней. В его записях содержится ряд положений медицинской этики, актуальных до настоящего времени. Среди них можно выделить идею «не навреди», соблюдение врачебной тайны, уважение к пациенту и мед

персоналу, то есть коллегам, запрет на эвтаназию и многое другое. Но в связи технологического сдвига появляются новые принципы с корнем меняющие уже существующие убеждения биоэтики. Сущность этих принципов заключаются в том, что они противоречат традиционным соображениям, религиозным убеждениям и «клятве», что дают врачи. Эти расхождения порождают новые проблемы, над решением которых работают уже не один год.

Цели и задачи: рассмотрение и разрешение спорных этических проблем, которые могут возникнуть в процессе медицинской практике.

Термин «биоэтика» ввёл американский ученый Ван Ренселлер Поттер в 1971 году в авторской книге «Биоэтика. Рост в будущее». Поттер считал, что биоэтика как «наука выживания» сможет стать своеобразным мостом в будущее. Биоэтика как дисциплина анализирует, проясняет этические проблемы и участвует в организации отстранения проблем.

Уже говорилось, что современная биоэтика-это не просто расширение традиционной медицинской этики, но совершенно новая область знаний, связанная с крупными изменениями в медицинской науке и практике. В широком понимании биоэтика рассматривает формирование экологических и биоэтических движений, на основе которых произошло становление таких междисциплинарных направлений, как экология, биофилософия, биополитика, биоэтика, экология. Биоэтика в широком понимании рассматривает не только вопросы, касающихся проблем лечения больного или любых других вмешательств в жизнь пациента, оно также рассматривает такие вопросы, как например, права человека, юридические и уголовные дела, появляющихся на почве несоблюдения определенных правил и другие вопросы касающиеся охраны жизни человека.

Становление и развитие биоэтики, таким образом, сопровождается переосмыслением статуса и роли этических норм и ценностей науки. В науке, как и в любой области человеческой деятельности, взаимоотношения подчиняются определенной системе этических норм. Эти нормы возникают и развиваются в ходе развития самой науки, являясь результатом своего рода исторического отбора, который сохраняет только то, что необходимо науке и обществу на каждом этапе истории.

Моральный релятивизм создает серьезный вызов для биоэтики, а именно-он затрудняет выработку единых подходов к решению практических проблем медицины и здравоохранения, в то время как для решения этих актуальных жизненно важных вопросов требуются не увлекательные дискуссии, а внятные обоснованные суждения.

Немногое внимание человечество уделяет феминисткой этике, с точки зрения медицины. Феминистское направление в биомедицинской этике направлено, прежде всего, против неравенства по половому признаку. Как считают сторонники этого подхода, половая дискриминация глубоко проникла в современные системы ценностей, культурные представления и социальные отношения. Из-за недостаточного внимания феминисткая биоэтика имеет не широкое приложение как другие задачи. Она стремится дополнить, сбалансировать доминирующие так называемые мужские системы ценностей, осознать проблемы, которые не получили своего выражения в этих системах взглядов.

Феминистский подход скорее рассматривает благополучное здоровье женщины, её положение и роль в здравоохранении, а также проблемы репродуктивных технологий (нередко репродуктивные технологии считаются как инструмент мужского доминирования над женским организмом).

Насколько бы необычным казался этот пункт, ему есть основания быть, потому как с ним переплетаются несколько биоэтических проблем:

Нарушение прав человека, причиной которых является насилие над детьми, покидание или продажа детей, дискриминация и т.п. истязания над ними, что может быть вызвано алчностью и однобоким мышлением родителей. Нередки случаи, когда детей используют для получения финансовой помощи у государства.

Например, также можно взять случаи, когда из-за непонимания ситуации родители напрочь отказываются, чтобы над их чадами провели соответствующие манипуляции. Они всячески отмахиваются от побочных последствий из-за предрассудков «мол, станет инвалидом», «врачам бы только резать» и т.п. Естественно, все родители беспокоятся за своих детей, поэтому здесь главное выстроить доверительные отношения в первую очередь с ребёнком (если он тут пациент) и только потом с его родственниками. Представьте себе: родитель обращаетесь к врачу за медицинской помощью для своего ребенка, и если родитель заметит, что вашему чаду страшно (что бывет в большинстве случаев), а врач проявляет холодность, то родитель неосознанно начнет защищать свое дитя (такая реакция заложена в генах, потому и является естественной). И здесь не будет ошибкой, если отметить проявление деонтологических задач.

Деонтология-совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника

при выполнении своих профессиональных обязанностей. Медику очень важно, чтобы он умел быть как лечащим врачом, так и профессиональным психологом, потому как от ошибок допущенных им во время определенных процедур зависит выстраивание доверия между ним и пациентом, а также собственно дальнейшая жизнь человека. Чем ниже уровень доверия, тем чаще люди начинают прибегать к самолечению, к услугам разного рода представителей «неофициальной медицины», таких как экстрасенсы, целители, знахари. Последствия таких явлений может сказаться не только на пациента или на отдельную группу медперсонала, оно может повлиять на всю профессию медика и медицину, т.к. может навлечь негативное отношение к ней.

Из этого можно сделать вывод, что есть проблемы которые появляются не только в связи с развитием технологий, но и при её недостатке (сюда можно включить и дефицит ресурсов получения органов для проведения трансплантологии, из-за чего многие кто дожидается в очереди для получения соответствующей помощи в виде пересадки органов начинают поднимать вопросы проведения эвтаназии или в худшем случае прибегают к услугам нелегального получения органов), а также при отсутствии доверительных контактов между врачом и пациентом.

Люди могут быть разными: некомпетентными, агрессивными, умственно неполноценными, убийцами, наркоманами и даже мёртвыми. Каждый из перечисленных по-разному осознаёт всю степень своего положения. И поэтому врачу необходимо поддерживать соответствующий уровень доверия пациента, и уважение персонала. Но сколько не предъявляй об обязанностях врача, последний как никак тоже человек, у которого тоже есть конкретная черта энергии, по пересечении которого он выдыхается. Не секрет, что чтобы стать врачом, а то и специалистом надо много и усердно учиться. «Много» и «усердно» здесь надо воспринимать буквально, ведь известно что среди других профессий учёба ради медицины отнимает практически половину жизни. Между тем медицина не стоит на месте и активно развивается, из-за чего объём знаний тоже расширяется. Не многие рискнут пойти на медика, а тем более закончить и стать врачом. Примечательно, чтобы стать профессионалом своего дела надо иметь стальную терпимость.

Общеизвестны случаи, когда из-за большой нагрузки и нервов врачи заканчивали жизнь самоубийством или впадали в зависимость от наркотиков. Бывало, на стыке нервного срыва дело доходило до убийств окружающих людей (семья, дети, родственники). Например, был случай в Бишкеке, когда молодая врач-хирург из-за нервного срыва, вызванного замечанием по поводу готовки со стороны мужа, зарезала последнего, а за ним и своих детей. Ужасно то, что подобных случаев немало, а еще ужаснее то, что такие случаи продолжают происходить, а то и увеличиваться в масштабах.

Подобные срывы могут сказаться не только на личную, но и на работу. Представьте себе картину: хирург, мастер своего дела во время проведения операции или других лечебных процедур, из-за усталости забудет в полости пациента инструмент или другие хирургические принадлежности, что может вызвать ухудшение состояния пациента, а того хуже и смерть. Подобные проблемы-врачебная ошибка, вызванная халатностью медика.

Проблема врачебных ошибок издавна существовала в медицине. За причинение вреда больному в древности врача могли изгнать из врачебного сообщества, а в законах Хаммурапи (XVIII в.до н.э.) были установлены наказания для неудачливых врачей. Он велел вознаграждать врача, если он вылечивал пациента, а если лекарь калечил или убивал пациента, то ему должны были отрезать руки. Поэтому врачи старались минимализировать риск нанесения вреда человеку. В наше время масштабы распространенности врачебных ошибок огромны. Год за годом из-за врачебных ошибок количество погибших увеличивается. Вместе с тем, хоть мы и живем, казалось бы в цивилизованном мире, не редки случаи, когда врачи горко поплачивались за нанесенный ущерб пациенту.

Если раньше за допущенную ошибку отрубали руки, то нынешние способы “наказания” не менее гуманны. Это происходит следующим образом: родственники окутанные отчаянием и желанием мести, вызванное смертью или безысходностью больного начинают во всем обвинять врача (что тоже присуще человеческой натуре). Они начинают судиться, преследовать и травить жизнь врачу, котрый якобы является виновником смерти пациента. Дело может дойти до того, что родные пациента могут нанять киллера для врача или совершить любые другие подобные деяния, что могут нести за собой уголовное наказание. Такие случаи могут напоминать сюжет какого-то триллера, но они и вправду существуют, как бы это не выглядело.

Из приведенного выше примера не всегда следует думать, что абсолютно все врачи чисты в любом случае. Часто встречаются происшествия, когда из-за намеренной или ненамеренной ошибки врача может тяжело пострадать пациент. Например, есть немало происшествий, когда медик в

нетрезвом состоянии навредит больному (бывают врачи заходят в операционное отделение в нетрезвом состоянии, что очень страшно). А бывет, врач не может помочь пациенту из-за отсутствия подобающих знаний. Таких врачей можно зачислить в коррупционеров, ведь как иначе студент может закончить ВУЗ, если у него нет необходимых знаний. Как бы горько это не выгляднло в нашей стране тоже немало таких “выпускников”.

Заболевания вызванные допущенной ошибкой врача называется ятрогенией. Результатами врачебной ошибки могут быть осложнения течения заболевания, появление новых патологических состояний у пациента, причинение физических и нравственных страданий, более длительное течение заболевания, дополнительные расходы на лечение, неэффективное использование ресурсов здравоохранения и др. Само понятие ошибки предполагает существование некоего образца или стандарта, от которого происходит отклонение. Если нет эталона «хорошей практики», то, в строгом смысле слова, невозможно говорить и о врачебных ошибках. Поэтому во многих случаях остаются сложности с идентификацией дефектов медицинской помощи. Для четкого определения врачебных ошибок нужны соответствующие правила хорошей практики или клинические стандарты. Вместе с тем существует и множество совершенно очевидных случаев, для которых не требуется введение стандартов.

Ошибаться может каждый, но ошибка врача недопустима, так как последний несёт ответственность за жизнь человека. Допустим, если врач допустил халатность по отношению к пациенту, вследствие чего последний стал инвалидом, или его стали беспокоить жуткие боли, а лечения нет, то в таких случаях бывает, что пациент, желая покончить с болями просит провести добровольное самоубийство, с причастием врача, другими словами провести эвтаназию.

Эвтаназия-практика прекращения жизни человека, страдающего неизлечимым заболеванием и испытывающего вследствие этого заболевания невыносимые страдания, по его просьбе. «Эвтаназией» также иногда называют усыпление животных, в том числе лабораторных и бродячих животных.

Ясно, сколь важными функциями наделяет общество врача, вверяя ему право определять момент смерти. Обычно нам эти функции представляются вполне естественными и даже самоочевидными. В действительности, однако, наделение ими врачей-дело по историческим масштабам совсем недавнее, относящееся примерно к середине IV столетия. И связано оно было с тем процессом, который историки называют медикализацией смерти.

Толчок к нему послужили панические настроения, продолжавшиеся в разных странах. В те времена от врача вовсе не требовалось находиться у постели больного вплоть до его смерти. Напротив, врач, убедившись, что пациент безнадёжен, считал свою миссию законченной. Умиравший чащк имел дело со священником, который и констатировал его смерть. Более того, даже когда государственные власти в стремлении совладеть с паникой пытались узаконить медицинское освидетельствование смерти, им приходилось преодолевать сопротивление медиков.

В основном при таких тяжёлых заболеваниях как, например, БАС (боковой амиотрофичечкий склероз- прогрессирующее заболевания нервной системы, при котором поражаются моторные (двигательные) нервные клетки в коре головного мозга и спинном мозге. До настоящего времени не существует метод лечения) и других трудно вылечиваемых заболеваний, человек впадает в депрессию и отчаяние, а желание самоубийства или проведения эвтаназия, с точки зрения психологии, всего на всего мольба о помощи. Как никак каждый человек желает жить.

В спорах о методе эвтаназии люди разделились на два лагеря: в тех, кто против неё, и в тех, кто поддерживает её.

Аргументы поддерживающие метод эвтаназии:

- Право самоопределения, т.е. человек волен сам выбирать, когда ему обрывать свою жизнь. Неустойчивостью этого аргумента является то, что не только пациент, но и врач тоже имеет право на отказ от такого процесса;
- Защита от жестокого и негуманного лечения. Многие лечебные процедуры требуют нечеловеческой силы, ведь не каждый готов завтракать и ужинать одними таблетками и получать по двадцать или тридцать уколов в день;
- Право быть альтруистом. Человек, безусловно, вправе быть альтруистом, но из этого не следует, что он должен отказывать в таком же праве другим-близким, медперсоналу и др;
- «Экономический». Такого рода аргументация близка к тем соображениям, которыми руководствовались нацисты, осуществляя свои бесчеловечные программы «оздоровления нации». Также стоит отметить, что даже если включить программу эвтаназии по максимуму, то все равно от бюджета выделенного на осуществлеиие данного проекта уйдет не больше 20%.

Аргументы отвергающие метод эвтаназии:

• Покушение на самое драгоценное что есть у человека-жизнь. В любой религии она выступает как «святость человеческой жизнью», и обрывание жизни методами самоубийства означает нарушение божьей воли. Кроме того запрет на легализацию эвтаназии, выступает как сохранение моральных ценностей, другими словами благодаря ей человек остаётся человеком;

• Диагностическая и прогностическая ошибка врача. Врачи нередко допускают ошибку при проведении сбора и диагностики анализа, что становится причиной проявления других заболеваний (как если бы пациент пришел с жалобами на зубную боль, а ему ампутируют ногу);

• Появление новых медикаментов и способов лечения (нетрадиционная медицина). Родственники до последнего верят в оздоровление пациента, а обрывание её вынуждает обращаться к нетрадиционной медицине.

• Злоупотребление со стороны персонала. В спорах о легализации эвтаназии проблемы этого пункта поднимают чаще других.

• Аргумент «наклонной плоскости». Эвтаназию могут начать делать не из-за сострадания, а и из-за других негуманных побуждений.

Из источников взятых с древних регламентов врачей, говорилось, что они занимались не лечением пациента, после выявления у него тяжёлой болезни, а напротив их учили распознавать приближения смерти вовсе не для её диагностики, а как раз для того, чтобы сразу после обнаружения прекращать лечение больного. Они так поступали, чтобы избежать негативных последствий и обвинений со стороны родных пациента, а также из-за опасения повредить своей репутации.

Хочется привести пример из произведения Булгакова (который тоже был врачом) мысли персонажа, к которому поступил больной с тяжёлой болезнью с необходимостью моментального хирургического вмешательства. Проводя операцию и осознавая всю степень тяжести больного, молодой врач переживал и думал: «…пожалуйста, только не умирай здесь и сейчас, дойди до палаты, а там можешь и умирать…». Понятно, что будучи молодым и не вполне опытным, он больше переживал не за здоровье пациента, а за свою репутацию «опытного и молодого врача» на тот момент. Хоть это и пример приведенный из произведения, к сожалению в мире такие медики всё же существует.

Как было раньше, так и сейчас врача выбирают по его способностям и результатом его работы. Именно поэтому многие медики (даже в настоящее время) пытаются избегать ситуаций, где есть высокая вероятность смерти в момент проведения над ним диагностических или операционных манипуляций.

Но впоследствии учащения преждевременного захоронения, ситуация начала обретать другие обороты. Медицинская профессия обрела исключительные права, а вместе с тем и обязанность констатировать смерть.

Здесь хочется отметить, что отсюда вытекают в какой-то мере проблемы несоблюдения гиппократовской идеи «не навреди», правило конфиденциальности или по другому «врачебная тайна», но с другой стороны поддерживаются принципы уважения автономии пациента и правило информированного согласия.

Можно сказать, что на принципе автономии человека держится метод искусственного аборта (искусственное обрывание беременности). Превращение природного существа в человеческую личность осуществляется постепенно в процессе развития от зачатия до рождения. Плод в процессе формирования как бы накапливает объем своей человечности и, следовательно, объем права на жизнь. Если разделить беременность на три равные части (каждая часть длительностью в три месяца называется триместр), то в первые три месяца объем прав у плода минимален и их могут превысить социальные или экономические интересы матери. В последний триместр он уже весьма значителен, и с умеренной позиции интересы матери могут превысить право плода на жизнь только при наличии прямой угрозы для ее жизни.

По мнению консерваторов, аборт не может иметь морального оправдания. Аборт рассматривается как прямое умышленное убийство. Зародыш с момента зачатия – это личность, которой необходимо приписать основной объем прав человека - прежде всего право на жизнь.

Сторонники умеренного консерватизма признают право на аборт при наличии прямой угрозы для жизни женщины, и лишь тех случаях, когда беременность является следствием насилия или инцеста. Основанием консервативных точек зрения, как правило, выступает религиозная позиция. В любом случае аборт представляет собой глубокую моральную и физическую травму для женщины, нанося вред ее здоровью и прерывая жизнь не рожденного человека.

С другой стороны, есть не менее важные проблемы, связанные с искусственным абортом,

которые хоть и кажутся очевидными, но занимающие не менее важное место быть, и для которых прерывание беременности является оптимальным вариантом.

Например, с точки зрения географии на нашей планете год за годом увеличивается количество людей (только несколько лет назад было свыше 7 млрд., а в настоящее время количество людей увеличилось до 8 млрд. и больше).

Какие последствия это может навлечь? Во-первых, как бы это не звучало Земля не резиновая, а человек любит присваивать новые территории. И пока не изучены другие планеты для жизнедеятельности, все остаются на Земле, а при таком активном росте численности людей, от планеты ничего не останется. Во-вторых, с медико-биологической точки зрения известно, что жизненно важные ресурсы (как и любые другие) иссекаемы. Благодаря новейшим технологиям ученые и производители изготавливают продукты путём синтезирования. Но не все производители добросовестны, они могут скупится на продукты для производства, и использовать дешёвые и не менее вредные аналоги для и без того синтезированной продукции. А постоянное употребление синтезированных или ГМО продуктов приводит к измнению состава цепей ДНК.

Уже в некоторых странах обнаружили, что трупы (в чьих тканях обнаружили изменения вызванные постоянными употреблениями синтетически полученных продуктов) перестали разлагаться. Это поднимает вопросы ограниченной территории для захоронения, так как не во всех религиях разрешается кремация а даже если и разрешат ее проводить, то может пострадать атмосфера, из-за частых горений. Хоть в настоящее время уровень смертности низкий, если трупы будут медленней разлагаться, то рано или поздно понадобяться новые территории для захоронеия.

Также сюда можно вставить как пример эксперимент «Вселенная-25». Американский ученый-этолог Джон Кэлхун провел ряд удивительных экспериментов в 60–70-х годах двадцатого века. В качестве подопытных Д. Кэлхун неизменно выбирал грызунов, хотя конечной целью исследований всегда было предсказание будущего для человеческого общества.

Эксперимент начался с того, что нескольких подопытных мышей поместили в бак, куда были введены все необходимые удобства для дальнейших размножений. Период освоения Кэлхун назвал фазой А, однако с момента рождения первых детенышей началась вторая стадия В. Это стадия активного роста численности популяции в идеальных условиях, число мышей удваивалось каждые несколько десятков дней. Уже с 315 дня проведения эксперимента темп роста популяции значительно замедлился, что ознаменовало собой вступление в третью фазу С. Мест стало нехватать.

Появилась группа «отверженных” мышей, которые становилтсь жертвами агрессии. Отличить группу «отверженных» можно было по искусанным хвостам, выдранной шерсти и следам крови на теле. К отверженным в основном относились молодые особи, не нашедших для себя социальной роли в мышиной иерархии. Проблема отсутствия подходящих социальных ролей была вызвана тем, что в идеальных условиях бака мыши жили долго, стареющие мыши не освобождали места для молодых грызунов. Из-за чего частая агрессия была направлена на молодое поколение особей, рождавшихся в баке. После изгнания самцы ломались психологически, меньше проявляли агрессию, не желали защищать своих беременных самок и исполнять любые социальные роли. Хотя периодически они нападали либо на других особей из общества «отверженных», либо на любых других мышей.

Самки, готовящиеся к рождению, становились все более нервными, так как в результате роста пассивности среди самцов они становились менее защищенными от случайных атак. В итоге самки стали проявлять агрессию, часто драться, защищая потомство. Однако агрессия парадоксальным образом не была направлена только на окружающих, не меньшая агрессивность проявлялась по отношению к своим детям. Часто самки убивали своих детенышей и перебирались в верхние гнезда, становились агрессивными отшельниками и отказывались от размножения. В результате рождаемость значительно упала, а смертность молодняка достигла значительных уровней.

Вскоре началась последняя стадия существования мышиного рая-фаза D (фаза смерти). Появилась новая категория мышей-“красивые”. К ним относили самцов, отказывающихся драться и бороться за самок и территорию, не проявляющих никакого желания спариваться, склонных к пассивному стилю жизни. «Красивые» только ели, пили, спали и очищали свою шкурку, избегая конфликтов и выполнения любых социальных функций. Подобное имя они получили потому, что в отличие от большинства прочих обитателей бака на их теле не было следов жестоких битв, шрамов и выдранной шерсти, их нарциссизм и самолюбование стали легендарными. Также исследователя поразило отсутствие желания у «красивых» спариваться и размножаться, среди последней волны рождений в баке «красивые» и самки-одиночки, отказывающиеся размножаться и убегающие в верхние гнезда бака, стали большинством.

Средний возраст мыши в последней стадии существования мышиного рая значительно увеличился. Смертность молодняка составила 100%, а уровень рождаемости упал. Вымирающие мыши практиковали гомосексуализм, девиантное и необъяснимо агрессивное поведение в условиях избытка жизненно необходимых ресурсов. Процветал каннибализм при одновременном изобилии пищи, самки отказывались воспитывать детенышей и убивали их. Мыши стремительно вымирали, на 1780 день после начала эксперимента умер последний обитатель «мышиного рая».

Кэлхун провел ряд экспериментов на третьей стадии фазы D. Из бака были изъяты несколько маленьких групп мышей и переселены в столь же идеальные условия, но еще и в условиях минимальной населенности и неограниченного свободного пространства. Никакой скученности и внутривидовой агрессии. По сути, «красивым» и самкам-одиночкам были воссозданы условия, при которых первые 4 пары мышей в баке экспоненциально размножались и создавали социальную структуру. Но к удивлению ученых, «красивые» и самки-одиночки свое поведение не поменяли, отказались спариваться, размножаться и выполнять социальные функции, связанные с репродукцией. В итоге не было новых беременностей и мыши умерли от старости. Подобные результаты были отмечены во всех переселенных группах. В итоге все подопытные мыши умерли, находясь в идеальных условиях.

Хоть человек и мыши резко отличающиеся существа, но если сопоставить существующие проблемы связанные с человечеством, то эксперимент вполне ясно отражает человека в лице мышей из эксперимента «Вселенная-25». Здесь можно отметить проблему репродуктивных технологий. Не секрет, что во многих европейских странах понизился коэффициент рождаемости, вследствие чего многие начали прибегать к услугам искусственного оплодотворения.

Практика репродуктивных технологий, связанных с рождением человека, таких, как искусственная инсеминация спермой донора или мужа, оплодотворение вне организма (экстракорпоральное) с последующей имплантацией эмбриона в матку женщины, суррогатное материнство, когда яйцеклетка одной женщины оплодотворяется in vitro, а затем эмбрион имплантируется другой женщине, вынашивающей плод для генетической матери, ставит перед философско-этические проблемы. Насколько нравственно и юридически оправдано донорство спермы или яйцеклетки? Должна ли соблюдаться врачебная тайна (конфиденциальность) при искусственном оплодотворении донорского зародышевого материала? Имеют ли право на получение информации о своих биологических родителях дети, рожденные с помощью использования спермы донора? Должно ли донорство генетического материала быть безвозмездным, альтруистическим?

Такого же рода этические и правовые коллизии возникают в случае применения оплодотворения в пробирке, когда приходится решать вопросы о моральном и правовом статусе эмбриона, стадии развития зародыша как человеческого существа, установлении материнства ребенка при донорстве яйцеклетки (матерью является женщина, родившая ребенка или донор яйцеклетки).

Несомненно, если это донор, то как и в любой другой ситуации, врачам следует придерживаться правила конфиденциальности. Так как для многих искусственное оплодотворение всё ещё является чем-то новым, и многие воспринимают факт существования такого метода чем-то негуманным, многие родители (кто решился на экстракорпоральное оплодотворение) стараются сохранить в тайне происхождение ребенка. Также этот принцип считается противорелигиозным. В качестве примера можно взять Ким (автора комиксов «Love is…»). Спустя 16 недель, после смерти мужа, Ким родила ребенка, используя замороженную сперму супруга. На тот момент это было новшеством, из-за чего девочку (ребенка Ким) нарекли «чудесным ребёнком». В наше же время люди часто прибегают с искусственному оплодотворение, что количество детей родившихся подобным методом превышает 15 тысяч человек. Большинство из них живут нормальной жизнью, а во внешних и физических данных проявление донорских качеств наблюдаются не часто.

Контрацепция – еще один важный аспект биоэтических дискуссий. Внедрение внутриматочных средств (ВМС) контрацепции и их систематическое применение в слаборазвитых странах, наносят вред по оценке Жака Судо, этически неоднозначный не только потому, что эти средства по своим характеристикам являются контрацептивно абортивными, но и из-за того, что в слаборазвитых странах способ установки этих противозачаточных средств сродни ветеринарному, и не несет в себе никакого уважения к человеку.

Противозачаточные эстроген-гистогенные таблетки, индекс Перла (количество женщин из 100, способных за год) были приняты на вооружение для освобождения женщин от нежелательных беременностей. При этом они стали средством лишения полового акта его детородной

направленности, средством достижения свободных, ни к чему не обязывающих сексуальных отношений, и привели к самой низкой рождаемости в истории человечества. Новые противозачаточные средства – таблетки, не содержащие эстрогенов, инъецируемые средства или имплантируемые по своим характеристикам также являются абортивными. Распространение абортов, делает категорический вывод Жак Судо, очень мало связано с развитием медицины и её прогрессом. Споры по поводу абортов выходят далеко за рамки биоэтики. Однако биоэтический аспект в этой сфере важен, так как именно благодаря ему эмбрион можно рассматривать как человеческое существо и поэтому требовать для него правовой защиты.

Вывод: Перечисленные вопросы представляются весьма серьёзными, из-за чего требуют заслуживающие ответы. «Открытие проблемы» биометрической этики предполагают столь же открытый, заинтересованный диалог представителей различных областей знания-медиков, философов, юристов и др. при обсуждении дискуссионных вопросов современной биоэтики.

Становлению биоэтики как академической дисциплины и социального института предшествовали развитие междисциплинарных исследований, изучение моральных проблем биомедицины, связанных с необходимостью защиты достоинств и прав пациента. Биоэтика объединяет биологическое знание и человеческие ценности и представляет собой систематическое исследование человеческого поведения в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в какой это поведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов. Абсолютизации приоритетов как со стороны врача или биолога-экспериментатора, так и со стороны пациента или экспериментируемого, современная модель биоэтики предпочитает согласованность в обосновании прав и обязанностей сторон, активное привлечение пациентов к принятию решений в выборе методов лечения, особенно в случаях риска здоровью и жизни человека.

Таким образом, современная теория биоэтики характеризуется радикальным поворотом от способов экпериментального описания врачебной морали к обостренной философской рефлексии над основаниями нравственности в биомедицинских исследованиях, своих собственных положений о моральных ценностях, расширению проблемного поля биоэтики с включением в нее не только нравственных, философских, но и правовых компонентов.

Это доказывает тот факт, что биоэтика в широком понимании охватывает многочисленные области знания, рассматривает и подходит к решению проблем не только с точки зрения врача, но и с точки зрения пациента, тем самым производя сплочение и рождение доверия между врачом и пациентом, с коллегами, с родными и главное с самим собой. Ведь именно прежде всего гармония с самим собой порождает доверие медику, вместе с тем и учреждению, где врач работает, а главное всей медицинской профессии.

Возникновение биомедицинской этики (биоэтики) как новой профессии. Биоэтики нанимаются большими больницами или совместно группами больниц для того, чтобы давать этические консультации клиницистам и администраторам. Их включают также в больничные комитеты по этике. Кроме, они играют важную роль в возникновении новых комитетов, комиссий и публичных органов, изучающих взаимоотношения между этикой, законодательством и публичной политикой.

Биоэтика расширяет свои горизонты, точно так же как и медицина, это означает, что они продолжают развиваться, вместе с тем возникают новые проблемы, рассмотрение которых требует должного внимания, что в свою очередь говорит о масштабности биоэтики.

Литература:

1. Основы биоэтики: учебное пособие/ [Я. С. Яскевич и др.], под ред. Я.С. Яскеевич, С.Д. Денисова - Минск: Выш. шк., 2009 – 351с.
2. Введение в биоэтику: учебное пособие/ [А.Я. Иванюшкин и др.]: отв. Ред. Б.Г. Юдин, -М., Прогресс-традиция, 1998-384с.
3. Биоэтика. Учебник и практикум для вузов-Е.В. Ушаков, -М.: Издательство Юрайт, 2016-306с. Серия_специалист,
4. Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Проблемы геномики, психологии и виртуалистики/ Рос. акад. Наук, Ин-т философии; отв.ред. Ф.Г. Майленов,-М.: ИФ-РАН, 2007-223с.
5. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности: учебное пособие/ И.В. Силуянов, - М., МЕДпресс-информ, 2008-224с.
6. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы, часть I: Теория и принципы биомедицинской этики/ Е.П. Михайлов; А.Н. Бартко, - М., ММСН, 1995-239с.

ЗДОРОВЬЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ

Жунушалиева.Г.И., Кадибекова.З.Р.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Кафедра философии и общественных наук, Бишкек, Кыргызская Республика
Кадибекова Зарина Расулгызы – студентка 1 курса фармацевтического факультета Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К.Ахунбаева, zarinakadibekova@gmail.com

Аннотация: В данной статье рассматриваются социальные ценности и основные компоненты здоровья, физическое и духовное здоровье. Также в этой статье представлены образ жизни и его влияние на состояние человека.

Ключевые слова: здоровье, ценность здоровья, образ жизни, состояние человека.

ДЕН СООЛУК БУЛ СОЦИАЛДЫК БАЙЛЫК

Жунушалиева Г.И.,Кадибекова З.Р
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Философия жана коомдук илимдер кафедрасы, Бишкек ш. Кыргыз Республикасы

Аннотация: Берилген бул макалада социалдык байлыктар жана ден соолуктун компоненттери, жан дүйнө жана физикалык ден соолук чагылдырылган. Ошондой эле бул макалада жашоонун маңызы, анын абалына келтирилген таасири чагылдырылган.

Негизги сөздөр:ден соолук, ден соолуктун кымбаттыгы, жашоонун маңызы, адамдын маңызы.

HEALTH AS A SOCIAL VALUE

Zhunushalieva. G.I., Kadibekova.Z.R
I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Departament of Phylosophy and Social Sciences, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Annotation: This article discusses the social values and the main components of health, physical and spiritual health. This article also presents the way of life and its impact on the human condition.

Keywords:health, value health, a way of life, the human condition.

Актуальность

Самая большая ценность, которую человек получает от природы это здоровье. «Здоровье- наше богатство». Здоровье- не только безболезненное, без изъянов физическое тело, но и духовно-нравственный образ жизни. Это первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоничное развитие личности. Оно рассматривается как полное физическое, психическое и социальное благополучие, как гармоничное состояние организма, которое позволяет быть человеку активным в своей жизни, добиваться успехов в различной деятельности. В последнее десятилетие во всём мире наметилась тенденция к ухудшению здоровья. Экологические проблемы, различные отрицательные бытовые факторы, химические добавки в продуктах питания, некачественная вода, это лишь некоторые факторы, агрессивно действующие на здоровье человека. Предположим что любая стрессовая ситуация наносит вред здоровью человека и даже небольшой конфликт может стать причиной ухудшения здоровья. Если это действительно так, то наша тема несомненна является актуальной и достойна изучения.

Цели и задачи: «Существуют тысячи болезней, но здоровье только одно» (Роберт Бернсю).

Здоровье представляет собой естественную и абсолютную жизненную ценность. Это одна из основополагающих ценностей для человека. В аксиологии существует понятия «инструментальная ценность» и «терминальная ценность». Первая представляет собой убежденность в том, что какой-то образ действий или свойство личности, является предпочтительным любой ситуации. Вторая — убежденность в том, что какая-то конечная цель индивидуального существования состоит из того, чтобы к ней стремится. Эти ценности-цели отражают долговременную жизненную перспективу. Американский психолог М. Рокич выделяет 12 терминальных ценностей: деятельная жизнь, здоровье, интересная работа, красота природы и искусства, познание, любовь, творчество, материально обеспеченная жизнь, наличие хороших и верных друзей, уверенность в себе, свобода как независимость в поступках и действиях, счастливая семейная жизнь.Не стоит пренебрегать своим здоровьем ведь оно является путем к сбалансированному существованию, включая гармонию души и тела.

Проблема здоровья является не просто актуальной и животрепещущей, её можно с уверенностью отнести к вечным проблемам философии. Ведь даже в Древней Греции врачи были философами, а философы — врачами.

Гиппократ был назван «отцом медицины», его успехи в этой области достигли высочайшего уровня. Он считал, что здоровье это главная составляющая жизни. Здоровый человек силён духом. Во все времена здоровье всегда являлось показателем долголетия. Как показывает практика, большинство людей ценность здоровья осознают только тогда, когда оно находится под серьезной угрозой или почти утрачено. Здоровье занимает в иерархии потребностей человека ведущие позиции.

Не только Гиппократ поднимал проблему здоровья, но и другие, не мало известные учёные и философы, такие как Аристотель, Чарльз Дарвин, Иммануил Кант, Лао Цзы и многие другие. Все они считали, что здоровье — это золото, что оно перевешивает все остальные блага жизни, и нет искусства полезнее медицины.

Целью изучения проблемы здоровья философии является забота о повышении гуманитарной культуры человека. Ведь от духовного состояния зависит формирование отношения к своему здоровью. Духовное здоровье отражает эмоциональную и когнитивную самооценку своей жизни. При этом, проблема здоровья имеет качественный аспект. Качество жизни напрямую связано с ценностным отношением к здоровью.
Жизнь человека зависит от состояния здоровья организма и масштабов использования его психофизиологического потенциала. Все стороны человеческой жизни в широком диапазоне социального бытия – производственно-трудовом, социально-экономическом, политическом, семейно-бытовом, духовном, оздоровительном, учебном – в конечном счете, определяются уровнем здоровья.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) *Здоровье* - это нормальное психосоматическое состояние человека, отражающее его полное физическое, психическое и социальное благополучие и обеспечивающее полноценное выполнение трудовых, социальных и биологических функций, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Раскроем понятие *здоровье* более полно, как :

- отсутствие болезней;
- нормальное функционирование организма;
- динамическое равновесие организма в системе «человек-окружающая среда»;
- полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие;
- способность приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде;
- способность к полноценному выполнению основных социальных функций (общение, образование, труд).

Таким образом, можно сказать, что *Здоровье* – это способность человека приспосабливаться к среде и к своим собственным возможностям, способность противостоять внешним и внутренним возмущениям, болезням и повреждениям, способность сохранять себя.

Приведенное выше определение здоровья, данное ВОЗ, носит теоретический характер.

На практике врачи оценивают состояние здоровья более конкретными показателями, которые можно зарегистрировать и измерить: уровень кровяного давления, частота сердечных сокращений, частота дыхания, данные анализов крови, мочи, рентгенологического исследования и т.д.

Если эти показатели соответствуют возрастным нормам человека и позволяют ему без помех учиться, трудиться, можно утверждать, что человек здоров. Если же человек без видимых причин начинает плохо учиться, трудиться, у него пропадает интерес к играм, занятиям, можно предположить, что он нездоров.

Здоровье – ценность, к которой необходимо стремиться. Овладевая этой ценностью, люди более полно реализуют свои ожидания, удовлетворяют свои потребности, становятся более значимы не только для близких, но и для всего общества.

Социальная ценность здоровья связана с тем, что количественные и качественные характеристики здоровья человека определяют его социальную зрелость и незрелость и позволяют оценить гуманность той или иной системы, то есть определить меру "человечности" отношения конкретного общества к человеку. Проблему здоровья рассматривает в своей концепции Д.Д. Венедиктов . Автор понимает проблему здоровья человека как: "динамическое равновесие организма с окружающей средой, при котором все заложенное в биологической и социальной сущности человеческой подсистемы проявляется полно и гармонично. Все жизненно важные подсистемы человеческого организма функционируют с возможно максимальной интенсивностью, а общее

сочетание этих функций поддерживается на уровне, оптимальном для сохранения целостности организма, его работоспособности, а также быстрой адекватной адаптацией к непрерывно меняющейся природной и социальной среде". Резонно это явление назвать феноменом окружающей среды и организма – гомеостазом.

В данном определении четко прослеживается динамичность понятия здоровья; дана также взаимосвязь способностей человека при максимальной его деятельности; предъявляется требование к адаптационным возможностям человека; признается необходимость равновесия внутри самого индивида и его равновесие с окружающей средой. По нашему мнению, данная позиция автора верна, так как он рассматривает здоровье комплексно.

Социология выявляет также и социальные аспекты поддержания, укрепления и сохранения здоровья и факторов его риска.

Одним из доминирующих социальных факторов, влияющих на здоровье человека является социальный стресс. Кеннон определил социальный стресс как реакцию на чрезвычайную ситуацию. Если происходящие события не предсказуемы и не поддаются контролю, то они будут особенно стрессогенными - как для людей, так и для животных Таким образом, природные бедствия и неблагоприятная социальная окружающая среда являются стрессогенами, так же как и изменения в жизни, и ежедневные мелкие неприятности. Все эти стрессогенные факторы могут подвергать опасности здоровье путем подавления иммунитета и замедления процессов заживления и регенерации.

.Понятие «ценности» стало вводиться в философские рассуждения в середине XIX века, когда человека начали рассматривать как активное существо, преобразующее действительность. Здоровье человека является предметом изучения различных наук. Существует трехмерное понимание здоровья как качества жизни, предполагающего взаимодействие и взаимозависимость между физическим состоянием человека, его психическими проявлениями, эмоциональными реакциями и социальной средой, в которой он живет.

Три компонента здоровья относятся, с физической точки зрения, к структуре и нормальному функционированию организма, а с психической и социальной точки зрения — к модели поведения личности.

Поскольку человеческая жизнь является высшей ценностью, то совокупность свойств, качеств, состояний человека есть ценность не только человека, но и общества. Именно это превращает здоровье каждого индивида в общественное богатство. Категория «здоровье» относится к социальным ценностям.

Здоровый образ жизни — это мера цивилизованности и человечности, характеризующая как отдельного человека, так и общество в целом, физическое, нейропсихическое, личностное, социальное развитие является одним из основных критериев здоровья.

Здоровье – это естественная, абсолютная и непреходящая жизненная ценность, занимающая самую верхнюю ступень на иерархической лестнице ценностей, а также в системе таких категорий человеческого бытия, как интересы и идеалы, гармония, красота, смысл и счастье жизни, творческий труд, программа и ритм жизнедеятельности. Хорошее здоровье представляет собой величайшее социальное благо и накладывает отпечаток на все сферы жизни людей.

Оно выступает в качестве одного из необходимых и важнейших условий активной, творческой и полноценной жизни человека в социуме. Именно на это в свое время обратил внимание К. Маркс, представив болезнь как стесненную в своей свободе жизнь[4]. Недостаточный уровень здоровья негативно отражается на социальной, трудовой и экономической активности людей, снижая уровень производительности труда, понижая показатели здоровья будущего поколения, а также существенно уменьшая общую удовлетворенность человека своей жизнью. Таким образом, здоровье является основным ресурсом, от степени обладания которым зависит удовлетворенность практически всех потребностей человека, оно отражается на образе и стиле жизни, миграционной подвижности людей, приобщении их к современным достижениям культуры, науки, искусства, техники, характере и способах проведения досуга и отдыха.

Однако, необходимо помнить, что уровень здоровья, в свою очередь, имеет зависимость от социально-экономических факторов.

По экспертной оценке Всемирной организации здравоохранения, состояние здоровья каждого человека зависит от четырех факторов: заложенной в организм генной программы – на 20%, экологии – на 20%, медицинского сервиса – на 10% и образа жизни – на 50%. Таким образом, решающее влияние на формирование здоровья человека оказывает его образ жизни.

Большинство западных исследователей определяют образ жизни как «широкую категорию, включающую индивидуальные формы поведения, активность и реализацию своих возможностей в труде, повседневной жизни и культурных обычаях, свойственных тому или иному социально-экономическому укладу»

Охрана собственного здоровья – это непосредственная обязанность каждого, он не вправе перекладывать ее на окружающих. Ведь нередко бывает и так, что человек неправильным образом жизни, вредными привычками, гиподинамией. перееданием уже к 20 –30 годам доводит себя до катастрофического состояния и лишь тогда вспоминает о медицине.

Какой бы совершенной ни была медицина, она не может избавить каждого от всех болезней. Человек – сам творец своего здоровья, за которое надо бороться. С раннего возраста необходимо вести активный образ жизни, закаливаться, заниматься физкультурой и спортом, соблюдать правила личной гигиены, — словом, добиваться разумными путями подлинной гармонии здоровья.

Здоровый образ жизни — это образ жизни, основанный на принципах нравственности, рационально организованный активный, трудовой, закаливающий и, в то же время, защищающий от неблагоприятных воздействий окружающей среды, позволяющий до глубокой старости сохранять нравственное, психическое и физическое здоровье.

Здоровье — это первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоническое развитие личности. Оно является важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека. Активная долгая жизнь — это важное слагаемое человеческого фактора.

Вообще, можно говорить о трех видах здоровья; о здоровье физическом, психическом и нравственном (социальном):

Физическое здоровье — это естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Если хорошо работают все органы и системы, то и весь организм человека (система саморегулирующаяся) правильно функционирует и развивается.

Психическое здоровье зависит от состояния головного мозга, оно характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств.

Нравственное здоровье определяется теми моральными принципами, которые являются основой социальной жизни человека, т.е. жизни в определенном человеческом обществе. Отличительными признаками нравственного здоровья человека являются, прежде всего, сознательное отношение к труду, овладение сокровищами культуры, активное неприятие нравов и привычек, противоречащих нормальному образу жизни. Физически и психически здоровый человек может быть нравственным уродом, если он пренебрегает нормами морали. Поэтому социальное здоровье считается высшей мерой человеческого здоровья. Нравственно здоровым людям присущ ряд общечеловеческих качеств, которые и делают их настоящими гражданами.

Здоровый и духовно развитый человек счастлив — он отлично себя чувствует, получает удовлетворение от своей работы, стремится ксамоусовершенствованию, достигая неувядающей молодости духа и внутренней красоты;

Целостность человеческой личности проявляется, прежде всего, во взаимосвязи и взаимодействии психических и физических сил организма. Гармония психофизических сил организма повышает резервы здоровья, создает условия дня творческого самовыражения в различных областях нашей жизни. Активный и здоровый человек надолго сохраняет молодость, продолжая созидательную деятельность, не позволяя «душе лениться».

Здоровый образ жизни включает в себя следующие основные элементы: плодотворный труд, рациональный режим труда и отдыха, искоренение вредных привычек, оптимальный двигательный режим, личную гигиену, закаливание, рациональное питание и т.п.
Плодотворный труд — важный элемент здорового образа жизни. На здоровье человека оказывают влияние биологические и социальные факторы, главным из которых является труд.
Рациональный режим труда и отдыха — необходимый элемент здорового образа жизни. При правильном и строго соблюдаемом режиме вырабатывается четкий и необходимый ритм функционирования организма, что создает оптимальные условия для работы и отдыха и тем самым способствует укреплению здоровья, улучшению работоспособности иповышению производительности труда.
Следующим звеном здорового образа жизни является искоренение вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики). Эти нарушители здоровья являются причиной многих заболеваний, резко

сокращают продолжительность жизни, снижают работоспособность, пагубно отражаются на здоровье подрастающего поколения и на здоровье будущих детей.

Список использованной литературы:

1. Артюнина Г. П., Игнатькова С. А. Основы медицинских знаний: здоровье, болезнь и образ жизни : учеб. пособие для высшей школы. М., 2005. Валеология человека. Здоровье — Любовь — Красота / Под ред. Петленко В.П. СПб.: 1997, Т.5. Здоровье – социальная ценность: Вопросы и ответы / Н.В. Понкратьева, В.Ф. Попов, Ю.В. Шиленко. –М.: Мысль, 1989.
2. http://bukvi.ru/obshestvo/fizkultura/zdorove-kak-socialnaya-cennost.html
3. https://works.doklad.ru/view/YHJ2WvPPXxE.html

ФИЛОСОФИЯ БОЛИ. БОЛЬ КАК МЕРИЛО РЕАЛЬНОСТИ

Усупова Ч.С., ТургуналиеваМ.А.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
Кафедра философии и общественных наук, Кыргызская Республика, г. Бишкек.

Резюме: В данной статье представлено философское осмысление страдания и боли как атрибутивных состояний человека и проблемы доступности наркотических анальгетиков населению. Боль всё чаще выступает как неявный определяющий фактор («антивектор»), изменяющий основные параметры цивилизации. Фактор, влияющий на психологию, нравственное здоровье общества и социальные конфликты. Осмысление проблемы доступности медицинской и фармацевтической помощи, возможно может способствовать переходу от медицины болезней к медицине здоровья. Это перенесёт акцент с естественнонаучного и практически-клинического аспекта медицины на социально психологический анализ проблемы, включающий адекватное воздействие на сознание людей, что всегда было основной задачей философии и гуманитарного знания и современной медицины.

Ключевые слова: здоровье, медицина, философия, боль, цивилизация, фармацевтическая помощь .

ООРУНУН ФИЛОСОФИЯСЫ. ООРУ РЕАЛДУУЛУКТУН ЧЕНЕМИ КАТАРЫ

Усупова Ч.С., ТургуналиеваМ.А.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
Коомдук илимдер жана философия кафедрасы, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш.

Корутунду: Бул беренеде наркотикалык аналгетиктердин калкта болушу маселеси жана оору менен кыйналуунун адамдын атрибуттук жагдайы катары филасофиялык тушунуучулугу берилген. Оору кобунчо ачык эмес негиздоочу фактор болуп, цивилизациянын негизги параметрлерин озгортуучу катары эсептелет. Бул фактор психологияга, социалдык карама каршылыка, коомдук адеп – ахлактуулука таасирин тийгизет. Медициналык жана фармацевтикалык жардамдын болушу маселелери боюнча тушунуучулугу оору медицинасынан дени сактыктын медицинасына отууго жардам берет. Бул нерсе табигый илимдерден жана практикалык клиникалык аспекттерден маселени социалдык психологиялык анализдоого акцент жасоого жардам берет, ошондой эле адамдардын ан сезимине шайкеш таасирин тийгизет, анткени дайыма философиялык жана гуманитарлык билимдеринин негизги маселеси болуп эсептелип келген.

Негизги создор: дени сактык, медицина, философия, оору, цивилизация, фармацевтикалык жардам.

PHILOSOPHY OF PAIN. THE PAIN AS A MEASURE OF REALITY.

Usupova Ch.S., Turgunalieva M.A
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of of philosophy and social sciences Kyrgyz Republic, Bishkek.

Resume:This article presents a philosophical understanding of suffering and pain as an attributive state of a person and the problem of accessibility of narcotic analgesics. Pain is increasingly acting as an implicit defining “antivektor” that alters the basic parameters of civilization. Factor affecting the psychology, of the moral health, of society and social conflicts. Understanding the problem of accessibility of medical and pharmaceutical care can facilitate the transition from disease medicine to health medicine. This will shift

the focus from the natural science and practical – clinical aspects of medicine to a socially psychological analysis of the problem, including an adequate impact on peoples mind, which has always been the task of philosophy and humanitarian knowledge.

Key words: health, medicine, philosophy, pain, civilization, pharmaceutical care.

Во всем мире наблюдается устойчивая тенденция роста числа онкологических заболеваний. Смертность от онкологических заболеваний сегодня находится на втором месте после сердечнососудистых с явной тенденцией к опережению последних[1]. К большому сожалению, в нашей стране в связи с поздней диагностикой на 3и 4стадии многие пациенты нуждаются в паллиативной помощи.

Паллиативная помощь - это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке вмешательств (при болевом синдроме и других расстройств жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки. Чаще всего духовные и экзистенциальные переживания выливаются в физические и психологические проблемы[2]. В основе врачебного подхода лежит сострадание. Это не научный, но человеческий подход. Врач только с научным подходом без сострадания не врач, он не нужен больному. Тяжело больной нуждается в выбросе эмоций, когда он гневается и раздражается, он борется, и это знак жизни. Больной имеет право воевать, кричать, разбираться со своей болезнью.

Взаимоотношения врача и пациента должны строятся на принципах доброжелательности, уважительного отношения, вежливости, сострадания к состоянию пациента при оказании медицинской помощи.

Боль является эволюционно выработанным типовым процессом, возникающим в результате действия на организм ноцицептивных (повреждающих) факторов или ослабление антиноцицептивной защиты. В Кыргызской Республике 85% больных умирают, дома страдая от боли, депрессии, отсутствия надлежащего ухода, других симптомов болезни[3]. «Ущипни меня» – просим мы, чтобы убедиться, что мы не во сне, из всех человеческих чувств выбирая боль в качестве мерила реальности. Но парадоксальным образом именно боль не объективна: она не направлена, ни на какой объект во внешнем мире. В этом ее отличие от всех остальных чувств. Зрение, слух, вкус, осязание, обоняние – все они говорят нам о том, что происходит вне нас самих. А боль заставляет нас сосредоточиться на своем теле. И чем она сильнее, тем больше мы заняты своим телом, тем больше мы становимся самими собой, одновременно утрачивая интерес к прочему миру, а в некоторых случаях даже представление о нем. Боль – то, что может лишить нас нашей человеческой сути. Не потому ли мы боимся и стараемся избегать не только боли, но даже мысли о ней? Профессор философии из Университета Осло предпринимает отважное исследование этой проблемы и показывает также ее оборотную сторону: в современном обществе попытка уклониться от боли приводит к «хищнической эксплуатации себя», счастье становится обязанностью, а «зависимость и уязвимость все больше ассоциируются с позором, с демонстрацией чего-то постыдного, что нельзя не только показывать, но и вообще иметь»[4].

В обезболивании нуждаются в среднем по стране 20 тысяч пациентов в год – это не только онкобольные в терминальной стадии, но и пациенты с острым инфарктом миокарда, больные туберкулезом, ВИЧ в стадии СПИД, неврологическими заболеваниями[3]. Если рассматривать согласно триаде Гегеля: - “тезис – антитезис – синтез» мы познаем объективный мир в сравнении, то есть на основе противопоставления противоположностей. Где всегда присутствует неразрывная связь между собой, и друг другом - это единство противоположностей[5]. Например, экономическая и физическая недоступность опиоидных анальгетиков, «опиоидофобия», а также уголовная ответственность для врачей за малейшие нарушения при назначении и использования таких лекарств (Тезис). В результате люди, страдающие от боли, не могут получить лекарства, на которое они имеют полное право по медицинским показаниям. Именно существование противоположностей заставляет мир естественным образом развиваться. Противоречия между противоположностями постепенно накапливается и выливается в масштабные изменения и переходит количественные изменения в качественные, это и есть развитие. Нехватка обезболивающих, а, следовательно, и снижение качества жизни означает конец борьбы, наступление необратимых изменений, что привело наше государство на путь принятие решений, на путь развития (Антитезис). И в план мероприятий по реализации Стратегии охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020года вошел пункт: «Совершенствование деятельности организаций оказывающих паллиативную

помощь и приводящих реабилитацию пациентов» (Синтез). Это триада, где каждая часть выражает закономерный этап диалектического развития. Здесь кроме содержательного принципа, или закона диалектики, есть еще способ построение системы в оказании медицинской и фармацевтической помощи. В философии Гегеля триада выполняет не только методологическую функцию, но и системосозидающую функцию.

Таким образом, если осмысливать проблему не только с медицинской позиции, но и с позиции философии, то можно увидеть каким образом происходит развитие многих феноменов.

Литература:

1.Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 http://globocan.iarc.fr/Default.aspx

2. Руководство ВОЗ « Обезболивание при раке, второе издание» на русском языке доступно на сайте: www.hospiciday.ru.

3.Коннор Стивен Р.. Кыргызстан: оценка потребностей в паллиативной помощи.\ Д-р Стивен –Бишкек 2012.-112с.

4. Ветлесен, А.Ю. Философия боли/Пер. с норв. — М.: Прогресс-Традиция, 2010. –240 с.

5. Хайдеггер, М. Время и бытие/Пер. с нем. В.В. Бибихина. — М.: Наука, 2007. — 620 с.

ФИЛОСОФСКИЙ ВОПРОС В МЕДИЦИНЕ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

Р.А. Сатыбалдиева, Н. Н. Бабаджанов

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

(ректор - д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.), г. Бишкек, Кыргызская Республика

Н.Н. Бабаджанов – студент 1 курса педиатрического факультета КГМА им. И.К. Ахунбаева. nursaid-n00@mail.ru

Резюме. Были расписаны новинки IT (Information technology) в сфере медицины, затронуты наиболее актуальные проблемы, с которыми приходится сталкиваться врачам в двадцать первом веке, указаны причины появления. На основе имеющихся данных, пытались выяснить роль человека в медицине будущего: какую роль будет играть, будет ли играть вообще, какие направления в медицине будут наиболее востребованы.

Ключевые слова: искусственный интеллект, ожирение, голод, медицинские системы, футурология

МЕДИЦИНАДА ФИЛОСОФИЯЛЫК СУРООСУ:АЗЫР ЖАНА КЕЛЕЧЕК

Р.А. Сатыбалдиева, Н.Н. Бабаджанов

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

(ректору – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.), Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Аннотация: XXI кылымда медицинада маалымат технологиялардын багыттары боюнча дарыгердин практикалык иштеринде көп кездешкен маселелердин бири. Учурдагы илимий маалыматтардын көптүгүнө анализ жасап, көрөлү. Бул макалада бүгүнкү жана келечектеги адамдын ден соолугуна кам көрүү кандай болушу мүмкүн жана дарыгердин милдеттери жөнүндө сөз болот.

Негизги сөздөр: Жасалма интеллект, семирүү, ачарчылык, медициналык системалары, футурология.

PHILOSOPHY QUESTION IN MEDICINE:NOWADAYS AND FUTURE

R.A. Satybaldieva, N.N. Babadzhanov

Kyrgyz State Medical Academy named I.K. Akhunbaev

(Rector D.M.,professor, Kudaibergenov I.O.), Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: It(Information technology) novelties in the part of medicine were described, the most actual problems which doctors have to face in the twenty-first century are touched, the reasons of appearance are specified. Based on the available data, we tried to find out the role of man in the medicine of the future: what role will play, whether it will play at all, what areas of medicine will be most in demand.

Key words: artificial intelligence, obesity, hunger, medical systems, futures studies.

Актуальность: Медицина – система знаний и мер, позволяющая распознать, предупредить и излечить заболевание, а также укрепить здоровье и продлить жизнь людей. Ее История уходит корнями в далекое прошлое. Проблемы здоровья беспокоили человека с самого зарождения. Кажется, что болезни появились вместе с появлением людей. Медицина - в переводе с латинского языка обозначает «назначать лечебное средство». Служители данной благородной профессии были и остаются верны возложенной на них ответственности, без устали, не покладая рук, продолжают борьбу с «болячками» людей. Как только вирусы не мутировали, как только не эволюционировали, и каких только новых врагов не встретил врач на своем пути, всегда он выходил с гордой поднятой головой победителем.

Сейчас в начале XXI века - века научного прорыва, века торжества биоинженерных изобретений, врачам брошен новый вызов, отличающийся от пройденных, с которым бороться не представляется возможным. Ибо родителем ему будет сам человек.

Цели и задачи: рассмотреть проблемы медицины в настоящее время и поднять вопрос для определения места врачей в ближайшем будущем.

Мы двигаемся семимильными шагами в эпоху «Интернет вещей», когда каждый прибор станет «умным» и получит выход во всемирную паутину. Только представьте электронными «мозгами» оснастят чайники, стиральные машины, холодильники и всем этим можно будет управлять с помощью не большой голограммы. Уже сейчас не вызывает большого удивления робот-пылесос (чем вам не метла, которая сама подметает из сказок), или предложения из категории умных домов. По оценкам экспертов к 2020 году количество смышленых устройств увеличится до 50 миллиардов. А ведь это в среднем 7 умных гаджетов на одного человека [1].

По данным Центра оценки образования и методов обучения за 2017 год КГМА стала самым популярным вузом Кыргызстана. Однако, из-за антирекламы, проведенной почти всеми СМИ страны в 2018 году, показатель популярности среди абитуриентов снизился. Но по желанию и качеству поступивших студентов, где-то может даже и выиграла. Поступили истинные патриоты. Когда люди идут в медицину они понимают, что учиться придется не 6 и не 11-12 лет, а всю жизнь. Еще великий Сократ заявил, известную каждому образованному человеку фразу: «Я знаю, что ничего не знаю». Я подвергаю сомнению, что мы настолько далеко ушли в умственных познаниях, что 6 лет учебы нам будет достаточно.

Как объяснить такой интерес, такую популярность вуза? Ответ в вопросе. Помощь людям, подарок надежды, облегчение от боли - являются смыслом жизни уже не одного поколения. Кроме высших чувств медицина дает уважение родных и близких, определенное положение в обществе, дает почувствовать себя значимым, и тому кто полностью отдает себя ей, никогда не оставит без куска хлеба.

Кроме того, данная специальность является динамично развивающейся, в последние годы. Разработка и запуск новой техники, применение новых технологий, новых лекарственных препаратов, вкладывания огромных средств на развитие и обучение специалистов, значительно повысило качество оказания медицинской помощи.

Медицина не сбавляя темпов идет вперед, но работы от этого меньше не становится. Можно выделить такие особо злободневные вопросы, как ожирение и недоедание, проблема нехватки чистого воздуха и воды и др.

Ожирение - эпидемия 21 века. 7% (500 миллионов) населения всего мира страдают от этой болезни, тогда как у 24,3% (1,7 млрд. чел.) зафиксирован избыточный вес[2]. Данное заболевание вызывает болезни сердца и сосудов, цирроз печени, грыжу диафрагмы, рак толстой кишки, поджелудочной железы и т.д. Необходимо заметить, что превышение массы тела на 10% увеличивает риск смертности на 30% [3]

Небезопасные продукты питания ежегодно вызывают около 600 миллионов случаев возникновения болезней пищевого происхождения и несут угрозу здоровью человека и экономике, несоразмерным образом затрагивая уязвимых и маргинализованных лиц, особенно женщин и детей, население, страдающее от вооруженных конфликтов, и мигрантов[4]

Ключевые причины: малоподвижный образ жизни, отсутствие навыка правильного питания и ухода за собой.

В противовес избытку будет недостаток-12% (821 миллион человек) страдают от недоедания. Ситуация осложняется тем, что уровень числа голодающих не только не уменьшился, а увеличился еще больше. Причинами, называют плохие климатические условия, политическая и экономическая нестабильность в охваченных конфликтами регионах[2].

Научно-техническая революция 20-го века помогла человеку сделать большой шаг вперед. Но взамен забрала первоначальные блага: чистый воздух, чистую воду, плодоносную землю.

Еще Ф.М. Достоевский говорил о том, что каждый человек перед всеми и за все виноват лично, все в мире, "как океан, все течет и соприкасается", в одном месте тронешь - в другом конце мира отдается.

Медицина, как часть океана, готова к любым глобальным вызовам и дает эффективные методы решения, не смотря на сложности возникших проблем. Но, что собой будут представлять составные единицы- занимательный вопрос.

На сегодняшний день, идет активное внедрение телемедицины. Она создана для того, чтобы наладить видеосвязь между удаленными медицинскими центрами. Данный большой проект, который должен повысить качество помощи больным на периферии, избавить их от необходимости ездить в ближайшие районные либо областные центры, несет в себе семя будущего здравоохранения. Ведь, если можно получить консультацию либо различные рекомендации от специалиста врача, то почему не начать вводить в практику диагностику уже на местах медицинскими электронными системами. Математик чтобы решить большой пример воспользуется помощью калькулятора, военный для принятия сложного решения прибегнет к помощи машины анализатора истории, врач к помощи медицинской системы. Уже сейчас компьютер лечит и ставит диагноз лучше, чем консилиум из светил мировой медицины.

В ближайшее время будут адаптированы различные программы, которые будут анализировать психологическое состояние человека лишь по внешнему виду и поведениям[5]. При положительной динамике работы программы, предсказания писателей-фантастов станут реальными.

Исследования футурологов, к которым отношение весьма скептическое, интересны нам тем, что стараясь предсказать завтрашний день, они влияют на него, уже заранее формируя ожидания: либо боясь потенциальных успехов, либо же наоборот стремясь к ним. Формируя потребительский запрос на ожидаемое будущее, футурологи формируют потребительский запрос, в результате отправляя социальный заказ, которые и реализуют затем инженеры и ученые.

Будем объективными: использование робота-медика будет более продуктивным, чем человека-медика ,принимая во внимание то, что машины можно снабдить теплочувствительным сканером, излучателем рентген облучения (с автоматическим анализом результатов) и т.д.

Несколько лет назад в клиниках США были установлены 6 диагностических компьютеров с медицинской системой IBM Watson, в которую до этого было введено более 2 миллионов страниц текста 605 тысяч медицинских документов, были проанализированы истории болезни 25 тысяч пациентов. В итоге Watson диагностирует онкологическое заболевание в 4 раза точнее, чем живые врачи. Эффективность же выбора тактики лечения составляет 90%, что почти в 2 раза точнее, чем назначения лечащего доктора (оптимальность лишь 50%). По словам известного футуролога Марии Пфайфер, к 2025 году цифровые системы контроля здоровья в массовом порядке начнут вытеснять людей в белых халатах[1].

По прогнозам Всемирного экономического форума, уже в ближайшие три года машины оставят без работы свыше 5 миллионов человек, при этом зададут тенденцию к жизни разных профессий примерно 10 лет[1].

А здесь мы подходим уже к проблеме глобального характера (хотя факт исчезновения представителей одной из древнейших профессий я бы отнес к гипер-глобальной). После золотой лихорадки, ядерного века, пришли дни искусственного интеллекта, открытие либо создание которого не покидает великие умы человечества.

Сегодня мы слушаемся электронных помощников при использовании навигационных карт, изготовлении различных товаров общего пользования и т.д. Завтра, мы полностью будем зависеть от их мнения. Послезавтра, мы будем им не нужны. Парадоксально, облегчая жизнь для человечества в целом, мы усложняем жизнь и подвергаем большим трудностям отдельные части.

На сегодняшний день нам известна лишь одна медицинская система- IBM Watson. Но мы живем в эпоху рыночной экономики, и у нас нет гарантий, что уже завтра-послезавтра не будут представлены новые системы. А разработки в данной отрасли активно ведутся ведущими специалистами из Европы, Америки, Китая и Японии.

Анализируя мнения ведущих футурологов, мы поняли, что медицинские системы будут постепенно вытеснять врачей-людей (ни кормить не надо, ни платить не надо), подтвердится мысль о цикличности жизни, не последнее слово еще скажет естественный отбор. Придется приспосабливаться к новым условиям, совершенствовать свои навыки и умения, уезжать в другие

страны, выигрывая за счет большего опыта у местных специалистов, создавая конкуренцию в развивающихся странах и странах третьего мира. Человек всегда борется, чтобы выжить.

Развитие технологий идет быстрыми темпами, стараясь удовлетворить все более возрастающие потребности человека. К примеру, создание 3D-печати уже сегодня позволяет, не выходя из дома, получить все что угодно, лишь бы материала хватало. А на МКС космонавты получают инструменты и детали, не дожидаясь посылок с Земли. Лишь с доступностью данного прибора мы начинаем ценить стоимость мысли. С преобразованием стандартных аппаратов в биопринтеры и экспериментом китайских ученых, напечатавших в 2013 году уши, печень и почки из животной ткани. Так ученые смогли решить проблему нехватки доноров органов, других имплантов необходимых человеку. Здесь ожидаемо появление киборгов, которые будут объединять механические и биологические начала, можно будет вживлять глазные камеры, дополнительные руки-манипуляторы и т.д. А с появлением искусственного интеллекта, люди смогут вживлять дополнительные чипы, которые будут подключены к облачному «мозгу». Ожидаемо увеличиться продолжительность жизни и возможно человечество достигнет бессмертия. Патрулировать внутреннюю среду будут нанороботы, различные изменения будут фиксироваться одеждой со встроенными измерительными приборами, любые изменения будут передаваться в облачный мозг, либо отражаться на бионических конечностях, которые должны заменить нынешние смартфоны. В России уже сегодня в детских моделях бионических протезов встраивают то бинокль, то фонарик или рогатку, пульт управления квадрокоптером или видеокамеру.

Чем больше данных о состоянии пациента, тем лучше вооружен врач, тем точнее диагноз и эффективнее лечение. А когда врач еще не ошибается, вообще фантастика.

По мнению Рэя Курцвейла: человек и компьютер настолько сольются друг с другом, что не останется ничего, как признать наличие у искусственного разума не просто интеллекта, но и сознания.

Далее, продолжая, футуролог говорит, что наступит момент, когда искусственный интеллект станет превосходить возможности человеческого мозга[6]. И возникает вопрос: «Будет ли нужен интеллекту тот балласт, на который приходится работать, хоть и создавший его?»

Из-за вольготных условий жизни деградируют способности человеческого организма. Он уже не сможет самостоятельно противостоять даже обычной простуде. Конечно, большинство болезней исчезнет, поскольку им противопоставят вершину человеческих достижений. Но, из-за сокращения общения и контакта между людьми, вкупе с минимальной физической активностью, мы рискуем потерять человеческую расу в целом.

Как бы это не звучало, но я возлагаю надежду на главных врагов врачей-вирусы. Мне кажется, они продолжая эволюционировать, продолжат существовать не смотря ни на сверхразум, ни на нанороботов, ни другие препятствия. И в конечном итоге достигнув такой точки, что поражая человека, сделают его умнее искусственного интеллекта, обнажив самые первые, забытые способности людей.

Вывод: врачи и специалисты этой «благородной» профессии, стараясь снизить нагрузку на медперсонал, уменьшить роль человеческого фактора и сделать медицину высокого уровня доступной для всех слоев населения, рискуют сами выпасть из данного процесса. Как показывает практика нельзя быть ни в чем уверенным на 100%, однако можем точно пообещать очень интересное и увлекательное будущее.

Список литературы:

1. Футурологи назвали пять вещей, которые изменят наш мир до неузнаваемости [Электронный ресурс] // сетевое издание «Комсомольская правда»; авт. Я. М. Коробатов; шеф-ред. О.В.Носова.-Электрон, дан. – М.: «Комсомольская правда», 2018.- Режим доступа: https://www.kp.kg/daily/26777.1/3811876/, свободный. – Загл. С экрана. – Яз. рус.

2. Число жертв голода достигло беспрецедентного уровня: доклад Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций.-Рим: ФАО, 2018.-2-13с.

3. Lopez-Jimenez, F. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies// The Lancet.- 2009.-Vol. 373.-P.1083-1096.

4. Перспективы обеспечения безопасности пищевых продуктов: материалы Первой Международной конференции ФАО/ВОЗ/АС по безопасности пищевых продуктов.- Аддис-Абеба, 2019.-2 с.

5. Kurzweil, R. Fantastic Voyage: Live Long Enough to Live Forever Paperback/ R. Kurzweil. –New York: Association of American Publishers, 2005.-P.56-67p.

6. Kurzweil, R. The Age of Intelligent Machines/ R. Kurzweil.-New York: Association of American Publishers, 1990.- P.73-77.

ФАКТОРЫ УСПЕХА И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ В ИНОЯЗЫЧНОЙ АУДИТОРИИ

Кульбаева Г.Б. - к.ф.н., доцент
КГМА им. И.К. Ахунбаева, Кафедра русского языка

Аннотация. В статье рассматриваются различные факторы, которые способствуют качественному изучению русского языка как неродного. Автор отмечает некоторые вопросы морфологии и лексики.

Ключевые слова: *сопоставление, одушевленные и неодушевленные существительные, рекомендации, род существительных, творительный падеж, фразеологизмы.*

ЧЕТ ТИЛДЕР АУДИТОРИЯСЫНДА ОРУС ТИЛИН ОКУТУУСУНУН ИЙГИЛИК ЖАНА НАТЫЙЖАЛУУЛУГУНУН ФАКТОРЛОРУ

ф.и.к., доцент Кульбаева Г.Б.
И.К. Ахунбаев атындагы КММА, Орус тили кафедрасы

Аннотация. Макалада орус тилин бөлөк тил катары сапаттуу үйрөнүүгө мумкундук берген ар кандай факторлор каралат. Автор морфологиянынын жана лексиканын кээ бир маселелерин белгилейт.

Негизги сөздөр: *Салыштыруу, жандуу жана жансыз зат атоочтор, сунуштар, фразеологизмдер.*

EFFECTIVE TEACHING OF RUSSIAN LANGUAGE IN NON-NATIVE SPEAKING AUDIENCE

Kulbaeva G.B. - PhD in Philological sciences, Associate Professor
KSMA named after I.K. Akhunbaev, Department of Russian language

Summary. The article deals with different factors contributing to qualitative learning of Russian language as non-native language. The author considers some questions of morphology and lexics.

Key words: *Comparison, animate and inanimate nouns, recommendations, gender, case, phraseologisms.*

Мне хотелось бы начать свое сообщение словами экс Торага Законодательного собрания Жогорку Кенеша Кыргызской Республики А.Э. Эркебаева: «Язык каждого народа – феномен, ценность общезначимого порядка, достояние общечеловеческого гения. Вместе с тем невозможно развивать духовную культуру нации без активного использования достижений более высокоразвитых культур, какими стали для народов Кыргызстана русская культура и русский язык… Он открыл и открывает перед народом Кыргызстана широкий путь к мировой цивилизации. Благодаря русскому языку мир узнал о нас, кыргызах»[1].

За годы взаимодействия русского и кыргызского языков возникло русско-кыргызское двуязычие. В процессе изучения неродного языка и при изучении чужому языку всегда, так или иначе, осуществляется сопоставление родного изучаемого языка. Это сопоставление может быть неосознанным, стихийным, но оно может и сознательно применяться как путь более скорого, сознательного и прочного усвоения нового языка. Поэтому принцип учета родного языка учащихся должен пониматься преподавателями, прежде всего, как принцип отбора материала, отбора грамматических тем, наиболее трудных и необходимых для учащихся, окончивших школы с кыргызским языком обучения, тогда как явления менее сложные, имеющие соответствие в родном языке учащихся могут быть пройдены в ином плане, без детальной разработки.

Так, при сравнении обозначении возраста в русском и кыргызском языках выясняется , что в отличие от кыргызского языка, где субъект в оборотах такого типа чаще всего выражается существительным в основном падеже (Байкем 20 жашта. – букв.: Брат в 20 лет), в русском языке в этом случае употребляется сущ. в дат. падеже. Брату 20 лет). Это дает основание для такой рекомендации: «Запомните, при оформлении высказываний о возрасте субъект обозначает существительное в дательном падеже».

Совсем иная картина наблюдается при обучении одушевленных и неодушевленных русских существительных в кыргызской аудитории. Кроме формулировки «существительные, служащие

наименованием живых (людей, животных, птиц, насекомых и т.д. относятся к одушевленным и отвечают на вопрос (кто это?), необходимо также показать учащимся, что отсутствует полное совладение живого и неживого в естественных науках, с одной стороны, одушевленных и неодушевленных существительных в языке, с другой. Так, например, названия деревьев и растений, обозначение совокупности живых существ (*арча, дуб, сосна, крыжовник, народ, толпа, отряд, молодежь*) относятся к неодушевленным существительным, а такие слова, как *труп, мертвец, кукла, микроб, вирус* – к существительным одушевленным.

Далее мы должны дать такие понятия:

1. В русском языке винительный падеж одушевленных существительных мужского рода ед. ч., кроме существительных на –а, – я (папа, дядя), совпадает с родительным падежом, а у неодушевленных – с именительным падежом.

2. Во множественном числе одушевленные существительные всех родов в вин. падеже совпадают с родительным, а неодушевленные – с именительным. Для закрепления, исходя из этих правил можно дать ряд заданий типа:

1. Какие из выделенных существительных являются одушевленными, а какие неодушевленными. ***Народ*** *вышел на субботник.* ***Покойника*** *провожают родственники и знакомые.*

В зоопарке мы увидели черепах, ящериц, змей. В лаборатории студенты наблюдали за вирусами гепатита В.

2. Объясните, почему существительные *батальон, молодежь, стадо, рой* относятся к неодушевленным существительным, а существительные *студент, люди, микробы* – к одушевленным.

3. Составьте предложения, в которых существительные *стадо, кукла, стоматолог, волк* стояли бы в винительном падеже.

Такие и подобные упражнения дадут возможность кыргызским учащимся практически усвоить грамматическую категорию одушевленности и неодушевленности.

Тема рода и грамматического согласования – одна из труднейших тем для учащихся – кыргызов, в языке которых грамматически род не различается. Следовательно, необходимо ознакомить учащихся с системой грамматических признаков рода, указать на законы согласования с прилагательными, числительными, местоимениями, причастиями, глагольной формой прошедшего времени. *Мой карандаш упал, моя книга упала, мое зеркало упало.*

Интересен для рассмотрения творительный падеж, который не представлен в кырыгзском языке самостоятельно, как в русском. Значение русского творительного падежа передаются на кыргызский язык формами других падежей. Например, тв.п., указывающий на совместное действие в кыргызском языке выражен формой именительного падежа + послелога *менен*. *Мальчик с бабушкой гуляли в парке. Бала чон апасы менен сейил бакта эс алып журушот.*

Вот почему, у носителей кыргызского языка возникают ошибки типа: *пишу с мелом, еду с поездом и т.д.*

В русском языке для творительного падежа центральными значениями являются значения определительное и объективное. Определительное значение представлено в сказуемом (*Я буду врачом. Работаю преподавателем. Учиться в КГМА стало его целью*).

Тв. падеж также указывает на различные обстоятельственно-определительные значения: определяет по месту *(идти берегом, ехать автобусом*), по времени (*весенней порой оживает лес*), по способу и образу действия *(петь басом, кричать петухом, ходить толпой),* по уточняющему признаку *(высок ростом, тысяча сомами, родом кыргыз*), по внешнему признаку, качеству или свойству *(запись мелом, хоть волком вой),* по мере, времени или количестве (*закупают тоннами, не видимся годами, встречаемся вечером).*

Объектное значение тв. п. представлено такими словосочетаниями как: *любуюсь картиной, наслаждаюсь музыкой, горжусь семьей, владею языками, недоволен результатами.* Творительный падеж имеет и значение информативно восполняющей формы: считается лгуном, слывет знатоком, взгляд дышит любовью.

Ряд заданий и упражнений окажут помощь в закреплении теоретического материала.

1. Данные слова употребите в тв. падеже с предлогом или без него. Составьте предложения. Идти в ногу … временем. Запить таблетку.. водой. Согласиться … врачом. Не могу заниматься … спортом.

2. Сравните группы предложений и вставьте, где необходимо, предлог. Нужно уметь работать и …пилой, и … молотком. Плотник не расстается … пилой и … молотком.

3. Перепишите пословицы, употребляя слова в скобках. Правда … ложью не дружит. Мир освещается … Солнцем.

4. Переведите следующие предложения на кыргызский язык. Какими формами передан творительный падеж?

Пили чай с молоком. Любуюсь картиной. Говорим с другом. Через два года стану врачам.

Однако языковых компетенций недостаточно для овладения активной речью на русском языке. Полноценное общение невозможно, если человек не включен в культурно-смысловое пространство изучаемого языка, которое проявляется «в социально-культурных стереотипах, пословицах, фразеологических оборотах и т.д.» [2]. Внимание к устойчивым оборотам повышает интерес к овладению русским языком, делая их речь более естественной и выразительной. Так сопоставления со словосочетанием позволяет раскрыть внутреннюю форму фразеологизма, что ведет к сознательному пониманию студентами его обобщенного и переносно-образного смысла. А сопоставление со словом позволяет осознать оттенки значения, стилистическую отнесенность и экспрессивно-эмоциональную окраску устойчивого оборота, что способствует осуществлению в ситуации общения оптимального выбора языковой единицы. Только с одним словом рука, есть более 50 фразеологических конструкций. *Рукой подать* – близко, *подать руку* – помочь*, дать руку на отсечение* – поручиться и т.д.). Структура фразеологического значения характеризуется обязательным компонентом, который наделен фразеологический образ. А любой образ содержит в себе оценку. Так, описывая образ Орозкула (Ч. Айтматов «Белый пароход»), автор использует фразеологизмы, которые указывают на негативную (отрицательную) его характеристику (*впиваться в горло, падать в ноги, морочить голову, накатать жалобу, утереть нос, свернуть башку* и т.д.)

Исходя из этих примеров, можно указать на необходимость выбора фразеологизмов по принципу «уместно или неуместно» его употребление в том или ином контексте. О том, что фразеологические единицы, как и слова могут иметь синонимические ряды и употребляться в разных ситуациях говорят, такие примеры: *Сломя голову, во весь дух*, в два счета, в одно мгновение, одним мигом – быстро.

Большую роль в развитии фразеологии играют терминологические

подсистемы. Например, к технической терминологии восходит обороты *спустить на тормозах, сдвинуть с мертвой точки.* Связаны с торговлей, финансами фразеологические обороты *подвести черту, сбросить со счетов.* К области искусства относятся фразеологические единицы *сойти со сцены, играть первую роль, сгущать краски, задать тон* и др.

На что надо обратить внимание студентов при изучении фразеологических оборотов?

1. Недопустимо сочетание экспрессивно-окрашенных фразеологических конструкций с официально-деловой лексикой: *Начальник осыпал меня золотым дождем на сумму шестьдесят тысяч рублей;*

2. Эмоционально ярких, поэтических фразеологизмов с речевыми штампами: *Счастлив тот, кто жить торопиться и чувствовать спешить по большому счету;*

3. Недопустимо замена компонента фразеологизма: что ж, иль, как говорят и книги в руки;

4. Недопустимо в состав фразеологизмов включать какие-либо элементы: *Потупить низко взор;*

5. Ошибочными являются усеченные фразеологизмы, которые теряют смысл: *Успехи ученика желают много лучшего* (вместо: оставляют желать лучшего);

6. В составе фразеологизма нельзя также допускать замены предлогов: *с полной мерой* (вместо: в полной мере). Неумение правильно употреблять падежные формы и предлоги в составе фразеологизмов порождает ошибки типа: *скрепя сердцем, в голове идет кругом, скатерть ему на дорогу* и др.)

Таким образом, для успеха и результативности обучения русскому языку как неродному необходимо применять различные методические приемы. При этом следует обратить внимание на следующие вопросы:

1. Всегда ли полезно сопоставление?
2. Чему и как учить?;
3. Все ли задания эффективны при закреплении?

Список литературы:

1. А.Э. Эркебаев. Культура русской речи в Кыргызстане. Приветственное слово. //Материалы региональной научно-практической конференции: Бишкек, 2003. – 5 с.

2. Борчиева Б.Т. Содержание и типы формируемых компетенций при изучении курса «Русский язык и культура речи в вузах Кыргызстана// Русское слово в образовательном пространстве Кыргызстана» Бишкек, 2011. – 149 с.

ФОРМИРОВАНИЕ ОБЩЕКУЛЬТУРНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ

к.п.н.,ст.преп. **Молдокматова Н.Т.**
КГМА им. И.К. Ахунбаева, Кафедра русского языка

Мы различаем понятия «компетенция» как наперед заданное требование (норму) к образовательной подготовке обучаемого и «компетентность» как уже состоявшееся его личностное качество (совокупность качеств) и минимальный опыт по отношению к деятельности в заданной сфере. Под лингвокультурной компетенцией мы понимаем способность индивида осуществлять межкультурную коммуникацию, базирующуюся на :

A. знаниях лексических единиц;
B. национально-специфических единиц поведения;
C. знании социокультурного, этнокультурного и семиотического фона;
D. умении использовать фоновые знания в коммуникации.

Лингвокультурные компетенции кыргызстанцев и россиян были наиболее близки в период с 30- гг. до 90- гг 19го века. Сейчас многие социокультурные связи разрушены, появились новые приоритеты и акценты в системе образования и воспитания. Поэтому главной задачей кыргызской русистики является формирование современной русской лингвокультурной компетенции кыргызских учащихся, на новых научных основах.

Новое направление, заявившее о себе в начале 90гг. 20 века в лингвистической науке, получило название лингвокультурологии. В основе данного напрвления лежит концепция о том, что язык выступает не только как инструмент общения и познания, но и как вместилище культурных кодов народа. По мнению В. Фон Гумбольдта, отличие языков друг от друга состоит не только в звуковых системах ,но и в наличии различных мировидений ,это и является основным положением лингвокультурологии.

Объектом изучения лингвокультурологии выступает человек. Он рассматривается как носитель языка и как носитель культуры народа. Новое течение лингвистики наблюдает «фоновые» (по Верещагину и Костомарову) знания человека, его национально-специфические, поведенческие нормы, которые делают его представителем данной культуры.

Лингвокультурная компетенция — это способность людей не только демонстрировать свои знания в области лингвистики, но и способность вторичной языковой личности адекватно ориентироваться в вопросах касающихся материальной и духовной культуры и традиций народа, языком которого он овладел и национальный менталитет которого он понял и принял.

Ценность лингвокультурного образования на современном этапе заключается в том, что им обеспечивается духовно-нравственное становление личности. За формирование лингвокультурной компетенции происходит и формирование лингвокультурной самоидентификации как необходимой составляющей мировоззренческого потенциала и условия интеграции в мировую культуру.

Задача обучения – подготовка к реальной коммуникации. Всякое обучение опирается на принципы , которые обеспечивают достижение намеченных целей. Из общественных принципов мы выделили такие принципы как:

1. Принцип коммуникативности. Целью реализации данного принципа выступает достижение способности обучаемых к диалогу в общении - ожидаемый результат: Формирование коммуникативной компетенции.
2. Принцип концентризма. Цель реализации: дозирование заданий с учетом подготовки и возраста учащихся. Ожидаемый результат: реализация индивидуального подход с учетом психологических особенностей.
3. Принцип учета родного языка. Цель реализации: минимализировать влияние интерференции и использовать во благо знания обучающимися своего родного языка. Ожидаемый результат: преодоление отрицательного влияния родного языка.
4. Принцип диалога культур: соизучение культур. Ожидаемый результат: воспитание толерантности.
5. Принцип открытости: включение в педагогическую деятельность как новых принципов, так и новых подходов для подачи страноведческого материала. Ожидаемый результат: усиление мотивации для использования творческого потенциала учащихся.
6. Принцип дополняемости. Цель реализации: данного принципа- возможность в приобретении дополнительного методического инструментария. Ожидаемый результат: преодоление

отрыва содержания учебников от современных реалий.

7. Принцип аутентичности: сформировать реальную русскую картину мира. Ожидаемый результат: формирование стратегической компетенции- реализация практических интенций учащихся.

8. Принцип использования Интернет-ресурсов, стимулирование самообразования, формирование образовательных компетенций.

9. Принцип формирования учебной среды общения через создание русскоговорящего образовательного процесса. Цель реализации данного принципа: формирование русской среды общения через создание русскоговорящего образовательного процесса. Ожидаемый результат: формирование лингвокультурных компетенций нерусских учащихся в процессе обучения русскому языку.

Огромные геополитические изменения нарушили тесную связь кыргызской и русской культур и тем самым породили трудности в коммуникации.

На данном этапе общекультурная компетенция студентов-медиков не соответствует русской языковой картине, она скорее искажает ее. Анализ существующих учебников и учебных пособий подтвердил, что многие из них безнадежно устарели. Они скорее создают ложные стереотипы общения, чем готовят к реальной коммуникации. Практически во всех учебниках русского языка превалируют реалии, которые уже ушли из социокультурной действительности. Поэтому идет процесс приобретения фоновых знаний, не соответствующих современным реалиям. Русская языковая среда, существовавшая в советское время, утратила языковую корректность и по сути превратилась в языковую среду диаспор. Поэтому она не может служить ни инструментом, ни мотивом обучения. Все это привело нас к поиску новых подходов к обучению. Сложность ситуации преподавания русского языка в КР заключается в том ,что русский язык у нас преподается в трех направлениях : 1) русский язык как родной; 2) русский язык как неродной; 3) русский язык как иностранный.

Причем первая стабильно сокращается , а вторая и третья увеличиваются. Мы пытаемся найти новые подходы и некоторые универсалии для разных ступеней образования, но при этом ориентируемся на преподавание русского языка как неродного и как иностранного. Новые подходы к формированию русской общекультурной компетенции студентов-медиков мы видим в использовании следующих лингводидактических приемов : 1) методическая координация курсов русского языка и русской литературы; 2) сопоставление в курсе русского языка и литературы основных концептов русского и кыргызского языков; 3) работа с Интернет-ресурсами; 4) работа с видеороликами и другими материалами по **актуальным** ситуациям общения , подготовленными самим учителем; 5) работа с материалами русских СМИ; 6) работа с аутентичными текстами.

Учитывая ключевую роль преподавателя русского языка в формировании у учащегося главных компетенций, нужно готовить их способными понимать, предугадывать языковые и психологические ассоциации своих подопечных.

Смена частичной языковой картины мира обучающихся, которую учитель планирует смоделировать предусматривает знание им (преподавателем) влияние языка на менталитет.

В современных условиях, когда учебники не отражают современные реалии, а иногда искажают их, учителю необходимо заниматься самообеспечением учебными материалами, в которых содержатся общекультурные коды. Он должен не только отобрать учебные единицы, но и адаптировать их к конкретному занятию. То есть, по существу, преподаватель пишет мини-учебник практически к каждому занятию. Именно такой подход позволит сформулировать адекватную общекультурную компетенцию, а также организовать самостоятельную работу студентов-медиков, как цепь когнитивных действий.

Источниками самообеспечения учебными материалами являются:

1. Интернет-ресурс (сайты и порталы о русском языке).
2. Аутентичные тексты в самом широком смысле (реклама, газеты, художественные тексты).
3. Периодическая печать.
4. Радиопередачи.
5. Российские художественные и документальные фильмы, мультфильмы.
6. Методическая литература по русскому языку, издающаяся в Российской Федерации.

Задачами обучения русскому языку в современном образовательном пространстве Кыргызстана выступают развитие письменной речи - для которой требуется приобретение языковой компетенции: правильность речи (орфографическая, пунктуационная, морфологическая, синтаксическая, лексико-семантическая); а также усовершенствование русской речи, где доказательством наличия языковой

компетенции выступают: правильность произносительной, акцентологической, лексико-семантической речи и творческая целесообразность речевых изменений, в том числе с целью удержать внимание собеседника.

Для институционального (представительского) дискурса, чаще всего официального, важны владение системой выражения статусно-ролевых отношений, строгий отбор стилистических средств, этикетных формул невербальных компонентов, тональности общения, а также риторическая грамотность: знание риторических законов и умение ими пользоваться, уважение к адресату и забота о нем, стремление к гармонизации речи поиску компромисса, умение предупреждать возникновение конфликтов и гасить возникшие.

Формирование русской общекультурной компетенции студентов-медиков позволит им легче интегрироваться в современное поликультурное общество.

СОМАТИЧЕСКИЕ ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ В ХУДОЖЕСТВЕННЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ТЕКСТАХ

Базарбаева А.Ш.
КГМА им. И.К. Ахунбаева, Кафедра русского языка
Студентка 2 курса, 7 группа Факультет: Лечебное дело

Аннотация. В данном сообщении рассматривается использование соматических фразеологизмов в художественных и медицинских текстах и их отличие, которое заключается в прямом и косвенном их использовании.

Ключевые слова: *соматические фразеологизмы, бытовые ситуации, реальные события, источники пополнения соматической фразеологии, косвенное и прямое использование фразеологизмов.*

КӨРКӨМ ЖАНА МЕДИЦИНАЛЫК ТЕКСТТЕРДЕГИ СОМАТИКАЛЫК ФРАЗЕОЛОГИЗМДЕ

Базарбаева А.Ш.
И.К. Ахунбаев атындагы КММА, Орус тили кафедрасы

Аннотация. Бул билдирүүдө көркөм менен медициналык текстттердеги соматикалык фразеологизмдердин тике, ошондой эле кыйыр мааниде колдонулушу жана айырмачылыгы каралат.

Негизги создор: *соматикалык фразеологизмдер, тиричилик жагдайлар, накта окуялар, соматикалык фразеологиянын толуктоо булактары, фразеологизмдердин тике жана кыйыр мааниде колдонулушу.*

SOMATIC PHRASEOLOGISMS IN ARTISTIC AND MEDICAL TEXTS

Bazarbaeva A.Sh.
KSMA named after I.K. Akhunbaev, Department of Russian language

Summary: The article considers the use of somatic phraseologisms in artistic and medical texts and their difference concluding in direct and indirect use.

Key words: *somatic phraseologisms, everyday situations, real events, sources of enriching somatic phraseology, direct and indirect use of phraseologisms.*

Фразеологизмы – выразительные средства любого языка. Это устойчивое сочетание слов, значение которого определяется совокупностью всех его компонентов. Например: *«сыпать соль на рану»* – здесь естественно не сыпят соль как в борщ. Это выражение означает усиливать и без того мучительные переживания.

Среди фразеологизмов выделяют в отдельную группу соматические фразеологизмы. Под соматическим фразеологизмом или фразеологическим компонентом понимают вид идиом, отсылающих к жестике, мимике и психосоматике человеческого тела. Поэтому «использование соматизмов в художественном тексте позволяет указать на эмоции персонажей, не описывая их подробно и не подвергая психологическому анализу» [1].

От соматизмов следует отграничивать словосочетания типа: потереть руки. Например: *Войдя с мороза в комнату, он потер руки.*

Существительное, обозначающее часть человеческого тела, используется в устойчивом словосочетании, но оно не имеет идиоматического значения, а значит, не является в данном

контексте фразеологизмом. Это свободное сочетание, каждый компонент которого имеет свое значение и может быть заменен. Например: *Войдя с мороза в комнату, он потер лицо.* Фразеологизмы могут быть использованы во всех стилях речи, однако мы сделаем попытку рассмотреть эти единицы в художественных и медицинских текстах.

Всякое включение фразеологизмов в контекст – это процесс более сложный, чем их употребление вне контекста. Мы можем знать значение этих фразеологизмов (Например: *свернуть шею* – уничтожить), но в каком контексте, при какой стилевой направленности эта идиома выразит свою индивидуальное смысловое содержание и реализуется в речи определить сложнее.

В художественных текстах имеется большое количество фразеологизмов, значение которых может быть выявлено на основе фразеологической образности, например, фразеологизм *живые мощи* – выражает эмоционально-оценочную характеристику, как и фразеологизм *тронуться умом, пустое место, ноль без палочки и т.д.*

Образность фразеологических единиц проявляется в их способности вызывать представление, картины, на фоне которых воспринимаются содержания этих единиц. Речевые единицы, которыми передаются образные представления, не прямо указывают на предмет, а опосредованно, через представление о другом предмете или о его признаке: *рука об руку* – дружно, *с глазу на глаз* – наедине, без свидетелей, *с ноги на ногу* – быть озадаченным, в затруднении.

Фразеологические единицы, используемые в художественным текстах могут иметь синонимы, а некоторые из них и антонимы: *рукой подать – под носом* (синонимия), *у черта на куличках* (антонимия), *морочить голову* –заговаривать зубы (синонимия), с распростертыми объятиями – с открытой душой (синонимия), с камнем за пазухой (антонимия). В случаях, когда невозможно подобрать антонимы к фразеологизму, можно подобрать выражение, противоположное по смыслу посредством других лексем.

Фразеологизмы в художественном тексте связаны с конкретными бытовыми ситуациями, представлениями, реальными событиями, обстоятельствами: *уплетать за обе щеки* – есть с большим аппетитом; *вешать лапшу на уши* – врать; *как языком слизала* – исчезло начисто; *рука набита* – обладание опытом в каком-либо деле; *рука не поднимается* – не хватает решимости сделать что-либо; *карты в руки* – признание кого-либо более опытным для выполнения некой работы; *с глазу на глаз* – наедине, без свидетелей. Они, как правило, выражают иронию или насмешку и имеют значение качественной характеристики подобно прилагательным и наречиям.

Источниками пополнения соматической фразеологии в художественной литературе являются:

а) античная литература: *ахиллесова пята* – слабое место;

б) бытовая речь, восходящая к различным сферам жизнедеятельности человека: *как на ладони* – открыто, ясно, *голова идёт кругом* – кто-либо не знает, как поступить, *глаза открылись* – прояснение ситуации, познание истинного смысла.

в) жаргонная лексика: *ни в зуб ногой* – ни к чему не годен, не смыслит в определенной области; *острый на язык* – язвительный, саркастичный, *заговаривать зубы* – переводить тему разговора, сбивать с толку, *разинуть рот* – сильно удивиться, *водить за нос* – управлять или обманывать, *навострить уши* – быть бдительным, *сбиться с ног* – устать, *хоть глаза выколи* – темно, *выбить дурь из головы* – строгостью отучать кого-либо от плохой привычки и т.д.

Соматические фразеологизмы в художественных текстах можно отнести к различным семантико-грамматическим группам:

1. Процессуальные (*ставить на ноги, поднимать руку, не показываться на глаза, чесать языком и т.д.);*
2. Характеристические *(кожа да кости, ни рожи ни кожи, кровь с молоком, рачьи глаза, нос картошкой);*
3. Физическое состояние (*в глазах потемнело, зуб на зуб не попадает, сердце сжалось, душа в пятки ушла, глаза на лоб полезли).*

Обратимся ко второй части нашего доклада к соматическим фразеологизмам, которые используются в медицине.

В медицинских фразеологизмах, несмотря на образную природу, отражаются точные клинические признаки заболеваний и синдромов. Здесь также есть соматические фразеологизмы, но они в большинстве своем носят прямое сравнение. Например, *заячья губа* – расщелина верхней губы с разрывом, доходящим почти до носа; приоткрываются передние зубы и рот малыша становится похожим на заячий.

Соматическим фразеологизмам уделяется большое внимание, т.к. человек, пытаясь проявить себя среди окружающей действительности как личность, начал со сравнения ощущений, возникающих непосредственно через органы чувств и части собственного тела: «человеческое тело оказалось одним из самых доступных для наблюдения и изучения объектом, и слова, обозначающие части тела человека, так же древни, как и само человеческое сознание» [2].

Исследуя практический материал, мы выявили соматические фразеологические единицы с различными компонентами, которые можно разделить на несколько условных групп. Мы разграничиваем их условно, по причине того, что фразеологизм одной группы может содержать в себе и компоненты другой группы. Эти условные группы следующие:

1. Части и области человеческого тела;
2. Фразеологические единицы для обозначения симптомов болезней.

Итак, к первой группе можно отнести следующие фразеологизмы: *тигровое сердце* – сердце, на разрезе которого под эндокардом желто-белые полоски, наблюдается про жировой дистрофии; *бычье сердце* – кардиомегалия, характеризуется увеличением размеров сердечной камеры или миокарда из-за гипертрофии; *голова медузы* – название, данное расширенным извитым подкожным венам на передней брюшной стенке.

Ко второй группе относятся: *пляска каротид, танец каротид* – отчетливо видимая на шее пульсация общих сонных артерий, признак недостаточности аортального клапана, может также наблюдаться при гиперкинезии сердца у истощенного больного; *печеночные ладони* – симметричное пятнистое покраснение ладоней и подошв, особенно выраженное в области возвышения большого пальца и мизинца; *грудь сапожника* – деформация грудной клетки, воронкообразная впадина; *лицо Корвизара* – обрюзгшее лицо с сонным взглядом, багровыми, несколько выпяченными губами и постоянно полуоткрытым ртом, которым больной как бы ловит воздух, характерно для больных с тяжелыми хроническими заболеваниями сердца [3].

На основе этих примеров можно сделать вывод, что соматические фразеологизмы встречаются как в художественных текстах, так и в медицинских. Однако, их употребление не идентично. Это отличие заключается в прямом и косвенном использовании сравнения с объектами окружающими нас, так как медицина, в первую очередь, наука точная, то в ее соматических фразеологизмах есть прямое сравнение. А в художественных текстах используется косвенное, непрямое сравнение, отражающее духовные ценности, традиции и определенный склад ума народа.

Литература:

1. Виноградов В. В. Фразеология. Семасиология // Лексикология и лексикография. Избранные труды. — М.: Наука, 1977. – 258 с.
2. Телия В. Н. Русская фразеология: Семантический, прагматический и лингвокультурологический аспекты. — М., 1996. – 173 с.
3. Шанский Н. М. Фразеология современного русского языка. — 3-е изд., испр. и доп. – М., 1985. – 326 с.

ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТЕРМИНОВ В НАУЧНО-ПОПУЛЯРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕКСТАХ

Маматкулова М.
КГМА им. И.К. Ахунбаева, Кафедра русского языка
Студентка 2 курса, 3 группа Факультет: Лечебное дело

Аннотация. В статье отмечается особенности употребления терминов в научно-популярных медицинских текстах и дается попытка разграничения научно-популярного подстиля с учебно-научным стилем.

Ключевые слова: *Учебно-научный стиль, научно-популярный стиль, терминологическая лексика, аббревиатура, термины-метафоры.*

ИЛИМИЙ-МЕДИЦИНАЛЫК ТЕКСТТЕРДЕ ТЕРМИНДЕРДИН КОЛДОНУЛУШУНУН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Маматкулова М.
И.К. Ахунбаев атындагы КММА, Орус тили кафедрасы

Дарылоо иши факультетинин 2-курсунун, 3 тайпасынын студенти

Аннотация. Макалада илимий-популярдык медициналык тексттердеги терминдерди колдонуунун өзгөчөлүктөрү белгиленет жана окуу-илимий стилден илимий-популярдык стилчени ажыратуу аракети кылынат.

Негизги сөздөр: окуу-илимий стиль, окуу-популярдык стиль, терминологиялык лексика, аббревиатура, термин-метафоралар.

SPECIAL FEATURES OF USING TERM IN POPULAR SCIENCE WORKS

Mamatkulova M.
KSMA named after I.K. Akhunbaev, Department of Russian language
Faculty of Medical Treatment Second-year student, 3rd group

Summary. The article deals with the peculiarities of the use of terms in popular scientific medical texts and gives an attempt to distinguish a popular scientific sub-style from a teaching-scientific style.

Key words: *Education-scientific style, popular-science style, terminological vocabulary, abbreviation, metaphor terms.*

Научно-популярные медицинские тексты адресованы массовому читателю, который не является специалистом в области медицины, но уделяет большое внимание современным заболеванием и их лечению.

Просмотренные нами научно-популярные тексты из газет, журналов, учебной литературы по русскому языку показали, что терминов в научно-популярной литературе меньше, чем в наших учебниках по анатомии, физиологии, биологии и других медицинских дисциплинах.

Терминологическая лексика – характерная черта научной речи, а каждая наука представляет собой определенную, отличающуюся от других, систему понятий [1].

В научно-популярных медицинских текстах практически не используются специальные условные обозначения, символы, формулы, сложные схемы, таблицы. Широко используются общенаучная лексика, иллюстративный материал, рисунки анатомических органов, фотографии растений, из которых произведено то или иное лекарство и другие средства, помогающие читателям пользоваться данной научной информацией. Например, из рекламы мы узнаем, что «Линакс» – это сироп от кашля», «АМБРО» – высокоэффективное средство от кашля», а «Граммидин (лечит горло)». Структура этих описаний стандартна и понятна. Подтверждением этому может служить один из учебных текстов.

Ожирение

Ежедневно мы видим людей, страдающих ожирением. Они встречаются везде. Число больных людей увеличивается с каждым годом, поэтому это заболевание нельзя оставлять без внимания.

Ожирение – отложение жира, увеличение массы тела за счет жировой ткани в области молочных желез, бедер, живота.

Содержание жира в пищевых продуктах разное. В овощах, фруктах и крупах жира очень мало, а вот в сливочном и растительном маслах их очень много.

Лишний жир может появиться в организме в результате: а) нарушения равновесия между принятой пищей и потраченной энергии; б) из-за нарушений в системах поджелудочной железы, печени, кишечника; в) генетических нарушений.

Ожирение очень опасная болезнь, которая постоянно прогрессирует и, если ее не лечить, то могут развиться тяжелые осложнения или наступить летальный (смертельный) исход.

В исследуемых текстах многочисленные термины, как правило, общеизвестны (*заболевание, воспаление, вирус, кишечник, генетика, печень* и т.д.) Порой термины даны с пояснением: *летальный* (смертельный), *генетический* (наследственность) для наиболее облегченного восприятия текста.

Терминологическая лексика в научно-популярных медицинских текстах может быть представлена как одиночными словами **(простые термины**: *депрессия, озноб, сонливость, реакция, ринит, гипноз*), так и терминологическими сочетаниями (**составные термины**: *левое предсердие, дыхательные пути, простудные заболевания, зубная нить, обезболивающие препараты*).

Стремление к экономии языковых средств привело к появлению аббревиатур во всех стилях речи, в том числе и в научно-популярном подстиле.

В текстах НП подстиля встречаются широко известные медицинские аббревиатуры, однако их трактовка проще и доступнее для восприятия читателей. Сравните:

1. ИМ – инфаркт миокарда (учебно-научный стиль);

ИМ – прекращение кровоснабжения сердечной мышцы (научно-популярный стиль);

2. ИФА – иммуноферментный анализ (учебно-научный стиль);

ИФА – метод диагностики инфекционных заболеваний (научно-популярный стиль);

3. ОРВИ – Острая Респираторная Вирусная Инфекция дыхательных путей (учебно-научный стиль).

ОРВИ – инфекция дыхательных путей (научно-популярный стиль).

В научно-популярных медицинских текстах сложное слово – термин иногда заменяет целое словосочетание (*кровотечение, одноклеточный, височно-нижнечелюстной, двуглавый, опорно-двигательный*).

Не менее часто используются термины, в состав которых входят интернациональные словообразовательные элементы, например: *антигены, гиперчувствительность, суперинфекция, полифосфаты, биогеоценоз.*

Текстам научно-популярного подстиля присуще и использование терминов-метафор, например: *молоточек, наковальня, ушная раковина, глазное яблоко, лопатка, корень языка, гороховидная кость, солнечное сплетение.*

При рассмотрении текстов научно-популярного подстиля было выявлено, что фразеология в этих текстах представлена составными терминами: *петушиный крик, бычье сердце, волчья пасть, заячья губа, кошачий глаз, грудная жаба.*

Встречаются и терминологические словосочетания, которые включают в свой состав сложные слова. При этом используются широко известные лексические единицы, доступные для понимания непрофессионалов, например: *желудочно-кишечный тракт, высокоэффективный препарат, противовоспалительное действие.*

В научно-популярных медицинских текстах встречаются и международные термины (*анемия, гепатит, лейкоциты, интерферон и др.*). Конечно, международные термины рассчитаны на узких специалистов, поэтому для неподготовленных читателей, такие термины, особенно названия лекарств, поясняются разъяснениями как «*Гемоглобин* – это железо, находящееся в нашем теле. Это железо отвечает за транспортировку кислорода во все части тела» [2].

И в заключении можно сказать, что термины, использованные в научно-популярных медицинских текстах, отличаются от терминов, функционирующих в других стилях и подстилях.

Литература:

1. Дорцуева Н.И. Некоторые методические приемы в обучении студентов филологов курсу «Русский язык и культура речи», Русский язык в Кыргызстане, –Б.: 2003. – 308 с.

2. Жуков В.П. Фразеологизм и слово. – Л.: Наука, 1967. – 214 с.

ИЗ ИСТОРИИ УЧЕБНИКОВЕДЕНИЯ

Байбосунова Б.Б.
КГМА им. И.К. Ахунбаева, Кафедра русского языка
Научный руководитель к.п.н. Молдокматова Н.Т.

История преподавания русского языка как иностранного насчитывает более 500 лет, если ее начало вести от времени публикации русским первопечатником И. Федоровым в 1574 году во Львове «Азбуки», которая стала использоваться в качестве учебного пособия по изучению русского языка, первоначально в его старославянском варианте, сначала как родного, а затем и иностранного. За годы после публикации «Азбуки» было издано в России и за рубежом более 3000 учебников и учебных пособий по РКИ для разных контингентов учащихся . А в XX-ом столетии сформировалась и успешно развивается и новая область методики – *учебниковедение*, представители которой участвуют в описании, анализе, оценке и создании учебников, в том числе учебных комплексов как наиболее востребованного жанра учебной литературы по РКИ.

У истоков учебниковедения стоит известный специалист в области преподавания иностранных языков И.Л. Бим, автор двух учебных пособий [9;10], основные положения которых стали определяющими для теории и практики создания учебников, в том числе и для изучающих русский язык как иностранный. Характеризуя цель учебника – служить средством управления процессом обучения языку - И.Л. Бим определяет содержание учебника, т.е. то, что учащиеся должны усвоить в процессе занятий, в виде предметной (материал обучения) и процессуальной (приемы обучения) области учебника, а формой овладения содержанием учебника - упражнения, которые составляют структурные и функциональные единицы обучения.

Основы учебниковедения в области преподавания РКИ были заложены на 2-ом конгрессе МАПРЯЛ (Варна, 1973), тема которого «Теория и практика создания учебников и учебных пособий

по РКИ» получила развитие в докладах и выступлениях российских и зарубежных русистов: О. Митрофановой, М. Вятютнева, Н. Шанского, Л. Трушиной, К. Габки, А. Менац, К. Бабова и др. На конгрессе впервые был предложен обзор учебников по РКИ, созданных в разных странах мира, получило поддержку утверждение том, что учебник является компонентом системы обучения языку, инструментом организации и осуществления учебного процесса, а целью теории учебника следует считать разработку основ учебниковедения – раздела общей методики преподавания языков.

В развитии учебниковедения ведущая роль принадлежит авторам популярных курсов русского языка преподавателям МГУ (Е.Г. Баш, Т.М. Битехтина, Е.А. Брызгунова, Г.И. Володина, Л.П. Клобукова, И.М. Пулькина, Г.А. Китайгородская), РУДН (Т.М. Балыхина, Г.Г. Городилова, В.Н. Вагнер, Е.И. Мотина, Ю.Г. Овсиенко, С.А. Хавронина), ГИРЯП (А.А. Акишина, А. Р. Арутюнов, Л.Л. Вохмина, Т.М. Дорофеева, М.Н. Вятютнев, З.Н. Иевлева, Л.Б. Трушина, Е.М. Степанова) и русистам многих других вузов и кафедр страны.

«Владение языком,- писал М.Н. Вятютнев в своей монографии,- значит обладать коммуникативной компетенцией, поэтому данное понятие можно назвать центральным в коммуникативной ориентации обучения». Значительный вклад в теорию учебника внес А.Р. Арутюнов. Ученый в соавторстве с Л.Б. Трушиной и П.Г. Чеботаревым разработал программу многофакторного анализа учебника по иностранным языкам, которая прошла апробацию в учебном процессе, предложил типологию учебников по РКИ, которые подразделял на предкоммуникативные (языковые и речевые) и коммуникативные (поведенческие и деятельностные).[4] Основным видом учебников он считал учебники коммуникативные, направленные на овладение языком как средством общения. Различия между коммуникативно-поведенческими и деятельностными учебниками, входящими в группу коммуникативных, по мнению ученого, заключается в том, что первые формируют навыки вербального поведения в заданных ситуациях общения, а коммуникативно-деятельностные учебники обеспечивают полноценное общение в различных сферах коммуникации. Эта классификация учебников имела много сторонников, хотя не очень ясным оставалось различие между учебниками речевыми и поведенческими, совпадающими между собой по многим параметрам.

Виды учебников

В литературе по теории учебника до сих пор не существует общепринятой классификации учебников по РКИ. В разные годы рассматривалось возможности классификации учебников с позиции: а) цели обучения (языковые, речевые, коммуникативные (деятельностные), б) профиля обучения (школьные, курсовые, для филологов - нефилологов) в) уровня владения языком (допороговый, пороговый, постпороговый, профессиональный), г) подхода к обучению (прямой, сознательный, комбинированный). Согласно одной классификации, получившей обоснование в ряде публикаций [19; 37], учебники предлагается дифференцировать в зависимости от того *метода обучения* (направления в обучении языку), концепция которого реализуется в структуре и содержании создаваемого на его основе учебного продукта, т.е. учебника, являющегося моделью метода и средством обучения языку. С позиции названной концепции выделяются следующие типы учебников.

МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ	ВИДЫ УЧЕБНИКОВ
переводные методы (когнитивные) грамматико-переводной, сознательно-сопоставительный, текстуально-переводной	грамматико-переводные, сознательно-сопоставительные, текстуально-переводные
Прямые (беспереводные) методы аудиовизуальный, аудиолингвальный, «армейский», «метод гувернантки», метод Берлица	аудиовизуальные, аудиолингвальные
Комбинированные методы сознательно-практический, коммуникативный	сознательно-практические, коммуникативные, игровые
Интенсивные методы суггестопедический, метод активизации, эмоционально-смысловой, психотерапевтический	Учебники на основе суггестопедического метода обучения Г.Лозанова, метода активизации Г.Китайгородской, эмоционально-смыслового метода И.Шехтера, психотерапевтического метода И.Румянцевой
Интерактивные методы	Компьютерные курсы на базе социального сервиса web.2.0. Программированные пособия.

Решающими обстоятельствами при характеристике и оценки содержания перечисленных выше учебников и выборе технологий для работы с ними следует считать: а) рекомендуется авторами учебника сознательный или интуитивный путь овладения языком; б) предусматривается или исключается опора на родной язык учащихся; в) знакомство с новым материалом носит системный или функциональный характер; г) предполагается взаимосвязанное или последовательное овладение видами речевой деятельности; е) учебник является национально-ориентированным или ориентированным только на изучаемый язык и культуру его носителей.

В рамках перечисленных видов учебников могут быть выделены следующие типы учебников.

1. Одноязычные (или общие) учебники, предназначенные для овладения языком без опоры на родной язык учащихся или язык-посредник.
2. Двуязычные учебники. Учитываются трудности русского языка в сопоставлении с особенностями родного языка учащихся либо языка-посредника.
3. Учебники, ориентированные на профиль обучения и будущую специальность учащихся.
4. Учебники, ориентированные на возраст учащихся.
5. Учебники, ориентированные на аспект обучения или вид речевой деятельности.
6. Учебники, ориентированные на интенсивное обучение.
7. Учебники, ориентированные на краткосрочное или пролонгированное обучение.
8. Учебники, ориентированные на интерактивные формы обучения.
9. Учебники, предусматривающие самостоятельное изучение языка.
10. Национально-ориентированные учебники, предусматривающие сопоставление особенностей изучаемого и родного языка и культуры учащихся.

Следующий анализ некоторых типов и видов учебников по РКИ дает представление о развитии методической мысли в области отечественного учебниковедения.

Грамматико-переводные учебники. Авторы таких учебников опирались на концепцию грамматико-переводного метода, считавшегося ведущим в обучении иностранным языкам вплоть до начала XX века. Цель обучения языку трактовалась как образование учащихся, развитие их логического мышления в результате знакомства с системой языка, перевода текстов и выполнения письменных упражнений. В соответствии с установками метода грамматико-переводные учебники основное внимание уделяли развитию письменной речи, так как считалось, что именно письменная речь наиболее полно и точно отражает содержание языка. Главным объектом обучения была грамматика. В качестве ведущего способа обучения рассматривалась дедукция – сначала учащиеся должны были заучить новые слова и грамматические правила, а затем на их основе научиться конструированию предложений. Основным приемом объяснения лексико-грамматических единиц являлся дословный перевод, а способом их сохранения в памяти – заучивание наизусть. Занятия проводились на материале учебных и оригинальных текстов, а рецептивное владение языком рассматривалось в качестве ведущей цели обучения.

Работа с грамматико-переводными учебниками давало хорошее знание системы языка, владение переводческими умениями, знакомство с культурой носителей изучаемого языка, но не обеспечивало достаточного владения умениями практического пользования языком в различных ситуациях общения. Это обстоятельство стало одной из причин критических высказываний как в адрес метода, так и учебников, создаваемых на его основе, что в результате привело к утрате господствующего положения грамматико-переводного метода и учебников, создававшихся на его основе. В русистике вплоть до начала XX века были популярны и выдержали несколько изданий учебники русского языка для французов Ж. Шарпантье (1768), Н. И. Греча (1843), учебник для немцев В.Алексеева (1888) и др.

Аудиовизуальные учебники

Такие учебники получили широкое распространение после окончания 2 мировой войны под влиянием аудиовизуального (структурно-глобального) метода обучения, разработанного во Франции в Научно-методическом центре по изучению и распространению французского языка за рубежом. Концепция метода ориентировала на овладение устной иноязычной речью в сжатые сроки на ограниченном лексико-грамматическом материале при интенсивном использовании средств зрительной и слуховой наглядности. Глобальность метода предусматривала интуитивное усвоение структур языка в виде речевых образцов с опорой на зрительно-слуховые образы, догадку и приобретенный ранее речевой опыт. Публикация в 1962 году аудиовизуального курса французского языка «Голоса и образы Франции» и создание на его основе курсов на других языках, в том числе и на русском языке, способствовало популярности метода и аудиовизуальных курсов в разных странах.

Коммуникативные учебники

Коммуникативные учебники получили широкое распространение с 70-х гг. XX в. и в их основе лежит принцип активной коммуникативности, провозглашенный в качестве ведущего принципа обучения РКИ после публикации «Методического руководства для преподавателей русского языка» В.Г. Костомарова и О.Д. Митрофановой (1973). Согласно названному принципу обучение языку рекомендовалось строить адекватно процессу речевой коммуникации, провозглашались практическая направленность обучения, функциональный подход к отбору и подаче языкового материала, ситуативно-тематическое представление учебного материала,

учет индивидуально-психологических особенности и родного языка учащихся. В эти же годы проблемы коммуникативного обучения стали объектом научных исследований Е.И. Пассова, предложившего и термин «коммуникативный метод». Первоначально метод предназначался для обучения говорению. В настоящее время сфера его применения значительно расширилась, и он используется для обучения всем видам речевой деятельности. Однако первоочередной задачей, решаемой с помощью метода, считалось овладение коммуникативной компетенцией в области устной речи.

Концепция коммуникативного метода получила удачную реализацию в ряде учебников по русскому языку для разных уровней и профилей обучения. Наиболее известными коммуникативными учебниками являются: «*Русский язык для всех», «Старт», «Темп», «Русский класс», «Лестница», «Дорога в Россию», «Контакты», «Вперед!», «Истоки», «Приглашение в Россию», «Окно в Россию», «Русский экзамен», «Русский язык по-новому», «Русское слово»* и др. Перечисленные пособия отличает перенос акцента с усвоения формальных признаков языка на действия с речевым материалом. Для них характерно: преобладание речевых упражнений в сравнении с языковыми, отсутствие развернутого грамматического материала, который вводится в виде моделей предложений, речевых образцов, ситуативных рисунков, широкое использование в тексте средств наглядности, социокультурная направленность учебных материалов.

Учебный комплекс «*Русский язык для всех*» выдержал 16 изданий. Он состоит из 7 пособий (учебника, сборника упражнений книги для чтения, пособия по развитию речи, грамматического справочника, словаря, приложения с текстов на грампластинки). Комплекс адресован взрослым учащимся и рассчитан на один год занятий с преподавателем. Учебник содержит 40 основных уроков и 8 уроков-обобщений, материал которых используется для повторения пройденного и определения достигнутого учащимися уровня владения языком. Коммуникативная направленность курса находит отражение в отборе текстов, форме введения грамматического материала с помощью таблиц, средств наглядности. Первая часть каждого урока содержит предложения образцы с упражнениями для их запоминания и тексты для чтения. Вторая часть урока включает серию тематических диалогов, используемых для активизации введенного материала и речевые упражнения по теме урока. Материалы пособия «Давайте поговорим» тематически связаны с темой урока и используются для активизации пройденного материала. «Грамматический справочник» включает грамматический комментарий к урокам учебника и некоторые сведения по практической грамматике. Комплекс нашел широкое применение в работе на языковых курсах, а отдельны его фрагменты и на начальном этапе обучения в вузе. В некоторых странах он используется и в настоящее время.

Для обучения на подготовительных факультетах в 1980-е годы был создан учебный комплекс «*Старт*» , призванный заменить учебники предыдущего поколения, ориентированные на сознательно-практический и сознательно-сопоставительный методы и реализующего идеи коммуникативного метода. Комплекс состоял из трех частей: вводного, элементарного и основного курса и имел четко выраженную коммуникативную направленность. В соответствии с принципом коммуникативности занятия с первых уроков проходили в условиях, максимально приближенных к естественным условиям общения. К каждой книге комплекса прилагалось пособие для преподавателя, содержащего общие и поурочные методические рекомендации, упражнения, аудиотексты. В дополнение к учебнику были выпущены пособия по обучению аудированию, говорению, чтению, письму, а также сопроводительный курс фонетики и сборник лингафонных лабораторных работ. Внедрение комплекса в учебный процесс, однако, вызвало некоторые сложности, связанные с необходимостью овладения преподавателями основами коммуникативного метода и их приверженности к другим методам, реализованным в привычных для них сознательно-практическим учебникам и пособиям.

Фрагмент учебника «Русский язык-2» , реализующего идеи коммуникативного метода, представлен в книге.

Опыт работы показал, что коммуникативные учебники, отражая некоторые идеи интуитивных и сознательных методов, при умелом использовании материалов учебника и приемов работы с ним в наибольшей степени были способны обеспечить практическую направленность обучения языку.

МЕТОД ПРОЕКТОВ КАК СРЕДСТВО РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ПОДХОДА В НЕЯЗЫКОВОМ ВУЗЕ

Абдулдаева Р.А.
КГМА им. И.К. Ахунбаева, Кафедра русского языка
Научный руководитель к.п.н. Молдокматова Н.Т.

В настоящее время главным условием образованности становится знание информационных технологий. Русский язык для студентов-медиков является не только средством межкультурного взаимодействия, инструментом межнационального общения и языком профессионального обучения, но и языком информационных технологий.

Новые информационные технологии способствуют активности студентов. Именно побуждение обучаемых к самостоятельности и к активности в получении новых знаний представляется основной

целью образования. В связи с этим в преподавании русского языка в неязыковых вузах большое распространение приобретает метод проектов.

Метод проектов способствует повышению мотивации учащихся при обучении русскому языку, активации самостоятельной работы учащихся, но главное – в основе проектной деятельности лежит сочетание теории с практикой, академических знаний с практическими умениями.

Метод проектов выступает средством реализации компетентностно-деятельностного подхода, так как он развивает способности к творчеству и самостоятельности, предусматривает не просто достижение того или иного результата, оформленного в виде конкретного практического выхода, но **организацию процесса достижения** этого результата.

Появившись в США в начале нынешнего столетия, метод проектной деятельности привлек внимание тем, что его создатели, Дж. Дьюи и его ученик Б.Х. Килпатрик, предлагали строить обучение через целесообразную деятельность ученика, подогревая его личный интерес в получении именно требуемого знания. Для этого необходима проблема, взятая из реальной жизни, для решения которой следует приложить полученные и новые знания. Задача преподавателя – подсказать источники информации или направить мысль учащихся в нужное русло для самостоятельного поиска.

В России метод проектной деятельности развивался параллельно с разработками американских педагогов под руководством русского педагога С. Т. Шацкого.

В КГМА им. И.К. Ахунбаева основным методом обучения всегда было сочетание теории с практикой. Поэтому использование метода проектов в преподавании русского языка студентам становится еще одним способом, поддерживающим и развивающим основополагающий метод обучения в медицинском вузе.

Как же применяется метод проектов на кафедре русского языка?

Существует несколько подходов в этом направлении:

- Изучение определенной лексико-грамматической темы сопровождается разнообразными видами работ: чтение, поиск нужной информации, просмотр фрагмента фильма на эту тему, создание презентации с использование Power Point, обсуждение за «круглым столом». Существуют специальные требования, которым должна соответствовать презентация:

- наличие иллюстрации на каждом слайде,

- текстовая информация в объеме 2-4 предложений;

- обязательное использование лексико-грамматического материала предыдущего занятия при составлении учащимися предложений;

- короткий, но понятный для студентов рассказ;

- чтение текста со слайда не разрешается.

При создании проекта используются все виды речевой деятельности: чтение, письмо, говорение и аудирование. Подобный род работы представляет собой подготовку к выступлению с докладом на конференции.

Обращение к традиционным лексическим темам на первом курсе («Многозначность, тавтология, плеоназмы», «Медицинские фразеологизмы», «Колебания в падежных формах», «Род сложносотавных существительных» и т.п.) предполагает возможность создания учащимися собственного проекта презентации на основе предложенной модели. На втором курсе предлагаются уже другие темы («Официально-деловой стиль речи», «Научный стиль речи», «Образование и использование медицинских терминов» и др.), а также создание моделей профессиональных диалогов, мини-инсценировок и небольшого фильма.

В процессе работы над презентацией студенты учатся планировать свою деятельность, распределять время по минутам, отбирать основную актуальную информацию, работать в сотрудничестве. Им придется распределить обязанности при подготовке своей презентации между членами своей подгруппы, учиться опираться на сильные стороны своей команды и обратить внимание на слабую сторону.

Оценивание происходит по результатам работы всей команды. Все члены подгруппы должны участвовать в работе над проектом и у всех есть конкретное поле деятельности. Если кто-то один не сумел выполнить полученное задание, то вся группа не сможет защитить свой проект. Поиск материала, создание стенгазеты (подбор информации в интернете или в газетах и журналах, создание текста, подбор иллюстраций). Итогом работы является стенгазета, связанная с культурой речи, определенной темой занятия; создание мини-текстов, с употреблением медицинской и научной

терминологии, диалогов на профессиональные темы, а самое главное, создание презентаций на 5-7 минут по заданной теме.

Применение метода проектов дает возможность преподавателю выявить в созданных подгруппах неформальных лидеров; получить достоверную информацию об истинных знаниях, умениях, навыков студентов и, соответственно, понять их реальные возможности в данной форме работы, а также пути повышения их мотивации.

Метод проектов выступает средством реализации компетентностно-деятельностного подхода, так как он развивает способности к творчеству и самостоятельности.

Представленные выше варианты обучения студентов-медиков с использованием метода проектов являются лишь одним из способов внедрения инновационных технологий в учебный процесс.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛИНГВИСТИКЕ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ КЫРГЫЗСКОГО ЯЗЫКА

Чолпон Есенамановна Бешкемпирова
Преподаватель, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
cerise.207@gmail.com

В данном исследовании в рамках кыргызского языка рассматриваются черты и различия когнитивной лингвистики, лингвокультурологии и социолингвистики. Представленный обзор показывает, что социолингвистика, лингвокультурология и когнитивная лингвистика обнаруживают сходные черты: стремление к исследованию концептов и картины мира, понятий «язык – человек – их взаимодействие» и с другой стороны факт разграничения этих понятий.

Ключевые слова: концепт, когнитивная лингвистика, лингвокультурология, картина мира, познание, социолингвистика.

КЫРГЫЗ ТИЛИНИН ПРИЗМАСЫ АРКЫЛУУ ЛИНГВИСТИКАДАГЫ НЕГИЗГИ БАГЫТТАР

Бул макалада кыргыз тилинин материалында когнитивдик лингвистикада, лингвокультурологияда жана социолингвистикада болгон айырмалар каралат. Когнитивдик лингвистикада, лингвокультурологияда жана социолингвистикада окшош көрүнүчтөрдү: концепттерди жана дүйнөнү түшүнүүнү изилдөө, «тил – адам – алардын өз ара аракеттенүүсү» түшүнүгү, башка жагынан бул факттарды айырмалоо көрсөтүлөт.

Маанилүү сөздөр: концепт, когнитивдүү лингвистика, лингвокультурология, дүйнөнү түшүнүү, таануу, социолингвистика.

THE MAIN DIRECTIONS IN LINGUISTICS THROUGH THE PRISM OF THE KYRGYZ

The article describes on the materials of Kyrgyz language the features and differences of cognitive linguistics, linguaculturology and sociolinguistics.

The presented review shows that sociolinguistics, linguaculturology and cognitive linguistics reveal similar features: the desire to explore concepts and pictures of the world, the concepts of "language - person - their interaction" and on the other side the fact of the distinction between these concepts.

Key words: concept, cognitive linguistics, linguaculturology, sociolinguistics, picture of the world, cognition.

Ученых-лингвистов в современном мире привлекает не только язык сам по себе в отрыве от его носителя и реальной жизни, а отражение в языке общечеловеческих, национальных, культурных и индивидуальных качеств говорящего, функционирование языка в процессе каждодневного общения, его роль в общественной жизни людей. Анализируется человек в языке и язык в человеке.

Развивается целый ряд направлений в языкознании. Мы остановимся на трех – когнитивной лингвистике, лингвокультурологии и социолингвистике. Во всех этих направлениях ведущим термином стал когнитивный термин «концепт». Люди мыслят концептами, кодируемыми единицами

этого особого ментального кода, который имеет чувственно-образный характер. Концепт – принадлежность сознания человека, глобальная единица мыслительной деятельности [4].

Когнитивная лингвистика изучает язык как когнитивный механизм, играющий роль в кодировании и трансформации языка. Цель когнитивной лингвистики – понять, как осуществляются процессы восприятия, категоризации, классификации и осмысления мира, как происходит накопление знаний, какие системы обеспечивают различные виды деятельности с информацией [2, с 132]. В последнее время лингвисты разграничивают когнитивный концепт и лингвокультуральный концепт. В своих работах Г.Г. Слышкин разграничивает эти понятия следующим образом: для когнитивиста одному концепту соответствует одна языковая единица; для лингвокультуролога концепт обладает свойством полиаппелируемости – может реализовываться при помощи целого ряда единиц языка, концептами являются лишь абстрактные сущности [6, с 22]. В когнитивной лингвистике структурируют концепты, системно организовывают и устанавливают взаимосвязи, тогда как лингвокультурологи в основном пытаются установить ценностные ориентиры общества.

Лингвокультурология – комплексная научная дисциплина, возникшая на стыке лингвистики и культурологии, изучающая взаимосвязь и взаимодействие культуры и языка в его функционировании и исследующая этот процесс как целостную структуру единиц в единстве их языкового и внеязыкового содержания при помощи системных методов и с ориентацией на современные приоритеты, отражающую новую систему ценностей [1, с 4].

Для лингвокультурологии, также, как и для когнитивной лингвистики, характерны концептуальные исследования. В лингвокультурологии концепт мыслится как «культурно-ментально-языковое» образование, своего рода «сгусток культуры в сознании, то, в виде чего культура входит в ментальный мир человека, тот «пучок» представлений, понятий, знаний, ассоциаций, который сопровождает слово [5, с.14].

Если в британском-английском выделяют 16 названий для видов дождя, так как это типичная погода в Великобритании, жители этой страны могут различать небольшие различия в осадках. То кыргызском языке З.К. Дербишева в своих трудах выделила более 90 видов горных ландшафтов. Кыргызстан горная местность и обитателям важен характер горной впадины, ввиду особенностей ведения кочевого хозяйства и скотоводства. Эту структуризацию изучает когнитивная лингвистика, тогда как интерпретационные сегменты изучает лингвокультурология. Можно выделить концепты, которые являются «ключами» понимания окружающего мира – философские, мировоззренческие, индивидуальные, религиозные, культурные и так далее.

Соматические концепты кыргызского языка можно структурировать на интерпретационные сегменты: «Соматика – внутренне и внешнее состояние человека» в которых можно заметить, что некоторые органы воспринимаются не в той функции, которую они выполняют: «боору ооруду» (испытать жалость к кому-то, буквально: заболела печень от жалости) – печень как орган чувств, «жүрөк айланды» (испытывать чувство тошноты, буквально: сердце закружилось), «жүрөккө тийди» (испытывать чувство перенасыщения каким-то продуктом или событием, буквально: коснулось сердца) – сердце как орган пищеварения. Или «Соматика – поведение человека, характеристика»: «колу кыска» (невозможность предпринять какие-либо меры из-за неимения власти или средств, буквально: руки коротки), бети жок (бесстыдство, буквально: нет лица), ичи таар (чувство жадности передается понятием тесноты внутри тела).

Некоторые выражения имеют синонимичные ряды, в определенной ситуации человек использует одну форму, в другой ситуации, в зависимости от эмоционального состояния, другую форму. Но когда и почему мы делаем такой выбор изучает наука социолингвистика.

Социолингвистика становится все более важной и популярной областью изучения, поскольку некоторые культуры во всем мире расширяют свою коммуникационную базу, а межгрупповые и межличностные отношения приобретают все большее значение. Социолингвистика изучает причинные связи между языком и фактами жизни, различные социальные диалекты языка. Основное понятие, лежащее в основе социолингвистики, довольно просто: использование языка символически представляет фундаментальные измерения социального поведения и взаимодействия человека. Идея проста, но способы, которыми язык отражает поведение, часто могут быть сложными и тонкими. Кроме того, отношения между языком и обществом влияют на широкий круг встреч - от международных отношений на широкой основе до узких межличностных отношений. Социолингвисты могут исследовать языковые отношения среди больших групп населения на национальном уровне.

Внимание социолингвистов фокусируется на ситуациях и использовании языка как самостоятельной деятельности. Изучение языка в его социальном контексте довольно много говорит нам о том, как мы организуем наши социальные отношения в рамках определенного сообщества. Обращаясь к человеку как «байке», «аксакал», «аке», «ава», «ага», «үкө», «доске», «жигит» или по имени, на самом деле речь идет не о простом словарном выборе, а о взаимоотношениях и социальном положении говорящего и адресата или диалектном различии.

Под пристальным вниманием социолингвистов так же оказываются такие явления, как люди управляют своим языком в зависимости от их культурного происхождения и целей взаимодействия. Социолингвисты могут исследовать такие вопросы, как разговоры смешанного пола отличаются от разговоров одного пола. Например, мужчина при обращении к мужчине использует слово «доске», но никак не «джигит», тогда как женщины предпочтут использовать «чоң жигит» или «байке» вместо других слов. Выбор обращения также зависит от статуса человека, к которому обращаются. Обращение «аксакал» используется только к уважаемым мужчинам в возрасте.

Точно так же, использование альтернатив предложений, таких как «нанды берип ийчи», «нанды мен жака жылдырып койгулачы», или «бул тамакты нан менен жесе жакшы», не является вопросом простой структуры предложения; выбор включает культурные ценности и нормы вежливости, уважения и статуса. Подходя к языку как к социальной деятельности, можно сосредоточиться на выявлении определенных закономерностей или социальных правил ведения беседы. Можно, например, описать правила открытия и закрытия разговора, как вести разговор по очереди или как рассказать историю или шутку.

Представленный обзор показывает, что когнитивная лингвистика, лингвокультурология и социолингвистика обнаруживают сходные черты, все они изучают «язык–человек–их взаимодействие» и стремление к исследованию концептов и картины мира, а также разграничение этих понятий.

Литература

1. Воробьев В.В. Лингвокультурологическая парадигма личности. М., 1996.
2. Яимурзина Р.Р. Когнитивная лингвистика и лингвокультурология: черты и различия. Уфа 2014.
3. Wolfram W. Sociolinguistics [Электронный ресурс] Linguistic Society of America URL: https://www.linguisticsociety.org/resource/sociolinguistics (дата обращения 14.03.2019).
4. Стернин И.А. Основные направления и перспективы развития когнитивных исследований в Кыргызской Республике /М.Дж.Тагаев, У.Дж.Камбаралиева// Вестник КРСУ Б.2015 Том 15 №2.
5. Степанов Ю.С. Константы: словарь русской культуры. М.: Академический проект, 2001.
6. Слышкин Г.Г. Лингвокультурные концепты и метаконцепты: дис. Д-ра филол.наук. Волгоград, 2004

ТРУДНОСТИ И ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РУССКОГО ЯЗЫКА ИНОСТРАННЫМИ СТУДЕНТАМИ

Асбаб Ахсан Адби, Верма Авинаш
КГМА им. И.К. Ахунбаева
Студенты 1 курса, группа 11, Факультет ЛДИГ

Анотация. В статье рассматриваются некоторые трудности с которыми сталкиваются студенты – иностранцы во время изучения русского языка. Авторы рассказывают о том, каким образом они их преодеолевают.

Ключевые слова: *произношение, ударение, суффиксы, сочетания, фразы, диалоги.*

ОРУС ТИЛДИ ЧЕТ ЭЛДИК СТУДЕНТТЕРДИН ҮЙРӨНҮҮ КЫЙЫНЧЫЛЫКТАРЫ ЖАНА АЛАРДЫ ЧЕЧҮҮ ЖОЛДОРУ

Асбаб Ахсан Адби, Верма Авинаш
И.К. Ахунбаев атындагы КММА, Орус тили кафедрасы
Чет өлкөлүк жарандар үчүн дарылоо иши факультети 1-курсунун студенттери

Аннотация. Бул макалада чет элдик студенттерин орус тил үйрөнүү учурунда кездешкен кыйынчылыктар каралат. Авторлор ал кыйынчылыктардан кантип өткөндүгү жөнүндө айтып беришет.

Негизги сөздөр: *айтуу, басым, суффикстер, тактооч айкалыштары, сөз айкаштары, диалогдор.*

DIFFICULTIES AND THEIR OVERCOMING IN THE STUDY OF THE RUSSIAN LANGUAGE BY FOREIGN STUDENTS

Asbab Ahsan, Verma Avinash
KSMA named after I.K. Akhunbaev, Department of Russian language
General medicine for foreign citizens

Anotation. The article discusses the difficulties Foreign students are facing with while studying Russian language. The authors describe how they overcome it.

Key words: *pronunciation,stress, suffixes, combinations, phrases, dialogues.*

В первый раз мы услышали русскую речь, когда прилетели в Кыргызстан. Мы подумали, что никогда не научимся говорить по – русски. Очень трудный язык. Наш преподаватель сказала, что на первых занятиях мы будем говорить по-английски, а потом - только на русском.

Первые трудности возникли при изучении алфавита. Мы путали русский звук /в/ с английским звуком /би/, /р/ произносили как /пи/, одинаково произносили звуки /с/ и /ш/.

Но упражнения на эти звуки помогли нам в правильном произношении и прочтении. Преподаватель показывала нам рисунки, которые начинались с этой буквы, называла их сама, а после неё – мы. Например:

Проговаривали чистоговорки, например:

Ра-ра-ра - начинается иг**ра** **Жа-жа-жа** – четыре эта**жа**.
Ри-ри-ри – на рисунок посмот**ри** **Же-же-же** – шарик в лу**же**.
Ро-ро-ро – принеси вед**ро** **Жи-жи-жи** – мои лы**жи**
Ру-ру-ру - мы купили мишу**ру** **Жу-жу-жу** – маму ви**жу**.

А еще мы вспоминали и называли имена, которые начинались с этой буквы: Рахул, Ритеш, Раджу, Рома, Руслан, Рия, а потом заучивали стихотворение

- Как тебя зовут?
- Меня зовут Руслан.
- Как его зовут?
- Его зовут Риан.
- Как её зовут?
- Её зовут Рахат
- Как меня зовут?
- Тебя зовут Рунат.

Очень трудно понять отчего одинаковые слова обозначают разные понятия: писАть – пИсать.

Оказалось, что в этих словах ударение на разных слогах. И от ударения зависит значение слова: мо**И** руки - м**О**й руки, падеж, число: гОловы (им.п., мн.ч.), головЫ (род.п., ед.ч.).

- Всегда ударными бывает суффикс прилагательных - **ическ** (*биологический, хирургический, стоматологический*) [1];

- суффиксы глаголов - **ти** (*идти, расти, нести, везти*);

- всегда ударное окончание – **ой** в прилагательных, числительных, местоимениях (*молод**ой**, больш**ой**, плох**ой**, втор**ой**, шест**ой**, как**ой**, так**ой***);

- **у** в существительных мужского рода, единственного числа, предложного падежа (в лес**у**, в нос**у**, на шкаф**у**, в глаз**у**, на мост**у**);

- **а** в существительных мужского рода, множественного числа именительного падежа (глаз**а**, доктор**а**, паспорт**а**, город**а**).

Эти правила мы запоминаем в ходе выполнения специальных упражнений. На каждом занятии мы записываем в словари 7-8 новых слов, в которых уже проставлено ударение и объяснено значение.

Трудно понять какого рода существительные в русском языке, потому что в английском языке от рода не зависят окончания слов.

Нам объяснили, что все имена женского пола и слова с окончаниями **-а/-я** относятся к женскому роду.

Мужской род – это слова, которые оканчиваются на **любой согласный.**

Средний род имеет окончания –**о/е** [2].

Запомните! *Memorize!*

Единственное число/ *Singular*

Женский род (*Female*): (-А, -Я): мам**а**, книг**а**, ручк**а**, больниц**а**, семь**я** (*family*), библиотек**а** (*library*), улиц**а***(street),* фамили**я** *(surname),* анатоми**я** *(Anatomy), рук**а** (hand), медсестр**а** (nurse), аптек**а** (medical store),* маз**ь** (*ointment*), болезн**ь** (*disease*),

Мужской род (*Male*): (-Й) + слова, которые оканчиваются на согласный: стол, пол (*floor*), глаз (eye), студент, музе**й** (*museum*), *череп (scalp)* анализ (*analysis*), шприц *(syringe),* скальпель *(scalpel),* ЛОР *(ENT),* хирург *(surgeon).*

***Exclusion*!!!** Папа, дядя (*uncle*).

Средний род (*Neuter*): (-О, -Е): окн**о**, зеркал**о** (*mirror*), слов**о** *(word),* мор**е** (*sea*), лекарств**о** (*medicine*), общежити**е** (*hostel*), письм**о** (*letter*), сердц**е** (*heart*).

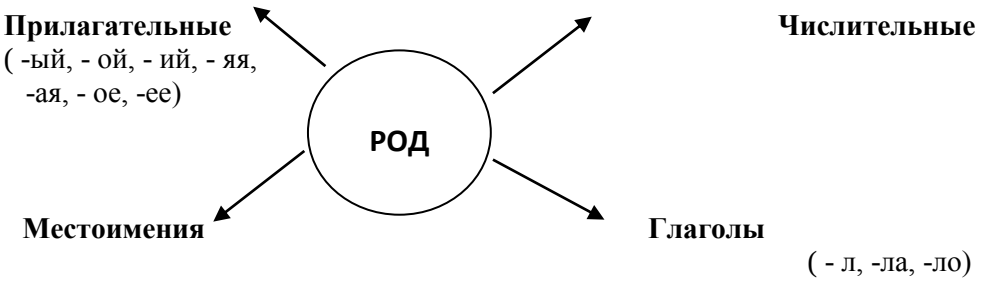
-

Также необходимо запомнить исключения, когда слова оканчиваются на мягкий знак (**ь**) в муском и женском родах. Например:

Женский род (*Female*)	**Мужской род (*Male*)**
Тетрадь / *copybook*	**Словарь** /*vocabulary*
Кость / *bone*	**Гость** /*guest*
Ладонь/ *palm*	**Скальпель** /*scalpel*
Бровь / *eyebrow*	**Сентябрь** / *September*

Вспомогательными словами для определения рода являются прилагательные, глаголы прошедшего времени, числительные, местоимения [3].

Обратите внимание на схему:



Например: Пришё**л** мо**й** перв**ый** любим**ый** учитель Иван Петрович.

Мы хотели сразу заговорить на русском языке, но сразу не получалось. Сначала учили слова, потом сочетания (*студент - умный студент - студент медицинской академии*; потом фразы (*это студент медицинской академии*), а после фраз - предложения (*этот студент учится в медицинской академии. Он умный.*

Учились отвечать на вопросы прподавателя и задавали вопросы друг другу:

- Какое сегодня число? Какая погода? Как Ваше здоровье? Что Вы ели на завтрак? Это твоя тетрадь?

А после вопросов читали диалоги, дополняли диалоги, учились вести диалоги, например:

****

Насим: Здравствуйте!

Моника: _____

Насим: _____

****

Нина: _____

Айша: Добрый день!

Нина: Как вас зовут?

Моника: Спасибо, хорошо**. _____**
Насим: Спасибо, я тоже хорошо.
Моника: **_____?**
Насим: Я приехал из Индии. _____?
Моника: **_____.**

Айша_____
Нина: Приятно познакомиться!
Айша:_____
Нина: Пока!
Айша:_____

Читали и пересказывали тексты. Играли в ролевые игры. Посмотрите мы играем в игру «Посещение ресторана», а вот «Покупки на рынке».

Нам нравится русский язык, наши преподаватели, нам нравится Бишкек, погода и медицинская академия.

Список литературы:

1. Арбатова Е.А. Правила русского языка в таблицах и схемах / Е.А. Арбатова. – СПб.:ИД «Литера», 2012.-256с.
2. Соронкулова А.Г. Пособие по русскому языку для иностранных студентов - медиков “Говорим по-русски”. / А.Г. Соронкулова. – Б., 2016.-117с.
3. Хамраева Е.А. Давайте познакомимся. Русский язык как иностранный: учебник для начинающих / Е.А. Хамраева, Э.И. Иванова. - М.: Дрофа, 2009. – 127с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РОЛЕВЫХ ИГР НА ЗАНЯТИЯХ ПО АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ

Замалетдинова Галия Сарасовна
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра иностранных и латинского языков, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: *В статье рассматривается метод ролевых и деловых игр, позволяющий непосредственно включить процесс обучения иностранному языку в модель будущей трудовой деятельности студентов и аспирантов медицинского вуза. Задания ролевых игр, связанные с профессиональной деятельностью студентов-медиков и аспирантов медицинских специальностей, поднимают интерес к изучению иностранного языка, усиливают его личностную значимость, приближают учебный процесс к реальному общению.*

Ключевые слова: метод ролевых и деловых игр, обстановка реального общения, коммуникативные навыки, профессиональная иноязычная коммуникативная компетенция.

МЕДИЦИНАЛЫК ЖОЖДО СТУДЕНТТЕРГЕ АНГЛИС ТИЛИН ОКУТУУДАГЫ РОЛЬ ОЮНДАРЫ

Замалетдинова Галия Сарасовна
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
Чет тили жана латын тили кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Аннотация. Медициналык ЖОЖдун студенттеринин жана аспиранттарынын келечек эмгек ишкердигинин моделине чет тилин окутуунун журушун тикеден-тике киргизууго мумкундук берген роль жана ишке байланыштуу оюндардын ыкмасы каралат. Медициналык адистиктеги студент-медиктердин жана аспиранттардын кесиптик ишкердигине байланыштуу роль роль оюндарынын тапшырмалары англис тилин уйронууго кызыгууларын которот ,окуунун журушун анын каттышуу-мамилелерге жакындатат.

USING ROLE GAMES ON ENGLISH CLASSES

Zamaletdinova Galiya Sarasovna
Kyrgyz State Medical Academyn.a. I.K. Akhunbaev
Department of Foreign and Latin Languages, Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: *The article discusses the method of role-playing which allows the including of foreign language learning in the model of the future work of medical students and post-graduates. Role-playing related to the doctor’s professional activities raises interest in foreign language learning, increases its personal importance, bring the educational process to the real communication.*

Keywords: method of role-playing, real communication, communication skills, foreign language professional communicative competence.

Знание иностранного языка является одним из показателей компетентности профессионала высокого уровня, что, в свою очередь, вносит некоторые особенности в курс и методику преподавания иностранного языка в медицинском вузе. Иностранный язык становится средством повышения уровня знаний в рамках своей специальности и формирования профессиональной иноязычной коммуникативной компетенции студента-медика. Одним из эффективных путей формирования данной компетенции посредством активизации обучения является метод ролевых и деловых игр, позволяющий непосредственно включить процесс обучения иностранному языку в модель будущей трудовой деятельности студентов.

Проблема применения ролевых и деловых игр в обучении иностранному языку находит широкое освещение в отечественной литературе. (Е.П. Белкина, Г.С. Демидова, Г.А. Китайгородская, Б.Г. Полесюк, Р.С. Солдатов и др.). Анализ работ перечисленных авторов, а также многолетний опыт работы в неязыковом вузе позволили сделать вывод о больших потенциальных возможностях, заложенных в ролевой игре, и принципиальной целесообразности ее использования в процессе преподавания иностранного языка.

Для того, чтобы научить иностранному языку как средству профессионального общения, необходимо создать на занятии обстановку реального общения, активно использовать иностранный язык в живых, естественных ситуациях. И помочь в этом может ролевая игра, которая активизирует речевую деятельность участников, так как «погружает» в ситуации, где необходимость что-то сказать, спросить, доказать, обсудить — просто неизбежна. В процессе ролевой игры внимание постоянно сфокусировано на развитие речевых знаний, умений и навыков, причем это касается не только говорящего, но и слушающего, так как ему необходимо реагировать на реплики собеседника. Очень важно, чтобы в процессе игры происходило обогащение словарного запаса, автоматизация применения разговорных клише, развивались коммуникативные навыки, тренировалась память, воспитывалось уважение к культуре изучаемого языка.

Ролевая игра в обучении иностранному языку выполняет определенные функции:

— мотивационно-побудительную функцию: побуждает участников игры к осуществлению коммуникации на иностранном языке;

— обучающую функцию: способствует развитию языковой (использование определённых лексических единиц, грамматически верно строить высказывания), речевой (формирование навыков общения), прагматической (развитие навыков выбора стратегии коммуникации в соответствии с установленной ситуацией) компетенций;

— воспитательную функцию: готовность к включению к разным видам деятельности, формирование активности, взаимопомощи, самостоятельности, умению отстаивать свою точу зрения.

Обучать общению на иностранном языке в неязыковом вузе, где преподаватель сталкивается с рядом объективных трудностей — задача сложная. Занятия с первокурсниками показывают, что треть студентов испытывают трудности при общении из-за отсутствия необходимой информации, неумения строить программу выступления, выражать мысли языковыми средствами. При обучении диалогической речи на начальных этапах обучения иностранному языку используются диалоги-образцы, которые дают студенту четко понять, высказывания какого характера ему необходимо использовать при составлении реплик, и не ограничивают его в выборе смысловой наполненности диалога. Для более продвинутых этапов актуально обучение диалогической речи на основе пошагового составления диалога или посредством создания ситуации общения, приближенной к реальной, т.е. ролевой игры. В процессе формирования профессиональной иноязычной компетенции нами использовался метод коммуникативных заданий, основанный на тождественности процессов обучения и коммуникации:

Образец выполнения задания в форме полилога (1):

1. Work in pairs. Write the first half of a conversation between a doctor and a patient. Write about the patient's symptoms only.

Hello, Mr. Brown. What seems to be the problem?

Well, I haven't been feeling very well recently. I've got...

2. Swap papers with another pair. Write the rest of the conversation. Suggest treatment for the patient's symptoms.

3. Practise the conversation in pairs until you can remember it.

4. Work in groups of four. Take turns ***to role-play the conversation*** for the students who wrote the beginning. Do you agree with the other pair's suggestions for treatment?

Практическая направленность ролевых игр приобретает особое значение в медицинском вузе, где иностранный язык изучается применительно к профессии, поэтому на втором этапе обучения ролевые ситуации максимально приближены к будущей профессии. Задания ролевых игр, связанные с профессиональной деятельностью студентов, поднимают интерес к изучению иностранного языка, усиливают его личностную значимость, приближают учебный процесс к реальному общению.

Использование ролевой игры в обучении профессиональному иноязычному общению в неязыковом вузе предполагает: 1) создание игровой ситуации, воспроизводящей профессиональную деятельность специалистов; 2) определение ролей, необходимых для решения профессиональных проблем; 3) соблюдение правил профессионального поведения, заложенных в роли; 4) определение логики действий при проигрывании роли; 5) критическое отношение к исполнению взятых на себя ролей и выполнение их участниками игры; 6) включение собственных элементов ролевого поведения; 7) вывод игры за пределы одной профессиональной ситуации; 8) концентрацию внимания участников игры на коммуникативном использовании единиц языка, а не на обычной практике закрепления их в речи.

По мнению большинства методистов, в ролевой игре выделяются три этапа: *подготовительный, собственно игра и заключительный*. При этом подготовительный этап предусматривает знакомство с ролевой ситуацией, деление участников на группы, подгруппы, распределение ролей и раздачу ролевых карточек. На заключительном этапе в аудитории проводятся: а) обсуждение ролевой игры (оценка преподавателем коммуникативной деятельности каждого участника); б) дискуссия по данной или близкой ролевой игре проблеме.

Ролевая игра, являясь коммуникативным упражнением, гармонично вписывается в занятия по иностранному языку в медицинском вузе. Мы считаем общими целями деловых игр в медицине погружение студентов в атмосферу интеллектуальной деятельности, предельно близкую к профессиональной практической работе врача и формирование оптимального психологического климата общения с больными и коллегами по работе. Так, например, студентам предлагалось разыграть ситуации, где они выполняли роли врачей, пациентов, работников регистратуры и т.д. Подобные игры были проведены по темам: «На приеме у врача», «В поликлинике», «Вызов врача на дом», «Обсуждение диагноза двумя врачами» и т.д. Ситуации, моделируемые в ролевой игре, позволяют приблизить речевую деятельность на занятиях к реальному, в нашем случае, профессиональному общению, что соответствует основному принципу коммуникативного подхода.

Образец выполнения задания (2):

Study this extract from a case history. Then work in pairs.

Case 1: Miss Taylor is 45-year-old school teacher, who came to the clinic because of a persistent headache. Physical examination revealed the BP to be 200 100. The funduscopic examination showed arterial spasm, old hemorrhages and exudates. Lungs were clear. Liver is not palpable. Femoral arteries were normal. Sistolic murmur was noted at the apex. She also had done ECG investigation.

A*: Play the part of the patient. Base your replies on the information given in this extract.*

B: *Play the part of the doctor. Find out what the patient is complaining of.*

Для создания ролевых ситуаций преподаватель может использовать текст, фотографии, рисунки или даже фрагменты видеоматериалов. В слабых группах можно предложить список нужных выражений.

Образец выполнения задания (3):

Say what has happened to the patient on the basis of illustrations and the situation.

Situation № 1.

Look at the picture. There are two children in the street, the wind is blowing, the thermometer shows −30°C. One of them has got a cap, another hasn't got it. Say:

- what disease the little girl can have;
- what complications can be caused;
- how long she can stay in bed;
- what kind of medicines can be required?

Во время ролевой игры надежно закрепляются полученные знания, открываются возможности приближения процесса обучения к соответствующим реальным условиям деятельности дипломированных врачей. Ролевые игры направлены на выработку профессионально-ориентированных знаний и умений в процессе решения самими обучаемыми различных проблемных ситуаций. Ролевая игра может быть ступенью к деловой игре на более высоком уровне (проведение экстренного совещания в кабинете главврача, медицинская конференция, дискуссия по актуальным

проблемам конкретной области медицины и т. д.). Деловая игра — это еще одна эффективная форма обучения иностранному языку, где моделирование в игре приближено к реальным условиям профессиональной деятельности, имеется конфликтная ситуация и обязательная совместная деятельность участников игры, выполняющих определенные роли.

Мы считаем деловую игру эффективным приёмом обучения иностранному языку, целью которого является формирование комплекса знаний и умений выработки стратегии и тактики профессионального общения [4]. Данный вид игры позволяет в учебных целях имитировать реально существующие процессы, явления, события характерные для работы врача в поликлинике, в машине скорой помощи, в приемном отделении, в палате больницы. Таким образом, в процессе деловой игры студенты могут проявить себя компетентными специалистами, принимать адекватное решение в сложившейся игровой ситуации.

Метод деловых игр, направленный на обучение профессиональному общению, имеет ряд особенностей: деловая игра должна базироваться на реальном речевом материале, отражающем конкретную ситуацию общения в профессионально-трудовой сфере; здесь преобладает момент самообучения над обучением; существенный момент в деловой игре — ее проблемность. В деловой игре одними из ведущих являются принципы совместной деятельности и диалогического общения участников, последовательная реализация которых обеспечивает активное развертывание содержания этой игры. В деловой игре участники самоутверждаются не только как личности, но и, прежде всего, как специалисты в своей области трудовой деятельности.

Мы полагаем, что использование деловой игры при обучении иноязычному общению осуществляется, как правило, на завершающем этапе обучения иностранному языку, а именно при обучении аспирантов, когда момент самообучения преобладает над обучением, Это происходит потому, что преподаватель иностранного языка некомпетентен в вопросах специальности обучаемых (в одной группе могут быть аспиранты, обучающиеся по различным направлениям и специальностям) и он не может без их помощи грамотно составить деловую игру и оценить ее коммуникативные (а не языковые) результаты. Поэтому аспиранты привлекаются как к составлению деловой игры, так и к оценке ее по параметру: достигнута коммуникативная цель или нет. Преподаватель может дать оценку лишь корректности речи с точки зрения норм языка. Примером такой деловой игры является игра — «сотрудничество»: достижение договоренности между российской и зарубежной клиникой о совместном проекте телемедицины. В деловой игре — «консилиум» участники игры назначаются на роли разных врачей-специалистов (терапевта, хирурга, гинеколога и т.д.), но это опять не принципиально, ибо главной ролью для участников медицинской клинической игры является роль врача. Участие обучаемых в организации и проведении деловой игры активизирует их мыслительную деятельность, повышает творческую активность, так как позволяет им на деле применить свои знания иностранного языка. Достижение успеха в ролевой игре зависит в большей мере от знания иностранного языка, что стимулирует интерес к иностранному языку как учебному предмету, способствует возникновению желания расширить свои возможности в его использовании.

Следует отметить, что во время ролевых и деловых игр происходит обучение языку через квазипрофессиональную деятельность, а специальности — через язык. Основными целями обучающих игр являются: развитие у студентов культуры профессионального взаимодействия, овладение приемами вербальной и невербальной коммуникации и методами решения проблем, возникающих в профессиональной деятельности [3]. Ведь на английском языке будущий врач может общаться не только с помощью Интернета, но и с потенциальным англоговорящим пациентом. В связи с тем, что во многие медицинские учреждения нашей страны обращаются англоговорящие пациенты, актуальной потребностью для врача является умение провести опрос больного на английском языке. На занятиях по иностранному языку студентам-медикам предлагается «опросник», разработанный совместно с аспирантами, на основе которого проводятся ролевые игры. Участие в ролевых и деловых играх и видеозаписи, сделанные на занятиях, помогают студентам оценить себя как будущих специалистов, самостоятельно проанализировать возможное поведение в ситуациях, связанных со своей будущей специальностью, овладеть навыками профессиональной этики и элементами рефлексивной культуры.

Итак, как показали наши исследования, введение на занятиях по иностранному языку цикла уроков по обучению деловому профессиональному общению, подготовленных по запросам будущих специалистов-медиков, вызывает повышенный интерес к усвоению материала, интенсифицирует

и модернизирует процесс обучения, который имеет ярко выраженную профессиональную направленность.

Опыт использования ролевых и деловых игр в процессе обучения иностранному языку студентов медицинского вуза позволил сформулировать ряд позитивных моментов:

— повышается интерес к занятиям, появляется мотивация к дальнейшему изучению языка, к освоению новой профессиональной лексики;

— возникает больший интерес к проблемным ситуациям, которые моделируются и разыгрываются на занятиях;

— происходит усвоение информации, основанной на конкретных примерах, что способствует формированию у участников игры умений принятия конструктивных решений;

— накопленный в процессе игры опыт дает возможность оценивать возможные реальные ситуации;

— и таким образом, происходит формирование всех компонентов профессиональной иноязычной компетенции.

Таким образом, игровые технологии являются тем педагогическим инструментом, который способен, с одной стороны, снять языковой барьер, а с другой стороны, интенсифицировать процесс обучения, сделать его активным, плодотворным, приближенным к естественному процессу коммуникации на иностранном языке. Все вышеуказанное содействует формированию профессионально значимой иноязычной коммуникативной компетенции будущих специалистов медицинского профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белкина, Е.П. Использование ролевых игр при обучении иностранному языку студентов неязыковых направлений подготовки [Текст] / Е. П. Белкина // Филологические науки. Вопросы теории и практики. — 201 3. — № 6–1 (24). — С. 36–39.

2. Демидова, Г.С. Ролевая игра на уроках иностранного языка [Электронный ресурс] / Г.С. Демидова // Социальная сеть работников образования. — Режим доступа: http://nsportal.ru/shkola/inostrannye-yazyki/library/2012/02/12/rolevaya-igra-naurokakh-inost-rannogo-yazyka

3. Китайгородская, Г.А. Методика интенсивного обучения иностранным языкам: Учеб. пособие. 2-е изд., испр. и доп. — М.: Высшая школа, 1986. — 221 с.

4. Полесюк, Р. С. Об эффективности использования игры при обучении иностранному языку [Текст] / Р. С. Полесюк // Вестник кемеровского государственного университета. — 201 2. — № 4. — С. 275–278.

5. Солдатов, Б. Г. Формирование профессионально-ориентированной иноязычной коммуникативной компетенции: современные технологии и методы обучения [Текст] / Б.Г. Солдатов, Н.В. Солдатова // Актуальные проблемы современного профессионального образования: Междунар. науч. конфер.-форум, Екатеринбург, 06 июня 2014 года : материалы конференции / Рос. гос. проф.-пед. ун-т, Ин-т лингвистики. — Екатеринбург, 2014. — С. 60-68.

ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК И МЕДИЦИНСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ – НЕОТЪЕМЛЕМЫЙ ЭЛЕМЕНТ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Дюшекеева А.К., Көлбаева М.Ж.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева

Кафедра иностранных и латинского языков, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Данная статья описывает значение латинского языка для студентов-медиков, как формирующей основы профессионального терминологического языка.

Ключевые слова: латинский язык, терминология (медицинская, анатомическая, фармацевтическая, клиническая).

ЛАТЫН ТИЛИ ЖАНА МЕДИЦИНАЛЫК ТЕРМИНОЛОГИЯ - МЕДИЦИНА АДИСТИГИН ОКУТУУДАГЫ МААНИЛҮҮ ЭЛЕМЕНТИ

Дюшекеева А.К., Көлбаева М.Ж.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы

Чет тилдер жана латын тили кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада медициналык студенттер үчүн кесиптик терминологиялык тилдин негизин түзгөн латын тилинин маанилүүлүгү сүрөттөлөт.

Негизги сөздөр: латын тили, терминология (медициналык, анатомиялык, клиникалык, фармацевтикалык).

LATIN LANGUAGE AND MEDICAL TERMINOLOGY IS AN ESSENTIAL ELEMENT OF MEDICAL SPECIALTY EDUCATION.

Duishekeeva A.K., Kolbaeva M.J.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Foreign and Latin languages, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: This article describes the meaning of the Latin language for medical students as a forming basis of a professional terminological language.

Key words: Latin language, terminology (medical, anatomical, clinical, pharmaceutical).

Профессионально ориентированная дисциплина «Латинский язык и медицинская терминология» является неотъемлемым элементом обучения любой медицинской специальности. Усвоение данной дисциплины в рамках базового медицинского образования способствует формированию терминологически грамотного специалиста и его профессиональной языковой культуры.

Настоящая работа является доказательством того, что формирование необходимой базы знаний латинских терминов и специальных понятий имеет большое значение в медицинских дисциплинах.

Изучение латинского языка играет значимую роль при подготовке будущих медицинских специалистов. Особое значение придается изучению латинского языка, как языка, необходимого в практической деятельности специалиста-медика, так как с первых занятий студенты встречают специальные понятия на латинском языке.

Профессиональный язык образуется в основном из системы терминов. Дисциплина «Латинский язык и основы медицинской терминологии» включает три терминологических цикла:

1) терминология анатомии и гистологии;
2) терминология клинических дисциплин;
3) фармацевтическая терминология с номенклатурой лекарственных средств.

Для того, чтобы понять суть фундаментальности анатомии и гистологии; для изучения основ фармакологической терминологии: общая рецептура – основной раздел фармакологии, и состав лекарства, наименования, лекарственные формы, способы приготовления и выдачи; для корректного составления клинического термина: названия болезней, инструментов и методов исследования, которые должны читаться и переводиться студентом на понятийном уровне, понадобится осмысленное понимание латинского языка.

Изучение элементов латинской грамматики ориентировано на изучение основ медицинской терминологии. Студенты обучаются тем знаниям и умениям, которые необходимы для обозначения латинскими терминами специальных понятий в различных дисциплинах медицинского характера. Происходит интеграция с профильными кафедрами, которая осуществляется методом структурно-функционального моделирования связей секции латинского языка с кафедрами анатомии, нормальной и патологической физиологии, химии, фармакологии, в результате чего вырабатываются единые для преподавателей всех кафедр требования к знанию студентами латинской медицинской терминологии

Для того, чтобы разбираться в многочисленных терминах, существующих в медицине, надо знать латинский и греческий языки, так как даже современный врач, когда говорит на профессиональную тему по-русски, употребляет более 60% слов латинского и греческого происхождения. Клинический цикл базируется на теории и практике словообразовательного и морфемного анализа, структурная единица раздела − терминоэлемент. Показатель эффективности обучения в клиническом цикле – наличие знаний и умений по решению двусторонних семантических задач: определение общего смысла термина и конструирование клинического термина по заданным значениям. Греко-латинские медицинские термины, особенно их корневые терминоэлементы, почти без изменения вошли в русский язык. В отечественной медицине, как правило, используют русскую транскрипцию латинских клинических терминов (например, холецистит, ринит, остеохондроз), но нельзя не учитывать того, что клиническая терминология интернациональна и термины принято писать на латинском языке.

Медицинским специалистам с древних времен известна такая латинская пословица: «Invia est in medicina via sine lingua Latina» – «Непроходим путь в медицине без латинского языка».

Актуально это утверждение и в наше время.

Хотя латинский язык в настоящее время считается мертвым, все же он является неотъемлемой частью деятельности каждого медицинского работника.

Знание латыни позволяет врачам разных стран мира без труда понимать друг друга. Использование латинского языка в медицине служит объединяющим фактором для медиков всего мира и для унификации медицинского образования.

Латинский язык играет особую роль в анатомии и фармакологии. Рациональное распределение и последовательность введения грамматического и лексического материала позволяет выработать у студентов умения и навыки, на основе которых они на кафедре фармакологии получают уже фундаментальные знания прописи рецепта.

Все органы и части человеческого тела имеют либо латинские названия, либо латинизированные названия. То же самое относится к названиям медикаментов, унификация в этой области не менее важна, так как без нее невозможно ориентироваться в названиях лекарственных препаратов.

Рецепты выписываются по определенным правилам на латинском языке, и поэтому выписанный, например, в других странах рецепт, должны без труда понять в Кыргызстане.

Таким образом, являясь неотъемлемой частью обучения любой медицинской специальности, латинский язык вносит свою лепту в формирование у будущих врачей глубоких знаний, интеллектуального потенциала, способности творчески мыслить, решать профессиональные задачи. Взаимоотношение всех перечисленных качеств утверждает, что латинский язык является основой профессионального терминологического и понятийного языка медицинских работников.

Список литературы:

1. Архипова И. С., Олехнович О. Г. Латинский язык и основы медицинской терминологии: учебное пособие по латинскому языку. Екатеринбург: Изд-во УГМА, 2013. 217 с.

2. Латинский язык: учебное пособие для студентов педиатрического факультета / сост. М. Н. Нечай. Тюмень: Издательский центр «Академия», 2002. 272 с.

3. Тихонова Л. М., Савельева Н. Н. Внеаудиторная работа по медицинской латыни: инновационный подход. Ульяновск: Вектор-С, 2010. 202 с.

4. Г.В. Петрова. «Латинская терминология в медицине: справ. - учеб. пособие» - М.: Астрель: АСТ, 2009

5. С.А. Носков, М.С. Носков. «Краткий курс латинского языка для самостоятельного изучения» - М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2007.

ПРЕПОДАВАНИЕ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.

Молдокулова Л.Д.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева
Кафедра иностранных и латинского языков
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Введение

Процесс обучения иностранным языкам в медицинских вузах (т.е. высшее учебное заведение, где иностранный (английский) язык не является профильным) в первую очередь, отражает историю и процесс смены подходов и приоритетов к обучению иностранному (английскому) языку в поисках наиболее эффективной и приемлемой научно-методической деятельности.

Развитие современного информационного пространства основано на международном обмене теоретическими и практическими достижениями во всех областях знания. Такой обмен традиционно осуществляется путем публикации результатов исследований (в первую очередь, на английском языке), а также обсуждения актуальных проблем той или иной профессиональной сферы на международных встречах. Практика подготовки современного специалиста с высшим образованием в любой области в настоящий момент предполагает знание одного-двух европейских языков (чаще английского и немецкого), что обеспечивает специалисту возможность, во-первых, свободно пользоваться источниками профессионально значимой информации в целях самообразования и непрерывного профессионального развития; во-вторых, участвовать в международном профессиональном общении.

Знания иностранного языка можно считать лишь общей основой для его дальнейшего изучения и использования, в зависимости от потребностей специалиста.

Иностранный язык в формировании общекультурных и профессиональных компетенций врача

Владение иностранным языком способствует формированию не только многих общекультурных компетенций, упомянутых в стандартах, но и большинства профессиональных компетенций, т.к. они предусматривают информированность специалиста в различных аспектах профессиональной деятельности, что обеспечивается умением получать новейшую информацию из разнообразных источников, в том числе на иностранном языке. Выдержки по специальности «лечебное дело», описывающие профессиональные компетенции, формирование которых, следует осуществлять с использованием иностранного языка:

a. способен и готов к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности;

b. способен и готов к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях, применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач;

c. владение иностранным языком необходимо для формирования профессиональных компетенций и в таких областях, как: профилактическая деятельность, диагностическая деятельность, лечебная деятельность, реабилитационная деятельность, психолого-педагогическая деятельность. Особое место занимает иностранный язык в формировании способности к научно-исследовательской деятельности, основывающейся на следующих компетенциях:

d. способен и готов изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования, готовить рефераты, обзоры, доклады; участвовать в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач, соблюдать основные требования информационной безопасности;

• способен и готов к участию в освоении современных теоретических и экспериментальных методов исследования.

Таким образом, при современных требованиях к специалисту с высшим образованием, иностранному языку в той или иной форме необходимо обучать и на старших курсах вуза, и на послевузовском этапе (ординатура, аспирантура).

Знание иностранного языка — одно из условий решения проблемы «специалист — информация»

Практически все упомянутые компетенции предполагают сформированность у выпускника вуза умения работать с информацией, начиная от поиска необходимых сведений и заканчивая умением извлекать полученные данные, а также использовать их в своей профессиональной деятельности.

Объем специальной информации, принадлежащей различным областям знания, в современном мире стремительно растет. Проблема доступа к источникам знаний сегодня решена благодаря широкому распространению компьютерных технологий, однако степень информированности специалиста во многом определяется одним из его важнейших профессиональных качеств — умением работать с текстом, содержащим необходимую информацию, в том числе с текстом на иностранном языке. Проблема взаимодействия специалиста и информации, специалиста и текста относится в настоящее время к числу самых актуальных, и знание иностранного языка является одним из условий решения этой проблемы.

С лингвистической точки зрения, обучение информационной деятельности с использованием иностранного языка, означает формирование познавательной деятельности, и деятельности общения на иностранном языке. Овладение приемами познавательной деятельности, а именно приемами обработки профессионально значимой информации (специального текста), способствует формированию культуры мышления специалиста.

Таким образом, результатом обучения должно стать личностное и профессиональное

развитие специалиста. Освоенные умения деятельности общения способствуют

непрерывному самообразованию и совершенствованию в профессиональной сфере, личностной мотивации иноязычного общения и необходимости дальнейшего изучения иностранного языка. Иными словами, Современный специалист должен обладать устойчивой мотивацией и умением самостоятельно изучать иностранный язык.

Необходимость непрерывного получения профессиональных знаний, постоянного развития современного специалиста - это одно из условий эффективного развития общества в целом. Именно поэтому возрастает новая роль вузовского преподавателя, взаимодействуя с которым студент, не просто получает предусмотренный программой объем знаний, но и приобретает умение самостоятельно учиться и потребность постоянно развиваться (особенно как профессионала).

Заключение

Подводя итог, следует отметить необходимость поиска вариантов расширения преподавания иностранного языка на старших курсах медицинских вузов а также включения подготовки по иностранному языку в систему послевузовского и дополнительного профессионального образования специалистов.

Итак, от курса введения в основы информационно-коммуникативной деятельности с использованием иностранного языка, следует переходить к обучению основам информационно-коммуникативной деятельности на иностранном языке — курсу, ориентированному на выпускников медицинских вузов. Следующая ступень в такой последовательности овладения иностранным языком — самостоятельное совершенствование умения использовать языки в условиях реальной профессиональной коммуникации (как в устной, так и в письменной ее формах).

Решение этой задачи - это создание и утверждение программ по иностранному языку нового поколения для специалистов с высшим образованием. На основе таких программ должны быть разработаны обучающие курсы различной продолжительности и направленности (с соответствующим количеством кредитов или зачетных единиц и выдачей удостоверения или сертификата).

Список литературы

1 Байрам М. Нужно ли изучать иностранный язык, чтобы общаться с другими народами? // Этнопсихолингвистические аспекты преподавания иностранных языков. — М.: ММА им. И.М. Сеченова, Ин-т языкознания РАН, 1996. — С. 5-12.

2 Леонтьев А.А. Язык не должен быть «чужим» // Этнопсихолингвистические аспекты преподавания иностранных языков. — М.: ММА им. И.М. Сеченова, Ин-т языкознания РАН, 1996. — С. 41-47.

3 Марковина И.Ю. Этнопсихолингвистический подход к содержанию УМК по иностранному языку для вузов неязыкового профиля (на примере учебного комплекса для студентов-медиков) // Учебно-методический комплекс в системе подготовки по иностранным языкам в неязыковых вузах: теория и практика разработки. Вестник МГЛУ. Вып. 538. — М.: ИПК МГЛУ «Рема», 2007. — С. 114-122.

4 Марковина И.Ю. Формирование межкультурной компетенции как один из аспектов развивающего обучения: этнопсихолингвистический подход // Развивающее обучение в системе иноязычной подготовки: проблемы, инновации, перспективы. Вестник МГЛУ. Вып. 567. Педагогические науки. — М.: ИПК МГЛУ «Рема», 2009. — С. 106-116.

5 Новиков А.И., Нестерова Н.М. Реферативный перевод научно-технических текстов. — М: Институт языкознания РАН, 1991. — 148 с.

6 Язык. Сознание. Культура. Сб. статей / Отв. ред. Н.В. Уфимцева, Т.Н. Ушакова. — М,- Калуга: Ин-т языкознания РАН, «Эйдос», 2005. -— 400 с.

7 Markovina I. Investigating and Teaching Multiliteracy: An Ethnopsycholinguistic Approach // Fremdsprachenkompetenzen fur ein wachsendes Europa. Das Leitziel «Multiliteralitat». Peter Lang GmbH. Daniela Eisner /Lutz Kuster/ Britta Viebrock (Hrsg.). — Frankfurt am Main, 2007. — S. 61-74.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Г.Б. Ниязалиева

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

Аннотация: В данной статье рассматривается внедрение в учебный процесс одного из уникальных методов преподавания иностранных языков, разработанного доктором филологических наук Бараталиевым Р.К. Делается вывод о том, что система обучения Бараталиева Р.К. на сегодняшний день является одной из самых эффективных в области обучения иностранным языкам, позволяющая обучающимся за относительно короткий период времени освоить английский язык.

Ключевые слова: методика, иностранный язык, специалисты-медики, английский, эффективный.

МЕДИЦИНАЛЫК ОКУУ ЖАЙЫНДА ЧЕТ ТИЛДЕРИН ОКУТУУНУН ЭФФЕКТИВДҮҮ МЕТОДДОРУ

Г.Б.Ниязалиева
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек шаары, Кыргызстан

Корутунду: Бул макалада окуу процессине филология илимдеринин доктору Р.К. Бараталиев тарабынан иштелип чыккан, чет тилдерди окутуунун уникалдуу ыкмасын киргизүү каралган. Р.К. Бараталиевдин окутуу системасы азыркы учурда англис тилин үйрөнүүдө башкаларга караганда кыска мөөнөттө өздөштүрүүгө мүмкүнчүлүк берүүчү эң эффективдүү методдордун бири болуп саналат.

Негизги сөздөр: методдор, чет тили, медицина адистери, англис тили, эффективдүү.

EFFECTIVE METHODS OF TEACHING FOREIGN LANGUAGES IN MEDICAL INSTITUTIONS

G.B.Niiazalieva
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev,
Bishkek city, Kyrgyzstan

Abstract: This article discusses the introduction into the educational process one of the unique methods of teaching foreign languages, developed by Dr. of Philological Sciences Barataliev R.K. It is concluded that the training system of Barataliyev R.K. is one of the most effective methods in the field of teaching foreign languages, allowing students to learn English in a relatively short period of time.

Key words: methods, foreign language, medical specialists, English, effective.

Процесс глобализации, высокие темпы развития экономических связей между странами, выход на новый уровень современной медицинской науки и международного сотрудничества в области медицинских технологий обусловили значительное повышение требований, предъявляемых к уровню подготовки специалистов в области медицины. Для решения профессиональных задач конкурентоспособному специалисту медицинского профиля необходимо хорошее знание языка, особенно латинского языка, основ медицинской терминологии и, как минимум, одного иностранного языка.

Сфера деятельности современного медицинского работника характеризуется расширением, интенсификацией и усложнением коммуникационной составляющей. Именно коммуникация и эффективная работа с профессионально значимой информацией позволяют современным специалистам-медикам качественно решать профессиональные задачи, осуществлять сотрудничество, согласовывать содержание и процедуры деятельности. К тому же, на сегодня большая часть новейшей медицинской информации в мире сегодня появляется на английском языке.

В связи с этим важную роль в развитии будущих специалистов медицинского профиля играет достижение студентами-медиками высокого уровня языковой подготовки, который включает способность самостоятельно ориентироваться как на родном языке, так и в иноязычном медицинском информационном пространстве, оперативно находить необходимую профессиональную информацию, правильно ее структурировать, отличать профессиональную, аутентичную, научную информацию, а также готовность качественно применять латинскую терминологию, родной и иностранный языки в реальных ситуациях профессиональной практики.

Изложенное позволяет вести речь о том, что в контексте высшего медицинского образования языковые дисциплины в целом и иностранный язык в частности выходят сегодня за рамки учебных предметов и становятся инструментом формирования нового типа специалиста высокого профессионального уровня, владеющего информацией о современных достижениях мировой медицины, обладающего навыками межкультурного общения и готовностью к непрерывному личностно-профессиональному саморазвитию.

В соответствии с заявленной темой исследования ее объектом стала система языковой подготовки в современном медицинском вузе.

Перед преподавателями кафедры иностранных языков ставятся гораздо более широкие задачи, чем простое развитие у будущих медиков умений понимать медицинские тексты на иностранном языке, но и владеть языком для общения с зарубежными партнерами.

Различный уровень базовой школьной подготовки студентов, низкий уровень их мотивации и другие факторы зачастую не позволяют кафедре осуществить языковую подготовку на высоком уровне. При этом в отличие от медицинской подготовки студентов обучение английскому языку зачастую не предполагает реальных возможностей для его практического применения. Причина такой ситуации кроется в том, что, в медицинских ВУЗах обучение иностранному языку ведется лишь на первом курсе, т.е. на том этапе, где иностранный язык как средство получения профессиональной информации практически не востребован. Между тем, наибольшая потребность в использовании иностранного языка в профессиональных целях появляется на старших курсах, когда курс иностранного языка пройден, и многое из усвоенного материала уже забыто. Затем, будучи аспирантами, молодые специалисты, теперь уже высоко мотивированные, снова начинают изучать иностранный язык, ориентированные на его использование в профессиональных целях, однако такие факторы, как реальный бюджет свободного времени обучающихся и объем часов на изучение дисциплины, снова мешают добиться оптимального результата.

Такая ситуация обусловила необходимость обращения особого внимания на поиск возможных путей интенсификации обучения иностранному языку посредством внедрения эффективных методов обучения.

Считаю целеобразным включить дисциплину "Английский язык" в программу 4-6 курсов в начале как обязательный курс, а затем в качестве элективов до окончания ВУЗа.

Для оптимизации в процесс обучения английскому языку предлагаю внедрить уникальную систему изучения иностранных языков доктора филологических наук Бараталиева Рашид Керимовича, которая позволяет усвоить двухгодичную программу обучения легко и просто за определенный период времени, в данном случае за первый семестр учебного года, поскольку в КГМА им.Ахунбаева иностранный язык преподается за 15 недель, этого семестра.

Данная система основана на принципах соотношения родного и изучаемого языка, разработанных автором путём сравнительного анализа их математических моделей. Использование метода позволяет значительно увеличить скорость восприятия и усвоения информации и, как итог, становится возможным тут же начинать применять полученные знания на практике. Очень важно, что в процессе занятий происходит снятие языкового барьера и формирование мотивационных установок на основе психологического анализа личности каждого слушателя. Преподавание по этой методике позволяет достичь лучших результатов, потому что студенты научатся правильно слышать, запоминать слова, быстро мыслить и эффективно общаться на английском языке.

Система обучения Бараталиева Р.К. апробировалась мною в течение 13 лет на большой группе (более 500 человек) обучаемых и является одной из самых эффективных в области обучения иностранным языкам. Как следует из анализа эффективности обучения по этой методике за 3 месяца слушатели овладевают словарным запасом в 1000 слов, умеют слушать и слышать английскую речь, чего часто не могут делать люди после окончания учебных заведений, способны уверенно конструировать предложения и говорить на бытовые темы, понимать размеренную английскую речь в рамках словарного запаса, понимать грамматические конструкции, совершенствуют и развивают слуховую память, избавляются от страхов, зажатости, формируют любовь к языку и лёгкость в общении.

Резюмируя изложенное, внедрение данной методики в учебный процесс позволит добиться высоких результатов в знании английского языка у студентов и аспирантов, и повысить уровень их конкурентоспособности в международном медицинском сообществе.

Список литературы:

1. *Афанасов В.В., Долтмурзиев Д.О., Черезова Т.Л. Английский язык для медицинских специальностей. М.: Издательский центр «Академия», 2005. с. 3-5*
2. *Маслова А.М., Вайнштейн З.И., Плебейская Л.С. Учебник английского языка для медицинских ВУЗов. М.: Лист Нью,2005 с.3-5*
3. *Марковина И.Ю.,Максимова З.К., Вайнштейн М.Б. Учебник английского языка для медицинских ВУЗов.-М.: ГЭОТАР-медиа, 2013-с.3-7.*
4. https://samopoznanie.ru/trainings/razgovornyy_angliyskiy_za_10_dney/?date=228769#ixzz5iEHcPBxa
5. https://www.youtube.com/watch?v=-VBrbd2lAyI

ВНЕДРЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ПРИЕМОВ И МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НЕМЕЦКОМУ ЯЗЫКУ В КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ (КГМА)

Элгондиева Токтобүбу Абдыкеримовна
старший преподаватель немецкого языка кафедры иностранных и латинского языков
Кыргызской Государственной медицинской академии

АННОТАЦИЯ. **И**нновационный метод – это формирование творческого инновационного подхода студентов к своей будущей специальности, самостоятельность мышления, принятие оптимальных решений в любой ситуации. Инновационный метод обучения предполагает использование новых компьютерных и других информационных технологий, электронных учебников, видеоматериалов для поисковой деятельности в целях развития личности. Как внедряются и используются инновационные приемы и методы обучения немецкому языку в КГМА в работе над лексикой, грамматикой, текстами, проведении викторин и других видах работ рассказывается в этой статье.

Ключевые слова: внедрение; инновационные приемы; методы; обучение.

КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫНДА (КММАДА) НЕМЕЦ ТИЛИН ОКУТУУДА ИННОВАЦИАЛЫК МЕТОДДОРДУ КОЛДОНУУ ЖАНА ӨЗДӨШТУРУУ

Элгондиева Токтобүбу Абдыкеримовна
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясындагы чет тилдер жана латын бөлүмүнүн немец телдин ага окутуучусу жалпылаган

Инновациалык метод аркылуу студенттер келечектеги тандаган кесибине жаңыча мамиле жасоо менен ар кандай кырдаалдарда натыйжалуу чечимдерди кабыл алууга, жекече ой жүгүртүүгө жетишет. Ошондой эле ишмердүүлүктү өнуктүрүү үчүн замандын талабына жараша жаңы компьютердик жана башка маалымат технологияларын, электрондук окуу куралдарын, видео материалдарды колдонуу менен жеке инсанды калыптандыруу болуп саналат. Бул макалада КММАда немец тилин окутууда, сөздүк жана грамматиканы өтүүдө, текст менен иштөөдө, викториналарды өткөрүүдө инновациялык методдор өздөштүрүлүп жаткандыгы баяндалган.

Негизги сөздөр: киргизүү; новатордук ыкмалары; ыкмалары; окутуу.

INTRODUCING AND APPLYING INNOVATIVE METHODS OF TEACHING THE GERMAN LANGUAGE AT THE KYRGYZ STATE MEDICAL ACADEMY (KSMA)

Toktobyubyu Elgondieva
Senior Teacher of German at the Department of Foreign and Latin Languages
of the Kyrgyz State Medical Academy

ABSTRACT. The Innovative Method helps students to form a creative innovative approach in their future specialty, such as independent thinking and making optimal decisions in any situation. The Innovative method of teaching involves the use of computer and other information technologies: electronic textbooks, video materials for search activity for personal development. This article describes how innovative methods and methods of teaching the German language at the Kyrgyz State Medical Academy are introduced and used in the work on vocabulary, grammar, reading comprehension, trivia games (quizzes) and other types of work.

Keywords: implementation; innovative techniques; methods; training

Использование преподавателями инновационных методов в процессе обучения способствует выработке новых подходов к профессиональным ситуациям, развитию творческих, креативных способностей студентов. Они создают условия для формирования и закрепления профессиональных знаний, умений и навыков у студентов, способствуют развитию профессиональных качеств будущего специалиста.

Инновационный подход к обучению студентов должен быть системным и охватывать новые технологии и методы обучения: подготовка публичных выступлений (доклады), дискуссионное обсуждение профессионально важных тем, обучение в сотрудничестве, создание проблемных

ситуаций, подготовка профессионально направленных видеофильмов и презентаций, проблемная и игровая технологии, технологии коллективной и групповой деятельности, методы анализа конкретных ситуаций, метод проектов, обучение в сотрудничестве, креативное обучение, инновационная образовательная проектная деятельность, беседа, диспут и т. д.

Переход к инновационному обучению связан с применением в учебном процессе новых компьютерных и различных информационных технологий, электронных учебников, видеоматериалов, обеспечивающих свободную поисковую деятельность, а также предполагает развитие и личностную ориентацию.

Рассмотрим некоторые из представленных методов более подробно.

Деловые игры в учебных целях получили в настоящее время достаточно широкое распространение в вузах и имеют характерные многовариантность и альтернативность решений, из которых нужно сделать выбор наиболее рационального.

Инновационная образовательная проектная деятельность направлена на индивидуальное развитие познавательных интересов и творческих способностей студентов и предполагает овладение технологией презентации различных творческих работ (отчетов, обзоров, рефератов, докладов на профессионально ориентированные темы).

Метод проектов относится к исследовательским поискам, познавательным навыкам студентов, умениям самостоятельно конструировать свои знания, ориентироваться в информационном пространстве, развивать критические мышления и творческие способности. Этот подход органично сочетается с групповым подходом к обучению. Метод проектов всегда предполагает интегрирование знаний и умений из различных областей науки, техники, технологии, творческих отраслей.

Креативное обучение предполагает образовательный продукт, который будет создан студентом, исходя из его свободного доступа к ресурсам сети Интернет;

- соответствие внешнего образовательного продукта студента его внутренним потребностям;
- индивидуальная образовательная траектория учащегося в образовательном пространстве;
- открытая коммуникация по отношению к создаваемой студентом образовательной продукции.

Таким образом, подводя итог, можно отметить, что в основе инновационных методов обучения студентов лежат активные методы, которые помогают формировать творческий, инновационный подход к пониманию профессиональной деятельности, развивать самостоятельность мышления, умение принимать оптимальные в условиях определенной ситуации решения. Как показывает практика, использование инновационных методов в профессионально ориентированном обучении является необходимым условием для подготовки высококвалифицированных специалистов. Использование разнообразных методов и приемов активного обучения пробуждает у студентов интерес к самой учебно-познавательной деятельности, что позволяет создать атмосферу мотивированного, творческого обучения и одновременно решать целый комплекс учебных, воспитательных, развивающих задач.[6]

Теперь от теории к практике.

Работа над лексикой.

Для студентов, изучающих иностранный язык, важной задачей является обогащение своего словарного запаса.

Кто-то просто заучивает эти слова, кто-то выстраивает ассоциации, кто-то запоминает слова только после того, как услышит или увидит их где-нибудь, либо употребит их сам в речи.

У нас, на кафедре, преподаватель перед занятием подготавливает карточки с новыми словами, составляет предложения с наличием новых слов, объясняет их значения на иностранном языке студентам.

Так новые слова лучше усваиваются студентами.

Преподавателем также проводится игра по наращиванию слов. Тот студент, который назовет больше слов, выигрывает. Благодаря духу соперничества студенты будут лучше учить слова.

Аудирование.

Для улучшения восприятия студентами иностранной речи на слух можно организовывать просмотры различных видео (фильмов, мультфильмов).

Однако необходимо проверить, что поняли студенты из просмотренного материала. Для этого можно обсуждать видео, задавать студентам вопросы, просить высказать их свое мнение по поднятой в материале теме.

Работа над грамматикой:

После объяснения преподавателем новой грамматической темы студенты делятся на две команды. После этого преподаватель дает задание каждой команде на пройденную грамматическую тему. Команды соревнуются на скорость и правильность выполнения задания. Потом преподаватель проверяет и объясняет ошибки, допущенные студентами в заданиях.

Работа с текстами с использованием коммуникативного подхода. После изучения текста можно его обсудить, где студенты выразят свое мнение по изложенной тематике.

А также мы используем следующие виды проверки понимания прочитанного:

1. Дописать отсутствующие органы человеческого тела по темам: ”Пищеварение”, “Мочеполовая система”, “Респираторная система” и т.д.
2. Выбрать подходящие определения к органам.
3. Заполнить пробелы в предложениях.
4. Определить ложность и правильность предложений.
5. Подобрать синонимы или антонимы.
6. Ответить на вопросы, касающиеся физиологии и анатомии органов.
7. Найти ключевые слова в тексте.
8. Вставить вместо точек подходящие слова и т.д. .
9. Какой специалист изучает заболевания кожи (органов зрения, женских болезней и т.д.)?

В качестве факультативных мероприятий преподаватель может дать разнообразные совместные проекты. Например, каждый студент должен подготовить презентацию и рассказать ее на иностранном языке. Но именно рассказать, а не прочитать с листа.

И, наконец, можно организовывать беседы с носителем языка –

волонтером -это один из самых эффективных способов выучить иностранный язык. Ведь разговор с волонтером способствует освоению языка!

Кроме того, мы составляем и разгадываем кроссворды, ребусы, проводим викторины, игру “Поле чудес”.

Список литературы:

1. Базилевич С.В., Брылова Т.Б., Глухих В.Р., Левкин Г.Г. Использование инновационных и интерактивных методов обучения при проведении лекционных и семинарских занятий // Наука Красноярья. — 2012. — № 4. — С. 103—113.
2. Осмоловская И.М. Инновации и педагогическая практика// Народное образование. — 2010. — № 6. — С. 182—188.
3. Симоненко Н.Н. Управление образовательными услугами с применением инновационных методов обучения // Вестник Тихоокеанского государственного университета. — 2012. — № 2. — С. 201—206.
4. Скрипко Л.Е. Внедрение инновационных методов обучения: перспективные возможности или непреодолимые проблемы? // Менеджмент качества. — 2012. — № 1. — С. 76—84.
5. Федеральная целевая программа развития образования на 2011—2015 URL: http://old.mon.gov.ru/dok/prav/obr/8311/ (дата обращения: 27.10.2012)
6. Черкасов М.Н. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ //Инновации в науке: сб. ст. по матер. XIV междунар. науч.-практ. конф. Часть II. – Новосибирск: СибАК, 2012.

ИСТОРИЯ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

Алыбаева А.К., Байбосунова Б.Б.
КГМА им. И.К. Ахунбаева, Кафедра русского языка
Научный руководитель к.п.н. Молдокматова Н.Т.

16-го апреля 1939 года принято Постановление Совета народных комиссаров Кыргызской ССР об открытии медицинского института. Первый пункт этого важного документа гласил: «Открыть с первого сентября 1939 года в г. Фрунзе Кыргызский государственный медицинский институт с набором на первый курс 200 человек».

С этого же времени начал функционировать один из ведущих факультетов КГМИ - лечебный. Деканат лечебного факультета в разные годы возглавляли такие известные профессора как Тилис Ю.А., Лямцев В.Т., Зурдинов А.З., Мамытов М.М., Мамбеталиев Б.С., Насыров В.А., Кенжаев М.Г., и

другие. В сентябре 2012 года приказом ректора факультет разделен на деканаты факультета «Лечебное дело» №1 и №2. Деканат факультета «Лечебное дело» №1 возглавляет д.м.н. Бейшенбиева Г.Дж., а №2 д.м.н., профессор Куттубаев О.Т.

Клиническими базами лечебного факультета является: Национальный госпиталь МЗ КР, Национальный центр педиатрии и детской хирургии, Национальный центр терапии и кардиологии, Бишкекский научно - исследовательский центр травматологии и ортопедии, Городская клиническая больница №1, Городской перинатальный центр, Клинический родильный дом №2, Национальный хирургический центр, Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи, Национальный центр онкологии и радиологии, центры семейной медицины №6, №7, №18.

Лечебный факультет КГМА в разное время закончили академики АН КР Ахунбаев И.К., Рыскулова К.Р., Алтымышев А.А., Мамакеев М.М., Миррахимов М.М., Кудояров Д.К. Член корреспонденты: АН КР Ибраимов А.М., Раимжанов А.Р., Тыналиев М.Т., Адамбеков Д.А., Джумабеков С.А., Зурдинов А.З., Оморов Р.А. и др.

Выпускниками лечебного факультета являются заслуженные врачи и заслуженные деятели науки КР профессора: Мамбеталиев Б.С., Алымкулов Д.А., Насыров В.А., Саенко А.И., Ахунбаева Н.И., Нурмамамбетов Ж.Н., Калюжный И.Т., Покровская Т.И., Фейгин Г.А., Ильин А.И., и другие.

Лечебный факультет является флагманом КГМА по подготовке терапевтов, хирургов, невропатологов, акушер - гинекологов, травматологов, отоларингологов, окулистов, онкологов, дерматологов, инфекционистов, семейных врачей, фтизиатров, психиатров, нейрохирургов, урологов, и врачей других специальностей. Выпускники факультета «Лечебное дело» трудятся как в Кыргызстане, так и в странах СНГ, США, Израиле, Германии, Турции, Бельгии, Голландии, Австралии, Китае, Англии, Ираке, Пакистане, Индии, Непале, Сирии, Корее, Афганистане, Иордании, Греции, Марокко, Судане и в других странах. Студенты лечебного факультета - постоянные участники многих научных международных конгрессов, мировых спортивных чемпионатов, различных конкурсов (КВН, «Весна Ала-Тоо» и др.) Все кафедры лечебного факультета оснащены компьютерами и современными диагностическими и лечебными комплексами, что позволяет на самом высоком уровне оказывать лечебную помощь населению. Обучающие программы факультета близки к самым передовым мировым программам.

На данный момент деканом факультета «Лечебное дело №1» является д.м.н., доцент Жолдошбеков Есенгелди Жолдошбекович. С целью оптимизации руководства факультетами КГМА им. И.К. Ахунбаева, деканат «Лечебное дело» с 2012-2013 учебного года разделен на два деканата «Лечебное дело№1» и «Лечебное дело №2». Деканом «Лечебное дело №2 » с 2012-2016 учебный год являлся д.м.н., профессор Куттубаев О.Т. С сентября 2016 года деканом факультета «Лечебное дело №2» является д.м.н., профессор Калканбаева Чолпон Калканбаевна

Всего на факультете «Лечебное дело №2» обучаются 1530 студентов. На контрактной форме обучения 765 и на бюджетном 765 студентов. На первом курсе обучаются 202 студента, на втором-281, на третьем-282, на четвертом-311, на пятом-250, на шестом-205 студентов. На факультете «Лечебное дело №2» обучаются студенты из разных регионов из Иссык-кульской области – 140 студентов, из Нарынской области-50, Ошской области-179, Джалал-Абадской области-165, Баткенской области-141, Таласской области-69, Чуйской области-170, Бишкека-520, стран СНГ: Украина-11, Российской Федерации-19, Казахстан-107, Таджикистан-4, Южной Кореи-1, Германия-1.

ВКЛАД А.М. МУРЗАЛИЕВА В РАЗВИТИЕ НЕЙРОХИРУРГИИ

А.Е. Жолдошбекова
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Г.Бишкек, Кыргызская Республика

По данным нового доклада Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), неврологическими нарушениями страдает около одного миллиарда человек во всем мире. В результате ежегодно умирает 6,8 миллиона человек.

В Кыргызстане от болезней нервной системы, согласно статистике на 2013 год, страдало почти 77 тысяч человек. Но с течением времени это количество постепенно уменьшается. Например, статистика на 2017 год показывает, что число больных уменьшилось с 77 тысяч до 45 тысяч.

В Кыргызстане к разрешению данной проблемы вплотную приблизились с приходом в науку талантливого и видного ученого Мурзалиева Арстанбека Мурзалиевича. Он дал толчок к развитию нейрохирургии в Кыргызстане.

А. М. Мурзалиев отучился в Кыргызском Государственном медицинском институте на лечебном факультете, после чего окончил ординатуру на кафедре неврологии. Далее став учеником известного советского невропатолога профессора М. Ю. Рапопорта, проходил аспирантуру и докторантуру в НИИ нейрохирургии им. Академика Н.Н. Бурденко АМН СССР в Москве.

Как человек- ученый. Будучи аспирантом в 1958 г. А.М. Мурзалиев защитил кандидатскую, а уже в 1966 г.,- докторскую диссертации. В его работах того времени наблюдается свежесть взгляда и своеобразный научный подход.

Проблемой , которая больше всего интересовала Арстанбека Мурзалиевича являлась нейроонкология. Многие научные работы до сих пор не теряют своей актуальности и признаны классическими, что доказывает их практическую ценность. Примерами могут служить такие работы, как цикл работ по опухолям головного мозга, где описаны новые клинические факты и синдромы, предшественники различных осложнений; а также работы по иммунодиагностике опухолей и так далее.

Диапазон его научных исследований был широк: кроме нейроонкологии, его также интересовали сосудистые заболевания головного и спинного мозга, вопросы патологии и новые методы их диагностики, лечения и профилактики, а также внедрение новейших технологий в практику.

А. М. Мурзалиев занимался изучением актуальных, для кыргызского народа, проблем. Он изучал цереброваскулярные заболевания у жителей высокогорья, определял факторы риска, разрабатывал рекомендации по лечению и меры профилактики. Данные исследования позволили выделить отдельную отрасль в медицине, так называемую горную неврологию.

Заслуги, как ректора. А. М. Мурзалиев прошел все ступени карьерного роста: от ассистента до ректора КГМИ. На его примере можно увидеть, как благодаря стремлению к науке можно продвинуться вверх по службе.

Должность ректора дала новые возможности для развития нейрохирургии. По инициативе А.М. Мурзалиева была сформулирована патентная служба, что стало почвой для расцвета изобретательства и способствовало внедрению новых технологий. Благодаря ему было открыто подготовительное отделение при медицинском училище в Джалал- Абаде, доцентский курс усовершенствования педиатров в Оше. В этот период также был открыт сектор ангионеврологии при КГМА.

Арстанбек Мурзалиевич будучи ректором основывался на прошлом, чтобы создать благоприятное будущее. Он уважал и сохранял то, что было до него при этом, создавая что- то новое и современное.

Как общественный деятель. У А. М. Мурзалиева гуманизм занимал особое место. Ввиду того, что часто он становился невольным свидетелем людских страданий и отчаяния, А. М. Мурзалиев участвовал в благотворительности и выполнял обязанности председателя Республиканского Фонда милосердия.

Также Арстанбек Мурзалиевич был председателем Ученого Медицинского Совета Министерства здравоохранения Кыргызстана , является членом президиума НАК КР и председателем научного медицинского общества невропатологов КР.

Награды и почетные звания. Присвоено звание “Заслуженный врач Киргизской ССР” (1974 г.), избран член- корреспондентом (1977 г.), присуждена “Почетная грамота Верховного Совета Киргизской ССР” (1980 г.), действительный член НАН республики (1984 г.), “Заслуженный деятель науки КР” (1992 г.), награжден медалью “Данк” Кыргызской Республики (1997 г.)и орденом “Манас” III степени (2003 г.), Лауреат Государственной премии в области науки и техники (2011 г.).

А. М. Мурзалиев посвятил себя одному из самых сложных разделов медицины и всегда следовал принципам гуманизма и милосердия. Его стремление понять и применить современные методы , интерес к науке вызывают уважение и служат примером для многих.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ИНФОРМАЦИЯ О ВЫПУСКНИКАХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА КГМА ИМ. И. К. АХУНБАЕВА

Асанбеков А.А. - Студент стоматологического факультета 1 курс 10 группа,
Anvarasanbekov.99@gmail.com

Научный руководитель: Молдокматова Н.Т. – ст. преп. каф. русского языка

История факультета

Стоматологический факультет был организован в 1960 г. с профильной кафедрой хирургической стоматологии.

В 999 г. на базе стоматологического факультета был организован Стоматологический институт при КГМА согласно приказу №54 от 16 февраля 1999г. В 2005 г. в связи с реорганизацией вновь создан стоматологический факультет.

Достижения факультета и выдающиеся результаты

Факультет имеет свою учебно-клиническую базу (корпус №5), где располагаются 4 профильные кафедры и клиники. Внедрены новейшие технологии обучения студентов с использованием компьютерных технологий.

На факультете защищено 9 докторских диссертаций и 21 кандидатских диссертаций.

Международное сотрудничество

- с ЦНИИ стоматологии МГСМУ г. Москва.
- ТашМИ г.Ташкент
- Каз НМУ им.С.Д. Асфендиярова г. Алмата.
- Туркменским медицинским институтом
- Таджикским медицинским институтом.

Воспитательная работа

Воспитательная работа проводится по плану отдела по воспитательной работе КГМА и плану кураторской работы, утвержденному по факультету.Факультет участвует в культурно-массовых мероприятиях и занимает почетные и призовые места.

Цель. Вся структура факультета задумана и осуществлена таким образом, чтобы дать каждому студенту все возможности для реализации своего потенциала. Успешно обучающийся студент привлекается к разнообразным формам учебно- и научно-исследовательской работы с тем, чтобы сразу получения диплома наш выпускник был полноценным специалистом в избранной специальности

Выпускники стоматологического факультета Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И. К. Ахунбаева высоко ценятся в Кыргызстане и за рубежом и успешно осуществляют медицинскую деятельность (рис. 1).

Рис. 1. Выпускники стоматологического факультета, закончившие КГМА.

Структурные подразделения стоматологического факультета (рис. 2):

1. Кафедра терапевтической стоматологии – зав. кафедрой д.м.н., профессор Куттубаева Клара Бейшеновна
2. Кафедра ортопедической стоматологии – зав. кафедрой д.м.н., и.о. профессора Калбаев Абибилла Акбураевич
3. Кафедра хирургической стоматологии ичелюстно-лицевой хирургии – зав. кафедрой к.м.н., доцент Ургуналиев Бакыт Кубанычбекович
4. Кафедра детской стоматологии – зав. кафедрой д.м.н., доцент Чолокова Гульнара Сатаркуловна.

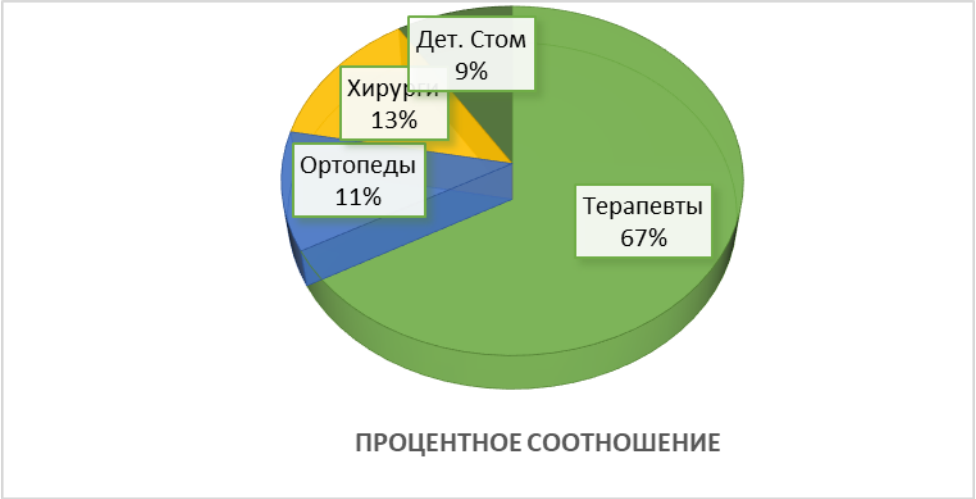


Рис. 2. Процентное соотношение стоматологов, окончивших КГМА им. И.К. Ахунбаева по узким специальностям на сегодняшний день в Кыргызстане.

Рис. 3. Процентное соотношение стоматологов мужчин и женщин в Кыргызстане.

МУЛЬТИМЕДИЙНОЕ ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ АЗИАТСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА им. С. ТЕНТИШЕВА

А.Э. Рыспекова, Д.Д. Токталиев, Мишра Прашант Ранджан
Азиатский Медицинский Институт им. С.Тентишева (ректор – Сельпиев Т.Т.)
Кафедра морфологических дисциплин, г. Кант, Кыргызская Республика

Резюме: Положительные стороны мультимедийного обучения: облегчает чтению лектора лекций, так как информация передается для студентов в виде слайдов, студенты визуально хорошо описывают все тексты, но при конспектировании размышления материала недостаточно воспринимают, так как не отрабатывают психомоторное восприятие.

Ключевые слова: гибкость, модульность, параллельность, охват, экономичность, технологичность.

С. ТЕНТИШЕВ АТЫНДАГЫ АЗИЯЛЫК МЕДИЦИНАЛЫК ИНСТИТУТУНДА БИЛИМ АЛГАН СТУДЕНТТЕРДИ МУЛЬТИМЕДИЯЛЫК ОКУТУУ

А.Э. Рыспекова, Д.Д. Токталиев, Мишра Прашант Ранджан
С. Тентишев атындгы Азиялык Медициналык Институту (ректор – Сельпиев Т.Т.)
Морфология кафедрасы, Кант ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Мультимедиалык окутуунун он жактары: лекциядагы маалыматтар студенттерге слайд, башкача айтканда коргозмо-суроттор аркылуу берилет жана визуалдык жактан жакшы баяндалат, ирэт-ирээти менен тушундурулот. Бул ыкма оз учурунда лектордун жумушун женилдетет, ал эми лекциядагы отулгон маалыматты конспектилоо учурунда, жазып жаткан материалды анализдоо жеткиликтуу денгээлде болбойт, себеби психомотордук кабыл алуу жондому начар иштейт.

Негизги создор: Ийкемдуу, мобилдуу, кошумча маалымат алуу, аймакты кенири камтуу, сарамжалдуулук, техникалашкан.

MULTIMEDIA TRAINING OF STUDENTS OF S.TENTISHEV MEMORIAL ASIAN MEDICAL INSTITUTE

A.E. Ryspekova, D.D.Toktaliev, Mishra Prashant Ranjan
S. Tentishev memorial Asian medical institute (rector-Selpiev T.T.)
Morphologycal department, Kant, the Kyrgyz Republic

Summary: Positive aspects of multimedia learning: it makes it easier for the lecturer to read the lectures, because the information is transmitted to students in the form of slides, students visually describe all the texts well, but they do not perceive the destruction of materials, because they do not work out the psychomotor perception.

Key words: flexible, modular, paralleler, coverage, economically, technologycaly.

Введение. Современная медицина, опирающаяся на достижения науки и техники, располагает значительными возможностями вмешательства в организм человека, продления его жизни, поддержания работоспособности. Вместе с тем применение новейших технологий в здравоохранении сопряжено с многочисленными правовыми и этическими проблемами, что привело к возникновению и развитию к новейшим технологиям в медицине [1].

Федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС) третьего поколения в системе высшего медицинского образования ориентированы на подготовку врачей разных специальностей высокой профессиональной компетенции. Следовательно, образование как процесс и его результат рассматривается сквозь призму профессиональной компетенции. А это значит, что выпускник должен не только знать, но и понимать, анализировать, синтезировать, оценивать и применять содержание учебной программы в своей профессиональной деятельности компетентно[2].

Поэтому подготовка врача предполагает приобщение его к интеллектуальному образованию, способствующему решению теоретических и практических задач как конечной цели обучения. В этом процессе патологическая физиология, как интегральная и аналитическая учебная дисциплина

выступает методологической, методической и практической основой аргументированного клинического мышления иррационального действия в соответствии с разными условиями[2].

Исходя из этой парадигмы изучение патофизиологии, на наш взгляд, должно послужить целостным ориентиром мотивом учебно-познавательной деятельности, формированию врачебной компетентности у студентов[2].

Под углом зрения в течении нескольких лет в АзМИ им.С.Тентишева, проводятся занятия с помощью мультимедийного оборудования:

1. Классы оборудованы современными компьютерами.
2. На лекциях используются современные проекторы для показа слайдов.
3. На практиках используются мультимедийные ноутбуки, телевизоры.
4. Интерактивные доски.

Обсуждение. Ключевая компетенция-целостная система универсальных знаний, умений, навыков и многогранных способов самостоятельной деятельности и личной ответственности. Поэтому на кафедре морфологических дисциплин разработана «карта компетенции» преподавания патофизиологии, медицинской биологии, медицинской паразитологии максимального приспособления для формирования профессиональных компетенций у будущих врачей. Общая характеристика компетенции: «Способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека» для решения профессиональных задач.

Нужно отметить ещё одну важную сторону: компетентностный подход преподавания дисциплины предполагает как высокотехнологическое оснащение вуза, так и постоянное повышение профессионально-педагогической компетенции преподавательского состава. Работа над картой компетенции и внедрении ее в педагогический процесс требует непрерывного самосовершенствования педагога, выступая элементом повышения его квалификации.

Теория мультимедийного обучения была разработана педагогом-психологом Ричардом Э.Мейером, который проводил различные исследования, подтвердившие ее эффективность. В ходе ряда исследований Мейер и его коллеги неоднократно показали, что студенты изучающие мультимедиа, включающие в себя видео и аудио информацию были лучше в передаче вопросов, то есть, они были значительно лучше, когда приходило время применить то, что они усвоили, пройдя мультимедийный курс. Эти результаты были затем позднее потверждены другими группами исследователей [5].

Теория мультимедийного обучения когда представлен визуальный материал. Принципами мультимедийного обучения- являются, когда слова и соответствующие им картинки представлены на странице или экране рядом, а не далеко друг от друга. Целевые эффекты сильнее на слабо эрудированных учащихся, чем на высоко эрудированных [4].

На примере дисциплины «Медицинская биология», «Паразитология» - формы применения мультимедии различны, в первую очередь необходимо определить, какого результата хотим достичь, после этого выбирать элементы, наиболее подходящие для поставленных задач. Затем следует убедиться, что выбранные элементы мультимедиа хорошо разработаны и сочетаются друг с другом.

Успешное применение мультимедиа в обучении включает и дает студенту возможность воспринимать видео и аудио уроки на занятиях, активное участие, ускоренное обучение, запоминание и применение знаний, системное понимание, автономность и внимательность, доступ к информации для поддержки, навыки решения проблем и принятия решений, что дополнительная, интересная информация может помочь удерживать интерес учащегося в подлинной обучающей среде. А так же мультимедиа имеет преимущество перед каждой из этих возможностей в отдельности. Связи между текстом и графикой потенциально позволяют глубже понять, расширяя и углубляя опыт обучения [3].

Заключение. Характерные черты мультимедийного обучения: гибкость, модульность, параллельность, охват, экономичность и технологичность.

Положительные стороны мультимедийного обучения: облегчает чтению лектора лекций, так как информация передается для студентов в виде слайдов, студенты визуально хорошо описывают все тексты, но при конспектировании размышления материала недостаточно воспринимают, так как не отрабатывают психомоторное восприятие.

В конечном итоге, цель обучение студентов по этой карте сводится к достижению ключевой компетенции, являющейся универсальным условием реализации потенциальных возможностей врача как специалиста.

Включение многочисленных таблиц, схем и рисунков почти по каждой теме позволяет студенту АзМи им.С.Тентишева легко усвоить основные материалы рассматриваемого вопроса, что является одним из главных достоинств изучения мультимедийного обучения.

Литература

1. Куценко, И.И. Проблемы формирования у студентов ВУЗов практических умений и навыков и некоторые пути их решения / И.И. Куценко, Ф.П. Семенов // Современные проблемы науки и образования. - 2009.-№4., Прил.№1.- С. 12-14.
2. Мухин, Н.А. Значение компетентного подхода в профессиональной подготовке врача по специальностей «Лечебное дело» и «Медико-профилактическое дело» / Н.А.Мухин, В.В.Фомин, М.В.Лебедева // Мед.образование и ВУЗовская наука.- 2012.- №2. -С.15-18.
3. Нагузе, С.К. Современные технологии для формирование базисных профессиональных компетенций у студентов Кубанского Государственного Медицинского Университета / С.К. Нагузе., Т.В. Гайворовская //Медицинское образование и ВУЗовская наука.- 2012. -№2. С. 5-8.
4. Kim, Daesang. Cognitive Synergy in Multimedia Learning / Daesang Kim, Dong-Joong Kim, Woo-Hyung Whang // International Education Studies. – 2013. - Vol. 6, No. 4. – P.76-84/
5. Teaching for understanding in medical classrooms using multimedia design principles / [N. Issa, Mayer R.E., Schuller M. et al.] // Medical Education. – 2013. – Vol.47. – P.388-396.

ЭКОЛОГИЯНЫН БУЗУЛУШУ ЖАНА ДЕН СООЛУККА ТААСИРИ

Асанбекова У.А., Касымбекова Н. Ж.

Асанбекова Уулкелсин Асанбековна - Лечебное дело№2, 2курс, Uliwka00@gmail.com

Киришүү

Аба, бак-дарактар, кооз гүлдөр, жашыл чөп, аска-зоолор, жан-жаныбарлар – бул Жер шарынын байлыгы. Кооз табият, укмуштуудай жерлер жана эң асыл адамдар – бул Жердин сыймыгы. Булар жөнүндө айта берсен сөз жетпейт, санай берсең сан жетпейт. Бирок муну адамзаты жөн гана сактап калбастан табигый тандалуу менен күрөшүүдө жаңы таң калаарлык ачылыштарды жасап, жана аларды ашкере колдонуусунун натыйжасында жер шарынын жашоосун кыскартууда.

Көптөгөн көйгөйлөрдүн ичинен абанын экологиясын айта турган болсок бүгүнкү күндө актуалдуу маселелердин бири катары шаар үстүндө чогулган кара түтүн смогтун себеби. Бул жөн гана көрүүгө тоскоол болбостон, дем алган аба менен адам, жаныбар, жашыл өсүмдүктөрдүн оорусуна алып келет.

Бул рефератта смог кайдан чыкканын, кандай тоскоолдуктарды, ооруларга алып келээрин изилдейт. Бул көйгөйдү мамлекет тарабынан, калк тарабынан кантип чечсе болот? Жер шары мындан кантип толугу менен арыла алат? сыяктуу суроолорго жооп берет.

Смог (англ. smog - smoke (түтүн) жана fog (туман) сөздөрүнөн алынган) – бул абанын ар кандай өнөр жай тармактарынан, транспорт жана аба ырайынын шарттарына байланыштуу курулуштарда жылуулук булактарынан чыккан зыяндуу заттар менен ашыкча булгануусу. Зыяндуу заттар күндүн нуру тийгенинин натыйжасында зыяндуу озон катмарын пайда кылат.

Биринчи түшүнүктөр боюнча смог ашыкча таш көмүрдү калк негизги отун катары пайдалуусунун натыйжасында түтүн менен күкүрт кычкыл газынын аралашмасын түшүндүрүү катары колдонулса, 1940-жылдан тартып фотохимиялык смог Лос-Анджелесте катталган, ал кийин бүтүндөй жер шарында өнөр жайы өнүккөн чоң калааларда пайда боло баштаган. Башка маалыматтар боюнча бул термин 1900-жылдары Лондон шаарында түтүн жана тумандын аралашмасын жалпылап берүүдө колдонулган. 1905-жылы “Туман жана түтүн” макаласында коомдук ден соолукка арналган жыйналышта врач Генри Антуан де Вукс бул терминди сунуштагандыгы жөнүндө да маалыматтар бар.

Бүгүнкү күндө фотохимиялык смог бир канча химиялык аралашмалардан туруп, ар бир шаарда өзгөчөлөнүп турат. 1950-жылдары Калифорнияда Хаген-Смит төмөнкү булгоочу заттардын аралашмасынан турган фотохимиялык смогтун түрлөрүн аныктаган:

Азот кычкылы, мисалы, азоттун диоксиди(казылып алынуучу күйүү отундарынан);

Тропосфералык(жер) озону;

Туруксуз органикалык заттар(бензин, ээриткичтер, химикаттар(пестицид) буулары ж.б. заттар);

Нитраттар, пероксиддер.

Жогоруда аталган химикаттар жогорку активдүү заттар болуп эсептелинет жана булар тез эле кычкылданат, ушуга байланыштуу фотохимиялык смог заманбап өнүккөн цивилизациянын баш оорусу болуп келет.

Жогруда айтылгандай цивилизациянын өнүгүшү мындай жыйынтыкка алып келет: смог - адамдын иш-аракетинин натыйжасы(1). Бул менчик үйлөрдүн жана жылуулук электр борборунан, ишканалардан чыккан кара түтүн. Негизги бул аталган булактардан тышкары климат өзгөчөлүктөр аба экологиясынын жана айлана-чөйрөнүн булганышына эң мыкты абал түзүп берет.

Шаарда бак-дарактарды кыюу, физико-географиялык абал жана системаланбай курулган турак жайлар шаарда шамал, желдин жүрүүсүн начарлатат. Ушул сыяктуу абалдар жана негизги себептер шаар үстүндө кара түтүндүн жыйналуусуна алып келет. Ал учурда жергиликтүү жашоочулардын ден соолугун бузушуна, бак-дарактардын, жашыл өсүмдүктөрдүн жок болушуна, шаар ичинде температуранын жогорлошун дагы бир нече көтөрөт. Мында “себеп-натыйжа мамилелер”(2) терминин колдонсо болот. Себеби натыйжадагы түзүлгөн жогоруда айтылган кырдаал кайрадан айланып отуруп себеп максатында кара түтүндүн пайда болушуна өнөкөт болушат.

Бирок, кээ бир аймактарда, мисалы, Бишкек шаарында негизги абанын булгануусуна жана андагы зыяндуу заттардын топтолушунун негизги 80 пайыздан ашык бөлүгүн автоунаалар болуп эсептелинет. Маалыматтар боюнча “Унаалардын саны 700 миңге чукул, ал эми жашоочулардын саны рассмий маалыматтарга ылайык 996 миң. Башка жыргалчылыгы жогору шаарлар менен салыштырсак бир кыйла жогору. Мисалы, ошол эле Берлин: калкынын саны 3,5 миллион, ал эми унаалар биздикиндей эле – 700 миң, мындан ашпайт”.(3) Натыйжада автоунаалардын саны жогору болгондуктан иштелип чыккан газдын өлчөмү чоң жана дем алып жаткан абада чаңдын ушунчалык көп экенин көрсөтүүдө.

Калаалардын туура эмес түзүлүшү дагы бир кыйла смогтун пайда болушуна шарттарды түзүп берет. Буга мисал, Бишкек шаарында калктуу аймакта жайгашкан Жылуулук электр борбору(ЖЭБ). Андан чыккан кара түтүн так шаар үстүндө топтолот. Мүмкүнчүлүккө ылайык шаар четинен алыс жайгашса калктын ден соолугуна, айлана-чөйрөгө тийгизген терс таасири азаймак. Ал эми башка жагынан Бишкек шааарынын жайгашканы: шамал жок, жамгыр эң эле аз тушот. Аталган факторлордон тышкары бирок чон роль ойногон шаар үстүндөгү аба айланага караганда 5-6 градуска көбүрөөк.

Мындай көйгөй көбүнчө таш көмүр казып алуучу шахталар жайгашкан аймактарда, өнөр жайы өнүккөн шаарларда кездешет. Бирок баардык өнүккөн өлкөлөрдө мындай катаал экологиянын бузулушу катталбаган. Себеби айлана-чөйрөөнү таза кармай билген мамлекеттерде автоунаа аз, негизги электр энергия булагы тышкары мамлекеттерден жана ГЭС, фильтрлерди колдонуу, ишканалар газ жана башка булактар аркылуу иштөөсү.

Бириккен улуттар уюмунун негизинде түзүлгөн Бүткүл дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюму максималдуу абада зыяндуу бөлүкчөлөрдүн санына жол берген концентрациясын белгилеген. Ал боюнча 120 бөлүкчө кармалуусуна мүмкүн(3). Мисалы, жогоруда эле айтылган Германия мамлекетинин борбор калаасы Берлинге БУУнун талабы боюнча жакында эле чоң штрафф салынган. Себеби абада кармалган зыяндуу бөлүкчөлөрдүн саны бир нечеге өсүп кеткен. Анын негизги себеби катары Берлинде автоунаалардынсанынын жогорлошуна ылайык иштелип чыккан газ жана көтөрүлгөн чаң болгондугун аныкташкан. Ушуга байланыштуу шааричинде автоунаалардын санын кескин азайткан.

Акыркы жылда түн кирээри менен эшикти көздөй чыгып асмандан жылдыз издесең бирин-серини гана жылтырайт. Калганы кайда? Борбор калаабыздын асманы эми күрөң сары туман каптап турат. Үстүбүздөгү чатыр сымал кучагын жайып, толук караңгы асмандын жүзүн көргөзбөйт. Мындай көрүнүш биринчи жолу катталууда. Ушул себептен эл жана жогоруда отурган чиновниктер дагы деле смог чоң проблема экендигин түшүнө элек чыгаар. Азыр ишти колго алып бул көйгөйдү чечүүгө аттанса жыйынтыгы кубанаарлык болоор.

Саналган аралыкта гана көрүү мүмкүнчүлүгү бар, унаалардан иштелип чыккан туруктуу газ, кышында түшкөн кара кар – бул экологиянын бузулуп жаткан жагымсыз жана коркунучтуу көрүнүштөрү мегаполис жашоочуларына жакшы тааныш. Мындай экологиянын бузулушу адамзатына кандай таасирлерди тийгизет? Өнөкөт оорулар, жашоонун кыскарышы, коркунучтуу мутациялар жана адамзатынын жок болушу. Мындай келечек азыр турган жаш өспүрүмдөр, төрөлө элек жаңы муунду күтүүдө.

Миллиондогон жашоочусу бар Иран мамлекетинин Хузестан провинциясында жайгашкан Ахваз шаары дагы деле бир катар жылдан бери абасы эң кир жерлердин катарында. Анда адамдар смогтун айынан түз маанисинде ууланууда. 2013 жылы бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюму түзгөн статистика боюнча рейтингдин лидери болгон.

Балоо индекси боюнча абанын кирдеши 372 единицадан ашып кеткен. Ал эми БДС шкаласында 300 единица өзгөчө кырдаал чеги болуп эсептелет.

Шаарда жагымсыз экологиялык жагдайдын себеби чоң муунай өндүрүүчү жана болот куючу

ишканалар болду. Аталган шаардын “өнөр жай байлыгы” үчүн карапайым эл төлөгөнгө мажбур. Көчөөдө басып жүргөн элдердин көбү дем алуучу респираторсуз жүрө алышпайт.

Бүгүнкү күнү бул шаарды көргөн адам 100 жыл мурда өнөр жайы жок эле кооз архитектурасы бар жана гүлдөгөн соода борбору катары элестете албайт. Көчөө бойлорунда кара чаң жаап, кир баскан , түрү суук иш каналарды көрүүгө болот. Качандыр бир убакта Батыш Азияда эң мыкты шекер сактоочу жайлардын бири болгон. Пайда болгон экологиялык жагдайды шаар үстүндө жайгашкан ысык жана кургак климат бир кыйла татаалдаштырат.

Экологиясы жагымсыз жагдайга учураган Монголиянын борбору Улан-Батор да бул тизмеден орун алды. Шаар калкы 1,2 млндон ашты. Ак эми шаар өзү ушунчалык кооз тоолу жерде, Туул дарыясынын жээгинде жайгашкан. Акыркы 50 жылда өнөр жайдын активдүү өнүгүшү мынчалык кооз шаардын экологиясын толугу менен жок кылды. Азыркы учурда Улан-Батордун территориясында өлкөнүн өнөр жайынын дээрлик жарымы жайгашкан. Ишканалардан тышкары Монголияны бүтүндөй электр энергиясы менен камсыз кылгын эң чоң төрт ЖЭБ жайгышкан. Автоунаалардын саны болсо жылдан жылга өсүүсү, кескин климаты оорлотууда. Смогтун пайда болшуна ишканалар жана ЖЭБ гана себеп болбостон боз үйлөрдө жашаган жергиликтүү көчмөн калк кыш мезгилинде жаккан отун-сууларынан чыккан түтүн дагы өз ролун ойноодо.

Калкы жыш жайгашкан өлкөлөрдүн катарында Индиянын Лудхиянасы жүздөгөн майда ишканалрдын борбору катары белгилүү. Чоң ишканалр жокко эсе, бирок майда чакан ишканалардан чыккан товарлардын түрү көп. Кийим-кече, турмуш-тиричилик техни касы, тетиктер, тигүүчү машина, өнөр жай жабдуулары, тамак-аш өнөр жайы – бул чыгарган товарлардын саналганы гана. Мынчалык системасыз жайгашкан ишканалар шаар четинде таштандылардын пайда болушуна себепкер. Зыяндуу заттардын топтолуусу учур чакта 251 бирдигине жеткен, мындай көрсөткүч менен жөн гана дем алуу тамекки чеккенге барабар. Калктын санынын өсүшү кадр жетишсиздигине алып келгендигине байланыштуу чакан ишканалардын саны келечекте өсүү мүмкүнчүлүгү бар.

Планетанын эң кир, ыплас шаар Агбоглоши Ганада жайгашкан. Бул шаарда жашаган эксперттердн айтуусу боюнча эң коркунучтуу. Бүгүнкү күндө адам баласынын колундагы Агбоглоши дайыма эле мындай болгон эмес, жарым чөл аймакта уюшулган электр техникалардын таштанды экологияны саналган жылдардын ичинде эле бузулган. Так ушул жерге көптөгөн мамлекеттерден миллиондогон тонналап “санариптик” калдыктарды ташууда. Учурда Агбогблошиде жайгашкан таштанды планетанын эң чоңу. Бирок бул жерде жайгашкан 40 миңдеген жергиликтүү жашоочулар таштандыда иштеп, түстүү металл издешет. Иш учурунда эллектрондук таштандыларды жагуу учурлар эң көп кездешет, кээде чоң өрткө алып келет. Мында абага учуп чыккан уулу заттардын санын айтуу да коркунучтуу. Эколог эксперттердин чечими боюнча абаны жана айлана-чөйрөгө тийгизген таасирлерин чектөө максатында Карле лагунасынын жээгинде жайгашкан бул таштандыны чөктүрүү керектигин айтышкан.

Аталган шаарларда жана башка Россия федерациясында Дзержинск жана Норильск, Замбияда Кабве, Бангладеште Хазарибагх, Кытайда Линьфенде дал ушундай экологиялык проблемалар өтө эле масштабдуу жана адамзатынын бүгүн бизге калтырган “белеги”. “Алма сабагынан алыс түшпөйт” дейт, албетте бул ишти келечек муун далай кайталайт. Жарым кылымдан ашуун мезгилде пайда болгон бул экологиялык проблема Бишкекте кайталанып жатканы айкын мисал болуп бере алат.

Өнүккөн жана өнүгүп келе жаткан өлкөлөрдүн экономикасы үчүн экологияны, адам ден соолугун курмандыкка чалуусу чын.

Таш көмүр иштеп чыккан аймактарда, мисалы, Линьфэндин абасында кычкылтектен тышкары көмүр кычкыл газынын, коргошундун жана органикалык химиялык заттардын топтолуусу эң жогору. Буга ылайык Блэксмит институтунун изилдөөсү боюнча абасы эң кир жанаадам ден соолугу үчүн эң кыйла жер экэндигин аныкташкан. Жашоочу жергиликтүү калкынын саны 900 миң адамдан ашык. Көрүү мүмкүнчүлүгү бир нече метрден кийин эле мүмкүн эмес. Бул эле эмес булгануусунун деңгээли өтө эле жогорку баскычта. Адамдар респираторлор менен гана көчөөдө басышат, ал эми сууну сатып гана ала алышат. Себеби суу өткөрүүчү системаларда суу кадимки бензинге окшош. Шаардын ичинде эле эмес чет жагында жайгашкан территориялардан бак-дарак табууга мүмкүн эмес. Ал эми жерлери жемиш берүүсүн токтотушкан.

Смог көбүнчө кичине балдардын, кары адамдардын, жүрөк-кан тамыр (гипертония, дистония, анемия) жана дем алуу (астма, бронхит, эмфизема) системасынын ооруларынан жабыр тарткандарга терс таасирин көбүрөөк тийгизет. Баш оору, мурундун, көздүн жана кекиртектин былжыр челинин сезгенүүсүнө, дем жетпей энтигүүгө, ал тургай дем алуунун токтоп калышынын себеби боло алат. Смог учурунда дем алуу системаларынын жана жүрөк-кан тамыр ооруларынын саны көбөйөт жана ремиссиялар, каза тапкандар кескин жогорулайт.

Эң коркунучтуу убак смог “булутунун” таңкы маалда жерге жакын жайгашкан учуру

эсептелинет. Ал эми бизге белгилүү болгондой калктын көбү таң атаар замат жумушка, спорт менен машыгууга, мектепти көздөй жол тартат. Түшкү маалда “булут” жогоруну көздөй көтөрүлөт. Мындай көрүнүш күндүн аябай ысыктийип турган убагында кездешет. Смог дагы жыш болуп, жерди көздөй жакындашы бир канча күнгө созулуп турат. Жай убагында климаттын себебинде зыяндуу “булут” башка мезгилдерге карганда жерге жакын жайгашып турат.

Ички органдарга түшкөн зыяндуу заттар концереген катары коркунучтуу шишиктерди пайда кылат. Негизи коркунучтуу шишиктерге кары адамдар кабылса кийин бул оору жашарууда, эми көбүнчө жаш курактагы жана орто курактагы адамдар көп кабылышат. Рак, коркунучтуу шишик ооруларынан каза тапкан адамдардын саны башка мамлекеттерге салыштырмалуу бир нече эсе жогору.

Жүрөк-кан тамыр оорулардын пайда болушуна себепкер. Жүрөктүн ишемия оорусуна, аритмияга, гипертензияга алып келет. Булардан тышкары жүрөктүн жетишсиздигин, коронардык оорулардын ого бетер өрчүшүнө алып келет.

Дем алуу системасынын начарлашына алып келет. Жогорку жана ички дем алуу органдарына түшкөн күкүрт кычкыл газы былжыр челинин сезгенүүсүнө жана анын өнөкөт формасына өтүп кетишине себеп болот. Иммунитеттин начарлашына алып келет, ал өз учурунда дем алуу органдары аркылуу денеге вирус, бактерия ж.б. микроорганизмдердин киришине өбөлгө түзөт. Өпкөнүн негизги функциясы газ алмашуу бир канча төмөндөйт. Бул учурда анемия, ишемия, гипоксия ооруларына себепкер болот.

Гиперсезгичтик аллергиянын оор формасынын себеби катары да абада кармалган зыяндуу заттар кескин жогорулоосунун натыйжасында пайда болот.

Нерв системасына тийгизген таасирин адамдын көңүл буруусунун, эс тутумунун начарлашынан жана адамдын тез картайганынан байкаса болот. Альцгеймер оорусунун бир канча ирээт пайда болушуна өбөлгө түзөт.

Смог дем алуу, нерв жана жүрөк-кан тамыр системасына гана эмес, илимий такталган маалыматтарга ылайык жатында жаткан балага да терс таасирин тийгизет. Смог менен дем лган энелердин балдары өтө кичине өлчөмдө төрөлөт. Мындай ымыркайлардын өпкө органы жакшы өрчүбөгөн.

Медицина кызматкерлердин сунушу боюнча смог жайгашкан аймактарда бир нече эрежелерди сактоо керек. Булар: көчөөгө басканда респиратор менен дем алуу, ным чүпүрөк менен ооз, мурунду жабуу; тез тезден бетти жууп туруу; турак-жайлардын эшик, терезелерин ачпоо жана спорт менен машыкпоо; тез арада смог коюу жайгашкан аймактан алыс көчүп кетүү.

Жыйынтыктоо

Жер шарындагы смог көйгөйү XX кылымдын башында эле пайда болгон. Бүгүнкү статистика боюнча көптөгөн территрояларды каптап калуу коркунучунда. Буга ылайык атайы чаралар жүргүзүлүүсүнө муктаж.

Биринчиден смог тийгизген терс таасири адамдын ден соолугун бузушуна, бак-дарактардын, өсүмдүктөрдүн жана жан-жаныбарлардын санынын азайышына, жабыр тартылышына алып келгендигин эске алуу керек.

Экинчиден ойлонуп иш кылуу. Мунун натыйжасында смогтун алдын алууга мүмкүнчүлүк бар. Жогоруда айтылган маалыматтардын негизинде ЖЭБтерди шаардан алыс жайгаштыруу, от жагуучу турак-жайларга фильтр колдонуу, автоунаалардын санын азайтуу, системалуу шаарда имараттарды жана иш каналарды куруу керек. Атайы БУУ койгон чекке жеткирбегенге аракет кылуу.

Үчүнчүдөн шаар ичинде жаначетинде жайгашкан таштандыларды өртөгөнгө тыюу салуу туура чечим. Андан чыккан уулу заттардын топтолушу тез жүрөт жана натыйжада кара түтүн топтолуп “зыяндуу булуттун” пайда болушуна алып келет.

Жер шарынын бүгүнкү күндө жашап жаткан оор абалдарынан чыгуу адам баласынын колунда. Смогтун кесепетинен жагымсыз ооруларга туш болууга караганда аны профилактикалоо эң туура чечим.

Ошондуктан смог менен күрөшүү бүгүнкү күндө өзгөчө коркунучтуу абалдар тизмесине киргзүү жана аны менен күрөшүүгө бүт күчтү жумшайбыз. Калктын смогтун тийгизген таасирлери, анын пайда болушу жана кантип мындан арылуу жолдорун ачык, айкын айтып берүү. Жөнөкөй турак-жайларда колдонууга болуучу электрондук фильтрлерди колдонуу киргизүү менен комфорт жашоонун натыйжасын өзүбүз түзө алабыз.

Пайдаланылган адабияттар:

Колдонулган китептер:

1. Зубанова С., экологиялык шпаргалка, - М.: Эксмо, 2007, 15-б.;

2. Литвицкий П.Ф., патофизиология 1-том, 2-чыгарылышы, -М.:ГЭОТАР-МЕД, 2003, 600-б.;
3. Струков А. М., Серов В.В., патологиялык анатомия, 6-чыгарылышы, - М.: Литтерра, 2010, 237-б.

Ссылка:

(1) https://www.google.com/amp/s/ru.sputnik.kg/amp/society/20180108/1037174774/pochemu-nad-bishkekom-navis-smog-i-chem-on-opasen.html
(2) http://assol-club.net/2016/05/kak-smog-vredit/
(3) https://works.doklad.ru/view/KI6GbV5HtBI.html

УЛУУ ДАРЫГЕР ИБН СИНА ЖАНА БҮГҮНКҮ КҮНДӨГҮ «ИБН СИНАЛАР»

Р.А. Сатыбалдиева , У.П. Саттарова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
(м.и.д, профессор – Кудайбергенова Индира Орозбаевна)
Бишкек ш, Кыргыз Республикасы

Аннотация: Дарыгерлик- адамзатка кызмат кылууга арналган, дүйнөдөгү эң асыл, гумандуу жана абдан зарыл кесиптердин бири. Тарыхта аты сакталып келген чыгыш элинен чыккан улуу дарыгер Абу Али Ибн Сина жана атагы алыска жеткен кыргызстандык “Ибн-Синалардын” талыкпас эмгектери жөнүндө баяндалат.

Негизги сөздөр: *Абу Али Ибн-Синанын эмгектери , кыргыз медицинасы, терапия, пульс , пульмонология, анестезиология , эндокринология, торакалдык хирургия, жүлүн, баш-мээ шишиги, неврология, кан-тамыр хирургиясы.*

ВЕЛИКИЙ ВРАЧ ИБН- СИНА И СЕГОДНЯШНЫЕ “ ИБН-СИНЫ”

Р.А.Сатыбалдиева, У.П. Саттарова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор - д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация: Врачевание предназначена человечеству, самая нужная и ценная профессия. Великий врач, который остался в истории человечества. В истории сохранены труды знаменитого врача с востока Ибн Сина и кыргызские труды как Ибн Сина, которые описываются.

Ключевые слова: *Труды Абу Али Ибн-Сины, кыргызская медицина, терапия, пульс, пульмонология, анестезиология, эндокринология, торакалная хирургия, спинной мозг, опухоль головного мозга, невралогия, сосудистая хирургия .*

IBN SINA AHD GREAT PHYSICIAN UNTIL THIS DAY «IBN SINA»

R.A. Satybaldieva , U.P. Sattarova
Kyrgyz State Medical Academy n.a I.K. Akunbaev
(Prof., Professor Kudaibergenova Indira Orozbaeva)
Bishkek , the Kyrgyz Republic

Annotation: The doctor- is dedicated to the service of humanity, across one of the most noble, humane and necessary professions. History has retained the eastern people, the great physician, Abu Ali Ibn Sina and Kyrgyzstan reached the vaunted "Ibn Sina tells about the" tireless work.

Key words: Abu Ali Ibn Sina, medicine, therapy, implanted, pulmonology, anesthesiology, endocrinology, torakal surgery, spinal cord, brain tumor, neurology, vascular surgery

Теманын актуалдуулугу: Медицинанын тарыхында көп кырдуу инсан жана дарыгер Ибн-Синанын атын өчүрбөө жана бүгүнкү күндөгү “Ибн-Синалардын” аттарын тарыхта калтыруу актуалдуу маселелердин бири.

Максаты: Биздин максат медицина илиминин аты менен байланышкан алгачкы Чыгыш философу жана дарыгери Абу Али Ибн-Синанын эмгектерин эскерүү аркылуу кыргыз медицинасындагы “Ибн-Синалардын” талыкпас ишмердүүлүктөрүн кийинки муундарга үлгү катары ачып көрсөтүү.

Ибн Сина ким болгон?

Чыгыш окмуштуусу, улуу ойчул, табият таануучу, философ жана акын Абу Али Ибн Сина (980-1037) Бухарага жакын жердеги Авшан айылында төрөлгөн. Табият таануу илимдерине кызыгып, медицина менен болгон байланышы аябай бекем болгон. Башталгыч билимин саманиддердин администрациялык жогорку бийлик өкүлү болгон - атасынан алган. Абу Али Ибн Сина өзүнүн жөндөмдүүлүгү менен он жашында куранды жатка билип, андан сырткары тарых, адабият, перс жана араб тилинин граматикасын өздөштүргөн. Ал гуманитардык багыттагы илимдерге гана кызыкпастан , математика илимин-Махмуд Массохтон , логика жана фикх (мусулман укуктар) – Исмаил Захидден жана ошондой эле медицина илимин – бухара дарыгери Абу Мансур Камариден үйрөнгөн. Он беш жашынан тартып, өз алдынча даярдана баштаган. Ал эми он сегиз жашынан тартып Ибн Сина дасыккан окумуштуу болгон: дал ушул жылдары Бухарада дарыгер катары белгилүү болот. Кээ бир эмгектерин алыс жолдо арабасынын тактысында жазчу. Абу Али Ибн Синанын философиялык жана илимий эмгектеринин саналуу бөлүгү гана сакталып калган. Анын негизги философиялык эмгеги “Айыгуу китеби” – төрт бөлүмдү өз ичине камтыган: физика, математика илимдери (геометрия, арифметика, музыка , астраномия) жана метафизика илимдери. Бардык жазылган эмгектеринин ичинен Чыгыштын жана Батыштын илим изилдөөчүлөрүнүн арасында өтө белгилүү , чоң таасир берип турган “Дарыгерлик медицинанын канону” аттуу китеби болгон. Анда анатомиялык маалыматтар менен бирге медицина илиминин философия менен болгон байланышына өзгөчө баа берген. Медицина илими боюнча Ибн Синанын жазган эмгектери: “Жүрөк дарылары жөнүндө китеп” , “Пульс” жана башка көптөгөн хирургия , терапия боюнча жазылган китептер эле. Ибн Сина ошол мезгил үчүн медицинадагы так жана даана маалыматтарды жазып калтырган. Ошондой эле окумуштуунун эмгектеринин ичинен анын философия боюнча жазган эмгектери, китептеринин арасынан басымдуу бөлүктү ээлеп турат. Дал ушул кенен ой жүгүртүүсү менен ал медицина илимин терең өздөштүрүүгө жетишкен жана өз доорунун белгилүү ойчулу, дарыгери болгон. (1)

Бүгүнкү “Ибн Синалар” кимдер?

Дал ушул улуу ойчул, философ жана дарыгер Ибн Сина сыяктуу кыргыз медицинасынын тарыхына чыйыр салып, табияттан берилген талантын жана талыкпаган эмгегинин жолдорун айкалыштырып, “ташка тамга баскандай” из калтырган дарыгерлер жөнүндө кеп учугун улантсак. Негизинен кыргыз медицинасынын өнүгүү жолу совет бийлигинин орношу менен тыгыз байланышкан. Ага чейин элдик медицина кыргыз элинде кулачын кенен жайып келген. Октябрь революциясынан кийин Кыргызстанда алгачкы Медициналык Институт ачылып, андан татыктуу кадрларды даярдап чыгара баштаган. Эң алгачкылардан болуп совет доорундагы атагы таш жарган кыргыз медицинасынын атактууларынын ичинен сап башында жугуштуу жана мите ооруларды изилдеп, уюштуруу чараларын иштеп чыгууга шарт түзүп, ооруларды азайтууга А.Ф. Яковлев, Д.М. Масленников жана К.С. Нигматуллин чоң салым кошушкан. Курортология жана физиотерапия илим изилдөө институтун Б.Ф. Бабаханов жетектеген. Андан соң 80-жылдары бронх астмасы менен ооругандарды, тоо климаты менен дарылоо принциби иштелип чыгып, М.М. Миррахимов тарабынан сунуш кылынган. Андан сырткары окмуштуулар А. Жайлообаев, М.М. Миррахимов, Н. Нарбеков, Т. Мураталиев тарабынан деңиз деңгээлинен бийиктикте жашагандардын кан басымынын көтөрүлүшү , жүрөк гипертониясы, ошондой эле жүрөктүн ишемия оорусу жана гипертония оорусу тоодо жашагандарда аз жолугары Т.С. Мейманалиев тарабынан аныкталган. Андан сырткары ревматизмдин өнүгүшүн изилдөө иштеринде зор салым кошушкан. Эндокринологиянын көйгөйлөрүн изилдөө иштеринде И.К. Ахунбаев, Y. Байзаков сыяктуу дарыгерлердин салымы чоң. Андан сырткары 1961-жылы педиатрия боюнча Д.А. Нарынбекова, Р.Ю. Ташматова ымыркайлардын ооруларын изилдөө иштерин жүргүзүшкөн. (2)

Кыргыз медицинасы дегенде эле, аттын кашкасындай таанымал, төгөрөктүн төрт бурчуна өз ишин мыкты билгендиги менен айырмаланган биз сыймыктанган кыргыздан чыккан дарыгерлер тууралуу сөз кылсак.

Алардын ичинен Орто Азия чөлкөмүндөгү тагыраагы Кыргыз ССРинин эмгек сиңирген врачы , хирург, медицина илимдеринин доктору, Кыргызстанда жүрөккө биринчи жолу операция жасаган , көкүрөк хирургиясынын баштоочусу Орто Азияга аттын кашкасындай таанымал дасыккан дарыгер – Иса Коноевич Ахунбаев (1908-1975) сап башында турат. Ташкенттеги Орто Азия университетин медициналык факультетин аяктаган соң, 1936-жылы Кыргызстанга келип , Фрунзе шаардык ооруканасында хирургия бөлүмүндө адистиги боюнча эмгектенип, аны менен катар Кыргыз ССРинин саламаттыкты сактоо боюнча эл комиссарлар советинин кызматын өтөгөн (1935-1939). 1961-жылдан тартып бардык күчүн өзүнүн негизги эмгеги болгон-хирургияга жумшайт. Анын

илимий иштеринин ичинен ошол учурдун актуалдуу негизги көйгөйү болгон эхинококкоз, коллапс, анестезиология жана реаниматология , көкүрөк жана өпкө хирургиясы, жүрөк-кан тамыр хирургиясы боюнча илимий иштерди жүргүзгөн. И.К. Ахунбаев өз ишмердигинде 230 дан ашуун илимий эмгек жазып, анын 130 монография жана медицинага тиешелүү болуп, калганы коомчулук көйгөйлөрү тууралуу жазылган. Андан сырткары Улуу медициналык энциклопедия журналынын хирургия бөлүмүнүн редакторлорунун бири болгон, ошондой эле "Көкүрөк хирургиясы", "Эндокринология көйгөйлөрү", "Кан айлануу" , "Кыргызстандагы саламаттыкты сактоо" аттуу журналдардын редакциялык мүчөсү болгон. Ошондой эле хирургдардын Эл Аралык ассоциациясынын, Кыргызстан хирургдар коомунун , СССР эндокринологиялык жана хирургиялык коомдун мүчөсү болуп иш жүргүзгөн. Чалыкпастан эмгектенгендиги, элдерге ар дайым жардамга келүүгө даярдыгы менен көп адамдардын алкышын алган. Иса Ахунбаев эмгектери үчүн Ленин жана Октябрь ордендери, Эмгек Кызыл Туу, "Ардак белгси" медалдары менен сыйланган. Анын хирургия чөйрөсүндөгү тажрыйбаларынын арты менен жүрөккө хирургиялык жол менен бир жылда тогуз жүздөн миңге чейин операция жасалат. Алардын ичине ымыркай балдар да кирет. (3)

Борбордук Азиядагы алгачкы хирург-аял , академик , билим берүүнүн мыктысы, Кыргыз Республикасынын эмгек сиңирген дарыгери , медицина илимдеринин доктору, профессор- Рыскулова Какиш Рыскуловна (1918-2018). Медициналык окуу жайды аяктаган соң Ош областында фельдшер , Нарын шаардык ооруканасында , 1940-жылдан тартып Тянь –Шань областык саламаттыкты сактоо бөлүмүндө эмгектенген. 250 дөн ашык илимий эмгектин автору. Эки жолку "Ардак белгиси" , Ленин ордендери, "Улуу Ата Мекендик согуштагы эмгеги үчүн" медалы, "Данк" күмүш медалы, 2, 3 даражадагы "Манас" ордендери менен сыйланган. Өзүнүн кесиптик өмүр жолунда эң масштабдуу илим-изилдөө иштерин хирургияда нервтерди жана кан-тамырларды тигүүгө жумшаган. Какиш Рыскулованын эмгектери азыркы заманбап медиктердин чөйрөсүндө кенен колдонулат. Анын ампутация учурунда кесилген нервдерди тазалап, алардын сезгичтигин калыбына келтирүү, кан тамырларды тигүү, улаштыруу ыкмаларын өздөштүрүү, ошондой эле карын, он эки эли ичеги, эхинококкозду хирургиялык жол менен тазалоо сыяктуу илимий эмгектерди жараткан. Ошондой эле өз өмүр жолунда 32 илимдин кандидатын жана 7 медицина илимдеринин докторун даярдап чыгарган. (4)

Андан кийинки Улуттук Илимдер академиясынын мүчөсү, хирург, медицина илимдеринин доктору, профессор, Улуттук хирургия бөлүмүнүн башчысы - Мамакеев Мамбет Мамакеевич (1927). 250 илимий эмгектин, анын ичинен 9 монографиялык , 7 окуу куралынын автору. Мамбет Мамакеевдин кол астында 3 докторлук жана 14 кандидаттык илимий- иш жакталган. 1 даражадагы "Манас" ордени , "Руханият" эл аралык сыйлыгы жана башка көптөгөн сыйлыктардын ээси. Анын илимий-уюштуруучулук боюнча жетишкендиктеринен айта кетсек : хирургиялык комплексти уюштуруп , заманбап талаптарга ылайык көп профилдүү кылууга, илимий – практикалык хирургиялык мектепти уюштурууга салым кошуп, жетектеген. Жаш курагына карабастан жылына эки жүз элүүдөн ашуун операция жасап келген.

Негизги эмгектери:

- Өттүн таш ооруларынын өтүшүп кеткен учурунда өткөрүүчү анастамоз;
- Уйку безинин оорулары (клиникалык-эксперименталдык илимий изилдөө);
- Холуцеститтин жана өттүн таш ооруларынын өтүшүп кеткен учурунда хирургиялык жол менен дарылоо;
- Ичтин ачык травмасы;
- Өпкө жаракат алган учурунда хирургиялык тактика жана башкалар; (5)

Медицина илимдеринин доктору, профессор, Кыргыз Улуттук илимдер академиясынын академиги, Социалисттик эмгектин баатыры, Кыргыз Республикасынын эмгек сиңирген дарыгери - Миррахимов Мирсаид Мирхамидович (1927-2008). Белгилүү клиникалык физиолог, терапевт, педагог. Бийик тоолуу аймактагы кардиология илиминин негиздөөчүсү жана ушул чөйрөдөгү башталгыч билим берүүчү. Ал ички оорулар, ревматология, нефрология, пульмонология илимдеринин өнүгүшүнө салым кошкон. Кыргыз Республикасындагы калктын жүрөк ооруларын 15% чейин өлүмдү азайткан. Кыргыз Республикасынын Президентинин указы менен Улуттук кардиология жана терапия борборуна академик Миррахимовдун ысмы ыйгарылган. Ал "Ардак Белгиси", Ленин, Элдердин достугу, Н. Пироговдун, 1, 3 даражадагы "Манас " ордендери, Чазов атындагы медаль, Мустафа Кемаль Ататүрк фондунун алтын медалы менен сыйланган, 700 ашык илимий эмгектери жарык көрүп, анын ичинен 500 илимий , 19 автордук ойлоп тапкычтык боюнча. Биринчи жолу бийик тоолуу климат ден соолукка пайдалуу болушуна көңүл бурган. (6)

Бебезов Хаким Сулайманович (1939) – Кыргыз Респибликасынын эмгек сиңирген дарыгери,

медицина илимдеринин доктору, профессор. Көкүрөк, эндокринология, пластикалык жана торакалдык хирургия боюнча мыкты иш билгич. Кыргыз Республикасынын эмгек сиңирген дарыгери аттуу наамдын ээси, "Данк" медалы менен сыйланган. Ал 190 дон ашуун илимий эмгектин автору, анын ичинен 6 монографиясы бар. Хаким Сулаймановичтин жетекчили астында 3 докторлук жана 15 илимий ишин жактаган. (7)

Өмүр жолунда жасаган негизги эмгектери:

- Өпкөнүн рак оорусуну диагностикалоо жана дарылоо (1990-ж, Фрунзе);
- Ириң хирургиясы боюнча тандалма суроолор (1999-ж , Бишкек);
- Калкан безинин түйдөчөлөрүнүн пайда болушу (2000-ж, Бишкек);
- Курч паропроктит (2000-ж, Бишкек);
- Кан –тамырлардын кол, бут бөлүгүндөгү ооруларын дарылоодо микрохирургиялык жол менен коррекциялоо (2001-ж, Бишкек);

Миталип Мамытов (1939) – атактуу дарыгер- нейрохирург, Кыргыз Илимдер академиясынын академиги. Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясынын невралогия жана нейрохирургия кафедрасынын жетектөөчүсү. Эмгек жолунда 260 ашуун илимий эмгек жазып, анын ичинен 5 монография, 8 ойлоп табуучулук жана 5 окуу куралын жазган. 2 докторлук жана ондон ашуун кандидаттык диссертациянын жетектөөчүсү болгон. Илимий эмгектери көбүнчө: баш мээнин шишиги, баш сөөк жана мээ бөлүгүнүн травмалары, омуртка аралык дискаларынын грыжасы, баш мээнин ооруларында нейрохирургиялык аспетилер, ияки органдардын нейрогендик дистрофиясы. Баш мээге жана жүлүнгө он миңден ашуун операция жасаган. 1, 3 даражадагы "Манас", "Данк" ордендери, "Кыргыз Республикасынын Баатыры" ардак наамынын, "Алыкул Осмонов", "Чынгыз Айтматов" атындагы медалдарынын ээси. (8)

Эрнст Акрамов Хашимович (1936) – советтик, илим изилдөөчү хирург, гуманист, мамлекетик жана коомдук ишмер, медицина илимдеринин доктору, профессор, Кыргыз Республикасынын илимий ишкери, Кыргыз ССРинин эмгек сиңирген врачы, Кыргыз Республикасынын Баатыры. Өткөн кылымдын алтымышынчы жылдарында өлкөдөгү жалгыз кан-тамыр хирургиясы боюнча хирург болгон.(9)

Негизги эмгектери:

- Ириң хирургиясынын тандалма суроолору;
- Панкреанекроздун хирургиясы жана уйку безинин анатомиясы;
- Ашказандын резекциясында гепатодуоденальдык бөлүгүнүн хирургиялык анатомиясы;
- Ичегинин хирургиялык анатомиясы жана операциялардын түрлөрү;

Алган сыйлыктары: "Жылдын Адамы" көз карандысыз мамлекеттердин номинациясында, Кыргыз Республикасынын 2004-жылдагы Мыкты дарыгери, "Данакер", Пирогов ордендеринин ээси, "Кыргыз Республикасынын Жогорку Кеңешине 70 жыл" медалы менен сыйланган.

Омурбеков Талантбек Орускулович- медицина илимдеринин доктору, педиатр, балдар хирургу. Өрнөктүү өмүр жолунда 222 публикациянын ээси, анын ичинен 117 илимий эмгек, 4 монографиялык 12 окуу-усулдук куралынын ээси.(10)

Илимий эмгектери:

- Аялдардын репродукция органдарынын системасы;
- Жүлүндүн мээ-кыртыштык бөлүгүнүн грыжасын дарылоо;
- Жаш балдардын аппендикулярдык перитонтитинде көөдөн бөлүгүн дренировкалоо;
- Тубаса сифилистин клиника-морфологиялык пайда болуусу;

Касиев Накен Касиевич (1947-ж) – медицина илимдеринин доктору, Кыргыз Республикасынын эмгек сиңирген дарыгери, "Ардак Белгиси" орденин,"Данк" жана Бүткүл Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун алтын медалы менен сыйлаган. 40 тан ашуун илимий эмгектин автору. (11)

Алымбаев Азамат Алымбекович – Кыргыз Республикасынын эмгек сиңирген дарыгери.

Калдарбек Абдраманов – белгилүү кардиохирург , профессор

Медицина илимдеринин доктору, профессор - Жумабеков Сабырбек Артисбекович (1964). Белгилүү ортопед жана травматолог, 317ден ашуун илимий эмгектердин автору, анын ичинен 61 ойлоп табуучулук, 5 илимий –методикалык окуу куралынын автору. Кыргыз Республикасынын "Жаңы технологиялар жана илим" наминациясынын лауреаты. "Манастын 1000 жылдыгы" медалынын, "Кыргыз Республикасынын эмгек сиңирген врачы", Кыргыз Республикасынын Мамлекеттик илим жана техника боюнча сыйлыктардын лауреаты. (12)

Илимий эмгектери:

- Пертенс оорусунун балдарда кездешкенин операция аркылуу дарылоо;
- Травма алган соң сөөк тканынын регенерациясы жана микро элементардык курамы;

- Омуртка тутумунун ооруларун жана жаракат алган соң , операция жолу менен айыктыруу;
- Күң жиликтин сынган учурунда жаңы ыкмалар менен жана операция жолу менен айыктыруу жолдору;
- Алгачкы жолу микрохирургиялык дискэктомия жана экинчилик кайрылып-ийилип калган процесстин эпидуриуалдык абалды омуртка тутумунун бел-куймулчак бөлүгүн дарылоо;
- Биринчи жолу аххилдик тарамыштын жарылып кеткен учурунда жаңы пластикалык түзөтүү жолдору иштелип чыккан;
- Жото жиликтин проксималдык бөлүгү сынган учурда операциялык жол аркылуу дарылоо сыяктуу көптөгөн илимий иштер иштелип чыккан.

Бүгүнкү медицинанын тарыхында медицина менен философияны катар алып бара жаткан инсандарды да кездештиребиз. Атай кетсек И.А. Ашимов ф.и.д. жана м.и.д., профессор , Улуттук илимдер академиясында илим изилдөөчү жана Кыргыз Республикасынын эмгек сиңирген дарыгери. Ошондой эле "Түзүлүүнүн мыйзам ченемдүүлүтөрү жана илимий-дүйнө таануу маданиятынын өзгөрүшү (Ашымовдун теориясы)" аттуу маанилүү илимий ачылыш жасаган. И.А. Ашымов "Индивиддин илимий –дүйнө таануу маданиятынын триаддуу синтези" аттуу илимий гипотезанын автору. 3 монография, 2 илимий, 3 илимий-белгилүү макаланы жазган. (13) Ч.С. Усупова ф.и.д. , доцент бир монографиянын, бир нече методикалык окуу куралдарынын, 43 төн ашуун илимий макалалардын автору. Өзүнүн тиш докторлук кесибине карабастан философия илиминде да ийгиликтерди багынтып келет. "Кыргыздын социалдык философиялык укуктук маселелери" деген темада докторлук илимий ишин жактап, коомдук илимдер жана философия кафедрасында кафедра башчы болуп иштеп жатат.

Жогоруда эскерилген улуу дарыгерлерди кыргыз элинин "Ибн-Синалары" деп айтууга негиз бар. Анткени улуу ойчул, дарыгер Ибн Сина сыяктуу татаал жолду басып өтүү менен өз мезгилинин мыкты атуулдары болуп, элине болгон кызматын аябастан жасаган жана жасап келет. Ошону менен катар чыгармачылык, ой жүгүртүүчүлүгүнүн мыктылыгы, өз жумушун ашкере сүйгөндүгү менен айырмаланып турушат. Албетте кыргыз элимде ушундай улуу адамдар, дарыгерлер көп болсо , элибиздин саламаттыгына кам көрүү менен келечек муундарга үлгү болуу менен катар тарых барактарында аты өчпөстөн сакталып келе берет жана тарыхта сактап калуу биздин милдет. Биз ар дайым элибиздин чыгаан атуулдары менен сыймыктанабыз!

Адабияттардын тизмеси:

1. Халил Аманканов, "Авицена", Ф.:1956-ж, 23-бет.
2. Кыргыз Совет Энциклопедиясынын Башкы Редакциясы.,// "Ден-соолук" ., // Медициналык энциклопедия ., Ф., 1991-ж.
3. Бекташ Шамшиев , Ахунбаев Иса Коноевич., www.Azattyk.kg .,2017-ж.

Ахунбаев Иса Коноевич // Чоң советтик энциклопедия, башкы редактору А.М. Пропрохов 3-бас.чыг; 1969-1978-ж.

4. Рыскулова Какиш Рыскуловна ., www.knews.kg , 2018-ж.
5. Мамбет Мамакеев // Кыргызстан боюнча// Инсандар., www.open.kg , 2018-ж
6. Б.Р.Тимирбаев. Мирсаид Миррахимов/ "ЖЗЛК" басамаканасы ., Б., 310 б., 2009-ж.
7. Хаким Бебезов., "Кто есть кто?"//Каргызстан//Дарыгерлер., www.why.ca-new.org ., 2014-ж.
8. Миталип Мамытов//Кыргыз Республикасынын Улуттук Илимдер Академиясы., //Нейрохирургия., www.naskr.kg .
9. А.И. Иванов, /Эрнст Акрамов / Иванов А. «И их великое множества»,/ Б.,2017-ж;/ 223-б.
10. Омурбеков Талантбек Орускулович, "Кто есть кто?" / Каргызстан/ Дарыгерлер., www.why.ca-new.org ., 2005-ж.
11. Елена Дойникова. Накен Касиев / Вечерний Бишкек., www.vb.kg ., 2013-ж.
12. Сабырбек Жумабеков //Кыргыз Республикасынын Улуттук Илимдер Академиясы., //Травматология жана ортопедия ., www.naskr.kg .
13. Роман Гайнанов.Теория Ашимова., Кабар., Б., 2018-ж.

Авторлор тууралуу маалымат:

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы (Бишкек ш, 720020, ул. Ахунбаева 92)

Сатыбалдиева Рахат Абдрамановна- философия илимдеринин кандидаты, доценттин милдетин аткаруучу, И.К. Ахунбаев Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын философия жана коомдук илимдер кафедрасынын мугалими, satybaldieva.rakhat@mail.ru

У.П. Саттарова – И.К. Ахунбаев атындагы КММА педиатрия факультетинин 1 курсунун студенти uulhansattarova1@gmail.com

МУЗЕЙ ПЛАСТИНАЦИИ В Г. БИШКЕК

Сутуев Артур

КГМА им. И.К. Ахунбаева, каф. нормальной и топографической анатомии, Кафедра русского языка

Научные руководители к.м.н, доц. Абаева Т.С., к.п.н. Молдокматова Н.Т.

В мире существует много интересных музеев, необычные экспонаты которых принесли им славу и популярность. Расположенный в Бишкеке музей Пластинариум (Plastinarium) сложно назвать слишком популярным, да и посетить его отважится далеко не каждый. Но перед собравшимися с духом смельчаками откроется одна из самых странных и неоднозначных музейных экспозиций в мире.

6 сентября 1998 года был открыт на 3-ем этаже Морфокорпуса при КГМА им. И.К. Ахунбаева Музей Пластинации.

Актуальность. Несмотря на то, что ежегодно государство выделяет немалые денежные средства на профилактику заболеваний, возникающих вследствие вредных привычек, в Кыргызской Республике не наблюдается массовое увлечение населения ведением здорового образа. В связи чем, сокращается продолжительность жизни в нашей стране. Проведение сложных хирургических операций требует высокой квалификации медицинских сотрудников.

Музей пластинации существует, чтобы изменить отношение современного человека к своему телу и смерти, как таковой, а также чтобы люди бросали курить и переставали злоупотреблять алкоголем, начинали соблюдать диету и заниматься спортом. Изучая тело человека, они стараются соблюдать здоровый образ жизни. Они понимают - насколько опасна болезнь для живого организма. Экспонаты дают информацию не только посетителям, но и медицинским сотрудникам и студентам.

Гу́нтер фон Ха́генс – анатом из Германии. Он является изобретателем способа бальзамирования и консервации анатомических препаратов получившего название пластинация. В 1977-м году доктор Гунтер фон Хагенс изобрел метод пластинации, который позволяет сохранять внешний вид тел и органов умерших людей и животных.

Уникальную технологию пластинации глубокого бальзамирования – специалисты кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева освоили с помощью ученых из института пластинации старинного Гейдельберского Университета. Все сотрудники кафедры прошли 3-х месячную специализацию в Германии по 3-4 раза. (доцент Абаева Т.С., ассистенты Дуйшенова К.Ш., Гайворонская Ю.Б. и др.)

Пластинация - метод бальзамирования и консервации анатомических препаратов, заключающийся в замене воды и липидов в биологических тканях на синтетические полимеры и смолы. Изготовленный методом пластинации анатомический объект называется «пластинат».

Процесс пластинации

Пластинариум или музей пластинации помогает изучить анатомическое строение тело человека. От простых строении костей до сложных нервных узлов. От тела недоношенного ребенка до органов пожилого человека.

Все студенты Кыргызской государственной медицинской академии посещают данный музей. Для будущих врачей он служит неординарным источником познания и инструментом получения знаний по анатомии человека и наглядным инструментом введения в науку.

Перечень получаемых практических навыков при посещении музея:

1. Демонстрация скелета.
2. Демонстрация суставы нижней конечности.
3. Определение поверхностных мышц туловища.
4. Определение мышцы головы.
5. Демонстрация сосуда.
6. Отличие нервов от сосудов.
7. Определение органы грудной полости. Отличие легкого курящего от некурящего.
8. Отличать норму от патологии.
9. Определение головного мозга.
10. Определение спинного мозга.
11. Определение брюшной полости.
12. Определение черепа.

Интересный факт – **музей пластинации в г. Бишкек является единственным в Центральной Азии**. Данный музей гордость для нашего народа.

STUDENTS OF SOUTH ASIA CULTURES IN THE INSTITUTE

Igor Hadjamberdiev
Asian medical institute named S.Tentishev (Kant)
igorho@mail.ru

СТУДЕНТЫ ЮЖНОАЗИАТСКИХ КУЛЬТУР В ИНСТИТУТЕ АЗИАТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ С.ТЕНТИШЕВА (КАНТ)

Хаджамбердиев Игорь

В институте обучаются индусы и пакистанцы. Они имеют резкие отличия конфессиональные, национальные и иные. Для более успешного внедрения медицинских и экологических знаний и навыков общежития нами использованы материалы классической средневековой медицины. Проводятся совместные праздники и выставки что снимает стресс адаптации в другой стране.

Asian Medical Institute students (total over two thousands, from them 1,5 thousands are Indians). The students representing several cultures: from India (induist religion 84%, Muslim Sunny 12%, Christians 6%); from Pakistan (Moslem Sunny); - from Tajikistan (Moslem – Shi'ah), - from Kyrgyzstan (mix of Heathenism and soviet Atheist mentality). Local community in Kyrgyz town – is very differ from the students motherlands; the local people don't know about habits, traditions, history, religions of the mentioned student groups. here is some self-alienation, mostly as emotional alienation. We try prevent create an acrimonious climate. We study interrelation of the above mention groups, and peculiarity of formation of micro-groups formation in the cultural lies. Precise follow-up was running for the past two years. Custom sociological questionnaire has beginning. For mentality contact and for improvement of inter-group mutual respect (as part of the successful teaching and governor process in Institute) we implement adjusted sources of the cultures. The example of culture-basic sources (of course, it may be use English sources only):

1) Kyrgyz National biggest of the World poem (Guinness Book) which consist of heroic winners, but additionally with advise of injury result and treatment, and with inter-relation problem (contemporary direct translation being attempted by a scholar in Seattle). Our idea in Common Ecology is is bring into focus a similarity among Central Asia classic authors (Balasaguni, Furkat, Firdousy, Kaligul, MoldoKlich). Indian student highly interested in Kygyz tradition and take part in national celebrations (photos 1 and 2).

2) Muslim interpretation:"Khima" = "natural reserve areas", "Kharim" strictly non-touching territory = wildlife/biosphere, and successfully use for public outreach several Islamic documents and others. Medical skills and diagnosis of internal processes – connect with Classic Medevial Arabic authors: Abu-Ali ibn Abdullah al Hussein (Avicenna) – he is authority for both Synni and Shi'ah. He done 40 books (Kanon of Medicine, XI century), which has been published in 54 languages in XIX-XX centuries.In 1970 - 18 volumes has been published in Tashkent in Uzbek and in Russian; and in 1973 in New York in English.

3) Indian culture basis are Rig-Veda, breathes a lively natural feeling, a warm love for nature, The AtharvaVeda displaying recommendations on wealthy lifestile, care on child, some contemporary prescribshen of medical grass, etc. Numerous hymns of the Atharvaveda are prayers and incantations wishing a child or loved one to get

over some sickness and become healthy again, along with comforting the family members. The Vedic era assumption was that diseases are caused by evil spirits, external beings or demonic forces who enter the body of a victim to cause sickness.Hymn 5.21 of the Paippalāda edition of the text, for example, states,

Heaven our father, and Earth our mother, Agni the men-watcher, let them send the ten days fever far away from us.

O fever, these snowy mountains with Soma on their back have made the wind, the messenger, the healer for us, Disappear from here to the Maratas. Neither the women desire you, nor the men whosoever, Neither a small one, nor a grown-up weeps here from desire of fever. Do not harm our grown-up men, do not harm our grown-up women, Do not harm our boys, do not harm our girls. You who simultaneously discharge the balasa, cough, udraja, terrible are your missiles, O fever, avoid us with them.

Atharvaveda 5.21, Paippalada Edition, Translated by Alexander Lubotski

The classical era of Ayurveda begins with the medical treatise of Caraka. It presents the first systematized medical theory of Indian, formally dividing medicine into eight branches: 1. K¯ayacikits¯a (on general medicine); 2. ´S¯al¯akya (on surgical treatment of body parts above the shoulders); 2. S¯u 30.28) presents the first systematized medical theory of Indian antiquity; 3.Bh¯utavidy¯a(on the treatment of possession by various supernatural be-ings; 4. Kom¯arabhr.tyaka(on pediatrics); etc.

We extracting medical advices from the sources and implementing into the subject as experiment the subjects are: ecology, common biology, chemistry, med chemistry, pathophysiology. Additionally, we creating several special ethnic fires with theater-like short scene from Indian, Muslims, Kyrgyz classic tailings. There are all groups (and local customers) has been involving. Results achieved are: students use common life stile in dormitory, and town-inhabitants interaction, ethnic-religions tolerance ingrained.

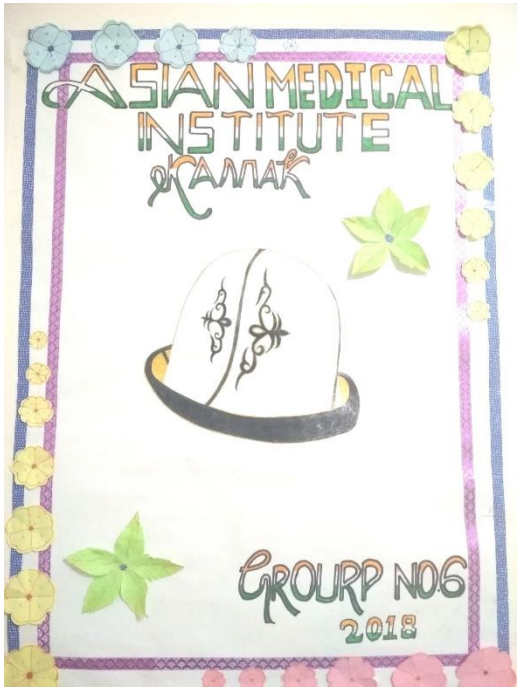


Photo 1 – Placard of Indian students for Kyrgyz National Kalpak-Day Celebration in AZMI

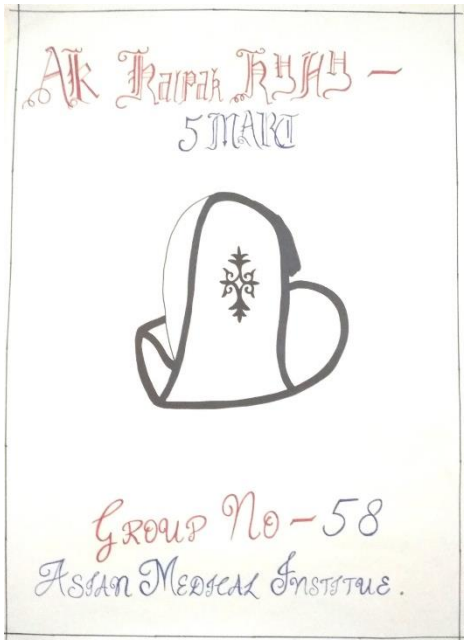


Photo 2 - Placard of Indian students for Kyrgyz National Kalpak-Day Celebration in AZMI

References

Bannerman, Robert H., John Burton, and Ch’en Wen-Chieh. Traditional Medicineand Health Care Coverage: a Reader for Health Administrators and Practitioners .WHO, Geneva, 1983. Brass, Paul. “The Politics of Ayurvedic Education.” In L. H. Rudolph and S. I.Rudolph, eds., “Education and Politics in India,” Oxford University Press, NewDelhi, 1972, pp. 342–71, 452–59. Chattopadhyaya, Debiprasad.Science and Society in Ancient India. ResearchIndia Publication, Calcutta, 1979. Reprint of original 1977 edition

Верстка: Таалайбекова Э.Т.
Формат 60x84 $^{1}/_{16}$. Объем 39,25 п.л. уч.-изд.л.
Печать офсетная.
Отпечатано в типографии Ч.П. «Аязбеков Алмазбек»
г. Бишкек, пр. Чуй, 215.
тел.: (+996554) 74-74-67.