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

КММАнын ЖАРЧЫСЫ

ВЕСТНИК КГМА

Бишкек - 2017

ОРГКОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

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

Зам. Председателя:
Проф. А. А. Сопуев – проректор по научной и лечебной работе
Проф. Г. А. Джумалиева – проректор по международным связям и стратегическому развитию
Проф. Э. Ш. Алымбаев – проректор по учебной работе
Проф. К. Б. Ырысов – проректор по государственному языку и воспитательной работе

Члены оргкомитета:
к.м.н. Н.Н. Маматов – начальник отдела научно-инновационной и клинической работы
к.ф.н. А.Т. Жайлообаева - председатель научного общества молодых ученых и студентов (НОМУС)
к.м.н. Б.Ж. Турганбаев – зам. председателя научного общества молодых ученых и студентов (НОМУС)
к.м.н., доц. К.Н. Стамбекова - начальник учебно-методического отдела
д.м.н. Искаков М.Б.
Женишбек к. М. - зав. отделом системного и программного обеспечения
Т.Б. Юсупова - начальник отдела международных связей
Тиленчиев А. Р. – начальник ОФЭРиБУ

Исполнительный комитет
Салиева Б.С. – старший специалист по науке
Овчаренко К.Е. – специалист ОНиКР
к.м.н. Орозбеков Б.К. – эксперт по интеллектуальной собственности

Аспиранты:
Кутболсун у. У., Шамбетов Ж., Айтикеев А., Ашимов С., Боржиев У., Терехова О., Жантаев А., Табылдиева Ч., Усупбаева А., Амиров А., Абдылдаев С., Рихерт В., Беделбаев М., Джунушева Э., Кудаяров Э., Мурзакалыков К., Арапова Р., Бекиев З., Карбозова К., Джусупбеков С., Тилегул к. А., Турдугулов Ч., Козубаев У., Иманалиева Г., Жураев Д., Тойчиев З., Сырбаев Ч. Рыскулов Н., Кудайбердиев А., Тыныбеков И., Жолдошев Э.

Ординаторы:
Тазабекова Г., Жумгалбек к.А., Найзабекова Г., Аманбаева А., Садыралиева А., Муратова Г., Табылдыева А., Эмилбек к. Г. Назарбек к. Н., Абдраева А., Абраимов М.

Студенты:
Исакова З., Жапаралиева А., Арзыкулов А., Акимов М., Закирова Г., Сардарбеков А., Асанова Б., Жамшитова А., Джумаков Э., Кулекова Ж., Бакиридин к. Ж., Анашбаев Ж., Нурумбетова О., Токтосунова А., Бектур к. Т., Каныбекова А., Орунбаева А., Сулайманова Н., Усонбаева Б., Жакупбеков Ж., Абдуманапова Г., Бебезов Д., Асаналиева А., Закирова А., Осмонов Д., Батыркулова А., Оболбекова А., Батырканова А., Машалаева К., Кадырбекова Э., Арзыкулова А.

ГЕРОЙ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОГО ТРУДА СССР, АКАДЕМИК МИРСАИД МИРХАМИДОВИЧ МИРРАХИМОВ (1927-2008 ГГ.)

Мирсаид Мирхамидович Миррахимов родился 27 марта 1927 года в г. Фрунзе Киргизской ССР в семье музыканта. В 1948 году окончил Киргизский мединститут, затем клиническую ординатуру. Трудовую деятельность начал ассистентом кафедры факультетской терапии КГМИ. В 1959 году, защитив кандидатскую диссертацию, был избран заведующим этой кафедры. Одновременно, в 1963-1978 годах, был проректором по научной работе института. В 1966 году ему присуждена ученая степень доктора медицинских наук, ученое звание профессора, в 1969 году - член-корреспондента Академии медицинских наук СССР, в 1974 году - действительного члена Академии наук Киргизской ССР.

В 1978 году по инициативе М.М. Миррахимова был основан Киргизский научно-исследовательский институт кардиологии при Министерстве здравоохранения Киргизской ССР (ныне - Национальный центр кардиологии и терапии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики). Тогда же он был назначен на должность директора института и оставался его бессменным руководителем до 2007 года. Возглавляемый им долгие годы медицинский центр, превратился в мощный учебно-научно-практический комплекс, оснащенный современным медицинским оборудованием.

Академик М.М. Миррахимов – известнейший в мире ученый-клиницист, педагог, основоположник высокой медицины и кардиологии, создатель отечественной школы в этой отрасли.

М.М. Миррахимов является инициатором использования высокогорного климата в лечебно-оздоровительных целях (при бронхиальной астме, гипопластической анемии и др.). Им установлено положительное действие среднегорного климата на течение ранних стадий гипертонической болезни и возможность реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. М.М. Миррахимов уделял большое внимание разработке и внедрению в практику усовершенствованных методов диагностики инфаркта миокарда и ранних доклинических стадий сердечной недостаточности.

Ему принадлежит более 700 научных трудов, в том числе 32 монографии, около 500 научных статей, 19 изобретений. Ряд книг М. М. Миррахимова — «Очерки о влиянии горного климата Средней Азии на организм» (1964), «Болезни сердца и горы» (1971), «Лечение внутренних болезней горным климатом» (1977), «Горная медицина» (1978, в соавторстве с П.Н. Голдбергом), «Высокогорная кардиология» (1984, в соавторстве с Т.С. Мейманалиевым) - можно рассматривать как руководства для практических врачей, работающих в высокогорных регионах. Он был членом редколлегии и редакционных советов 10 ведущих медицинских журналов, в том числе международных, главный редактор Центрально-азиатского медицинского журнала, заместитель главного редактора журнала

«Кардиология СНГ». Значительна роль М.М. Миррахимова в подготовке высококвалифицированных научных кадров в республике. Он подготовил более 100 докторов и кандидатов наук.

Труд М.М. Мирахимова по достоинству оценен, он награжден правительственными орденами и медалями, Почетными грамотами Верховного Совета КР, а также золотой медалью «За укрепление мира и согласия между народами» Федерации мира и согласия, удостоен многих почетных званий. Научные заслуги М.М. Миррахимова отмечены избранием его академиком Национальной академии наук Кыргызской Республики и Российской академии медицинских наук. Удостоен почетных званий «Заслуженный врач Киргизской ССР» (1962), «Заслуженный деятель науки и техники Киргизской ССР» (1972). Лауреат Государственной премии СССР (1980), Государственной премии Киргизской ССР (1979). Указом Президиума Верховного Совета СССР от 26 марта 1987 года за большие заслуги в развитии медицинской науки, народного здравоохранения, подготовке научных кадров и в связи с шестидесятилетием со дня рождения члену-корреспонденту Академии медицинских наук СССР, академику Академии наук Киргизской ССР Миррахимову Мирсаиду Мирхамидовичу присвоено звание Героя Социалистического Труда с вручением ордена Ленина и золотой медали «Серп и Молот».

Мирсаид Мирхамидович награжден двумя орденами Ленина (1981, 1987), орденами Октябрьской Революции (1976) двумя орденами «Знак Почета» (1961, 1971), Дружбы народов (1995), орденами Манаса 3-й степени (1997) и 1-й степени (2003). 2000 г. – «Человек 2000 года». В 2001 г. ему присуждена Нобелевская награда Конвенцией по культуре США, 2006 г. – Академическая премия им. Исы Коноевича Ахунбаева. Его многолетняя научная и общественная деятельность отмечена золотыми медалями «За вклад в защиту мира», «За выдающийся вклад в кардиологию» имени Е. И. Чазова, Почетной золотой медалью президента республики «За выдающиеся научные достижения в XX столетии», Международного благотворительного фонда науки и культуры имени Кемаля Ататюрка в номинации «Великий врач XXI века». Он Лауреат международных премий «Даанышман» и «Мээрим», «Руханият», «Алтын Копр». Почетный гражданин Бишкека.

Многоплановой и масштабной была и его общественная деятельность. На протяжении многих лет М.М. Миррахимов являлся председателем Совета мира и согласия Кыргызской Республики, умело сочетая общественную работу с научной деятельностью, что снискало ему заслуженное уважение, понимание и поддержку участников миротворческого движения, широкую известность, как в своей стране, так и за рубежом.

В советское время неоднократно избирался депутатом Фрунзенского городского и Верховного Советов Кыргызской Республики и СССР. Член КПСС с 1972 года, член ЦК КП Киргизии (с 1981).

Он первый президент Ассоциации кардиологов Центральной Азии, с 1995 года – президент Ассоциации кардиологов СНГ, председатель Общества терапевтов и кардиологов Кыргызской Республики, президент Ассоциации специализированных медицинских обществ Кыргызстана, член президиума ряда медицинских обществ России, руководитель движения «Врачи за предотвращение ядерной войны».

Учитывая выдающийся вклад академика М.М. Миррахимова в развитие отечественной кардиологической и терапевтической науки, воспитание целой плеяды ученых-медиков и высококвалифицированных специалистов, а также его активную общественную деятельность, Национальному центру кардиологии и терапии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики в 2002 году присвоено имя академика Мирсаида Миррахимова.

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО РЕКТОРА КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ имени И.К. АХУНБАЕВА И.О. КУДАЙБЕРГЕНОВОЙ

Уважаемые гости, коллеги, дорогие участники!

Поздравляю Вас с открытием очередных ежегодных «Дней науки КГМА – 2017». 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 планируется провести:

1. Научную конференцию, посвященную 90-летию акад. М.М. Миррахимова.
2. Научную Миррахимовскую Универсиаду.
3. Научные конференции студентов и молодых ученых по актуальным направлениям медицины и медицинского образования.
4. Выставку новых лекарственных средств.
5. Школы для практических врачей.

С пленарными докладами и обзорными лекциями, посвященными наиболее важным вопросам клинической медицины, выступят известные ученые из ведущих ВУЗов стран СНГ.

Проведение и поддержка таких мероприятий, как «Дни науки КГМА», посвященных в этом году 90-летию со дня рождения академика М.М. Миррахимова, участниками которого являются студенты, клинические ординаторы, аспиранты и сотрудники различных ВУЗов и лечебных учреждений не только Кыргызстана, но и стран СНГ, считаю приоритетом КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Академик Мирсаид Мирхамидович Миррахимов - основоположник высокогорной медицины и кардиологии, создатель отечественной школы в этой отрасли. Он внес крупный вклад в развитие высокогорной кардиологии и разработку биолого-физиологических основ адаптации человека к условиям высокогорья. Он, подготовил более 100 докторов и кандидатов наук. Ему принадлежит более 700 научных трудов, в том числе 32 монографии и свыше 500 научных статей, 19 изобретений.

За выдающийся вклад в развитие советской и мировой медицинской науки и практики Миррахимов награжден Золотой Звездой Героя Социалистического Труда, орденами Ленина, Октябрьской Революции, Знак Почета, Дружбы народов, Манаса I и III степени. Мирсаид Мирхамидович был широко известен в республике и далеко за ее пределами как крупномасштабный общественный деятель, входил в состав редколлегий и редакционных советов десятка медицинских журналов.

Мирсаид Мирхамидович Миррахимов навсегда останется в памяти людей, как всемирно признанный ученый, выдающийся клиницист, посвятивший свою жизнь развитию и процветанию медицинской науки, как человек, внесший огромный вклад в благородное дело развития и укрепление дружбы и взаимопонимания между народами.

Считаю, что главная цель проведения Дней науки КГМА заключается в обмене передовым опытом и знаниями в различных отраслях медицины, и надеюсь, что полученные результаты будут полезны всем участникам и, в первую очередь, медицинской науке современного Кыргызстана, а предложенные рекомендации действительно найдут своё применение в практической деятельности.

Хочется пожелать всестороннего развития этому мероприятию, членам жюри - профессионализма и объективности в оценке выступлений и докладов, а участникам - новых творческих побед на ниве научных открытий и исследований!

Ректор ***И. Кудайбергенова***

1. ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА

АКАДЕМИКУ НАН КР И РАМН МИРРАХИМОВУ МИРСАИД МИРХАМИДОВИЧУ - 90 ЛЕТ!

Орозалиева А.А., Айдаров З.А., Молдоканова Р.К.
Кыргызская государственная медицинская академия им И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной работе представлена информация о жизни и деятельности выдающегося врача КР, академика НАН КР, лауреата государственных премий СССР и КР, доктора медицинских наук, профессора Мирсаида Мирхамидовича Миррахимова.

Ключевые слова: национальный центр кардиологии и терапии, сердечно-сосудистые заболевания, гипоксия, горный климат, бронхиальная астма.

УИА ЖАНА РМИАнын АКАДЕМИГИ МИРРАХИМОВ МИРСАИД МИРХАМИДОВИЧКЕ – 90 ЖАШ!

Орозалиева А.А., Айдаров З.А., Молдоканова Р.К.
И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада КР УИАнын академиги, СССРдин жана КРнын көптөгөн мамлекеттик сыйлыктарынын ээси, медицина илимдеринин доктору, профессор Мирсаид Мирхамидович Миррахимовдун өмүр баяны жана илимий эмгек жолу көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: улуттук кардиология жана терапия борбору, жүрөк жана кан-тамыр оорулары, гипоксия, тоолуу климат, бронхиалдык астма.

ACADEMICIAN OF THE NAS KR AND RMAS MIRRAHIMOV MIRSAID MIRHAMIDOVICH - 90 YEARS!

Orozalieva A.A, Aydarov Z.A, Moldokanova R.K.
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This paper provides information about the life and activity of the outstanding physician of the Kyrgyz Republic, National Academy of Sciences academician, laureate of state prizes of USSR and the Kyrgyz Republic, the doctor of medical sciences, Professor Mirsaid Mirhamidovich Mirrahimov.

Keywords: national center of cardiology and therapy, heart and vascular disease, hypoxia, mountain climate, bronchial asthma.

Чтобы стать хорошим врачом,
надо любить не только свою профессию,
но и людей, ставя интересы пациента
на первый план.
Мирсаид Миррахимов

27 марта 2017 года исполнилось 90 лет со дня рождения и 60 лет научно-педагогической, общественной деятельности заведующего кафедрой терапевтических дисциплин №2 Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б.И. Ельцина, академика Национальной академии наук КР, лауреата Государственных премий СССР и КР в области науки и техники [4,6], заслуженного деятеля науки КР, заслуженного врача КР, доктора медицинских наук, профессора Мирсаида Мирхамидовича Миррахимова.

За выдающийся вклад в развитие советской и мировой медицинской науки и практики Миррахимов награжден Золотой Звездой Героя Социалистического Труда, орденами Ленина, Октябрьской Революции, Знак Почета, Дружбы народов, Манаса I и III степени [5,6,9,12]. Его многолетняя научная и общественная деятельность отмечена золотыми медалями «За вклад в защиту мира», «За выдающийся вклад в кардиологию» имени Е. И. Чазова, Почетной золотой медалью президента республики «За выдающиеся научные достижения в XX столетии», Международного благотворительного фонда науки и культуры имени Мустафы Кемаля Ататюрка в номинации «Великий врач XXI века». Он был удостоен званий академик Национальной Академии наук КР и Академии медицинских наук СССР (ныне РАМН) и лауреат международной премии «Даанышман» за беззаветное служение своей Родине.

Миррахимов – автор более 700 научных трудов, в том числе 30 монографий и свыше 500 научных работ, опубликованных в отечественной печати и дальнего зарубежья, а также автор 19 изобретений [10].

Результаты многолетних уникальных исследований в условиях Туя-Ашуйского стационара и равнинных лечебницах, изучение влияния горного климата на человека легли в основу целого ряда монографий, написанных Миррахимовым. Среди них «Очерки о влиянии горного климата Средней Азии на организм», «О картине периферической крови в условиях высокогорья Тянь-Шаня, Памира», «Сердечно-сосудистая система в условиях высокогорья», «Болезни сердца и горы», «Высокогорная физиология и медицина», «Лечение внутренних болезней горным климатом», «Человек и горы», «Сердечно-сосудистая система в экстремальных природных условиях».

Эти труды в основном были посвящены вопросам адаптации человека к горным условиям в норме и при патологии. Им обоснована фазность процесса высокогорной адаптации, даны критерии состояния адаптированности, выделены уровни функционирования физиологических систем в экстремальных условиях, изучены состояние сердечно-сосудистой системы, особенности регуляции дыхания и кроветворения у временных и постоянных обитателей высокогорья [1, 8, 11].

Велик послужной список специальной литературы, созданной в соавторстве с учениками и коллегами из смежных областей. Это – «Горы и резистентность организма», «Человек и окружающая среда», «Лечение бронхиальной астмы горным климатом», «Горная медицина», «Бронхиальная астма и ее лечение гипобарической гипоксией», «Прогностические аспекты трудовой деятельности в условиях высокогорья», «Высокогорная кардиология», «Иммунный гомеостаз в экстремальных природных условиях».

Ими также выделена высокогорная первичная легочная гипертензия, систематизирована высокогорная дизадаптация человека, описан острый высокогорный отек легких, предложено лечение с помощью высокогорной адаптации хронической гипопластической анемии, доказана эффективность горноклиматического лечения бронхиальной астмы и начальных стадий гипертонической болезни [2, 3, 9, 13].

Он очень многое успел сделать и внедрить за свою жизнь. Его идеи и предложения чаще всего находили понимание и поддержку среди коллег и наставников (Мирон Ефимович Вольский, Абрам Донович Слоним, Михаил Павлович Редлих), а также в правительстве и руководстве республики.

По инициативе Миррахимова решением Совета Министров Киргизской ССР в 1977 году на базе лаборатории «Физиология и патология организма человека в условиях высокогорья» КГМИ, создается Научно-исследовательский институт кардиологии Министерства здравоохранения республики, которым Мирсаид Мирхамидович руководил в течение 30 лет. Учитывая выдающийся вклад академика М.М. Миррахимова в развитие отечественной кардиологической и терапевтической науки, воспитание целой плеяды ученых-медиков и высококвалифицированных специалистов, а также его активную общественную деятельность, Национальному центру кардиологии и терапии при МЗ КР по Указу Президента КР от 30 октября 2004 года присвоено имя академика Мирсаида Миррахимова.

Он подготовил более ста докторов и кандидатов наук. Учениками Миррахимова являются профессор Т. Мейманалиев, работавший ряда лет министром здравоохранения республики, профессор А. Раимжанов, директор Кыргызского научного центра гематологии, член-корреспондент НАН КР, профессор А. Джумагулова, ныне директор Национального центра кардиологии и терапии и другие.

Мирсаид Мирхамидович Миррахимов родился 27 марта 1927 года в г. Фрунзе в семье музыканта и театрального деятеля Мирхамида Миррахимова, узбека по национальности. В 1934 году Мирсаид пошел в первый класс.

С первого класса он твердо усвоил, что учиться следует не ради отметки, чтобы порадовать родителей и учителей. Учиться необходимо для того, чтобы стать образованным человеком. С ранних лет мечтал стать врачом. В школьные годы он научился играть в шахматы, стал даже чемпионом школы.

После окончания средней школы Мирсаид сдал документы в приемную комиссию КГМИ.

Студентом Мирсаид стал в тяжелые военные годы. В студенческие годы у него было много друзей-единомышленников, с которыми было очень интересно общаться, обсуждать лекции и семинары мэтров отечественной медицины. Это были однокурсники Владимир Петросьянц и Санжарбек Данияров. Они оказались людьми близкими по духу, по отношению к учебе, да и основополагающие жизненные позиции у них были схожи. В те далекие студенческие годы они и не подозревали, что Владимир Петросьянц со временем станет министром здравоохранения республики, а Санжарбек Бакирович Данияров долгие годы будет ректором КГМИ и войдет в историю как один из лучших и авторитетных его руководителей, а Мирсаид Мирхамидович станет академиком и всемирно известным кардиологом.

Еще на институтской скамье полюбил Мирсаид Мирхамидович курс истории медицины, сохранив эту привязанность на всю жизнь. Полюбил он эту сферу за то, что она наглядно показывала, что в медицине нет и не должно быть правил, установленных раз и навсегда, годных на все времена и на все случаи жизни.

История медицины, любил повторять он, учит знать прошлое, сопоставлять его с настоящим и на основе этого прогнозировать будущее. Эта наука открывает нескончаемость и бесконечность движения и тем самым развивает в человеке способность к опровержению казавшихся незыблемыми истин, подталкивает к восхождению на новые высоты.

Эту любовь к истории медицины Миррахимов старался всячески передать своим ученикам. В качестве довода он неизменно приводил примеры достижений современной медицины. Ведь еще в не столь отдаленном по историческим меркам прошлом считались святыми из святых такие органы, как щитовидная железа, сердце, мозг человека, куда хирургу с его скальпелем вход был категорически запрещен. Однако сегодня операции на этих органах считаются делом обыденным.

Когда он был студентом, его учителя любили повторять, что природа за миллионы лет эволюции создала такой совершенный и удивительный инструмент, как человеческий организм. Жаль только, что природа не позаботилась о создании запасных частей для него.

Однако отмечал на своих лекциях Миррахимов, при жизни одного поколения сам человек исправил эту оплошность природы. Хирург из Южно-Африканской Республики Кристиан Бернард осуществил первую в мире пересадку человеку сердца, Святослав Федоров первым в мире отважился на замену пораженного катарактой хрусталика глаза искусственным, доктор из Кургана Гавриил Илизаров творил чудеса с поврежденными суставами конечностей, удлиняя, укорачивая или выпрямляя их по желанию пациентов. Сегодня медицина научилась пересаживать печень и почки.

За годы обучения в мединституте к Миррахимову пришло твердое понимание: чтобы быть хорошим врачом, узкой специализации недостаточно. Хороший врач должен быть специалистом широкого профиля. Он должен уметь расшифровывать процессы управления в организме, определять причины и механизмы нарушений этих процессов, самое, главное, предугадывать последствия, к которым эти нарушения приводят. Поэтому он проявлял собственный подход к профессии, чем заметно выделялся среди сокурсников. Уже в те годы в его понимании долг врача заключался не только в том, чтобы лечить болезни, но и в том, чтобы заниматься их предупреждением.

Он сам был глубоко убежден: должна быть такая организация дела, чтобы поддерживать здоровье у здоровых и хорошо лечить больных. А это требует совсем иных подходов. Надо установить, отчего чаще всего болеют люди, почему обращаются к врачам и теряют работоспособность на время или навсегда, что является причиной большинства смертей и как это увязывается с трудом и бытом человека, социальными условиями. Только системный анализ способен дать ответы на все эти вопросы.

Наверное, то, что в структуре общей смертности у нас первое место занимали сердечно-сосудистые заболевания, на долю которых приходилась почти половина всех ежегодных смертей, и предопределило выбор специализации Мирсаида Миррахимова [10].

Мирсаид Мирхамидович в 1948 году в возрасте 21 год с отличием окончил КГМИ, а в 1952 году - клиническую ординатуру, трудовую деятельность начал ассистентом кафедры факультетской терапии КГМИ и, в возрасте 25 лет защитил кандидатскую диссертацию. В 1962 году был избран заведующим этой же кафедры. А в возрасте 38 лет в Ленинградском институте физиологии им. И.П. Павлова АН СССР защитил докторскую диссертацию.

Работая над докторской диссертацией, Мирсаид Мирхамидович уже являлся научным руководителем А. Джайлобаева, З. Кудайбердиева, Ж. А. Раимжанова, Б. Гринштейна и др. [8, 11].

За всю свою 60-летнюю деятельность в медицине, врачебную, педагогическую, научно-исследовательскую и организационную, Мирсаид Миррахимов ни разу не нарушил клятвы Гиппократа.

Миррахимов никогда не делал разницы между рядовым человеком и крупным государственным деятелем. Перед ним был, прежде всего, человек, нуждающийся в медицинской помощи. Именно это и только это определяло все его последующие действия и решения. Что же касается регалий, должностей и званий, то это все было в его глазах вторичным. Главным для него было - помочь больному, облегчить его страдания, вернуть здоровье. От своих институтских преподавателей он унаследовал основную врачебную заповедь: *святое дело – лечить людей!*

Здесь вступало в силу золотое правило древних врачевателей: в борьбу вступают трое – больной, лекарь и болезнь. Если больной будет союзником лекаря, примет его сторону, будет выполнять его требования и предписания, то вдвоем они одолеют болезнь. Но если лекарь или больной останутся в одиночестве, если кто-то из них станет заодно с недугом, то победителем окажется болезнь.

Главное кредо, которое Миррахимов пронес через всю свою жизнь в медицине – ответственность врача перед больными и это всегда внушал своим ученикам.

У врача часто бывает дефицит времени, любил повторять своим коллегам, студентам и аспирантам Мирсаид Мирхамидович, но у него не может и не должно быть дефицита милосердия и сострадания к больному. Следует постоянно помнить, что, утрачивая милосердие, врач деквалифицируется, гибнет как специалист.

Миррахимов хорошо усвоил уроки своих преподавателей, которые не уставали повторять: даже очень большого заряда знаний, полученных в институте, вам может хватить только на несколько лет. Врач, если он хочет быть настоящим целителем, то должен учиться всю жизнь. И с первых же шагов самостоятельной работы профессиональным кредо Миррахимова стали слова: *лечить, учиться самому, учить других, внедрять!*

А когда он сам стал преподавателем, то учил студентов не только профессии, но и старался предостеречь их от легкомыслия, фальши, презрительного отношения к людям не престижного труда.

В 1963 году, будучи уже известным не только в республике, но и за ее пределами ученым с высокой репутацией и устойчивым положением, Миррахимов становится проректором КГМИ.

Как проректор по науке, Миррахимов дал толчок исследованию и разработке в стенах вуза таких тем, как охрана материнства и детства, клиническая фармакология и гигиена труда.

Он был твердо убежден в том, что без развития медицинской науки, невозможно дальнейшее развитие здравоохранения. Будущее произрастает из сегодня. Республике остро необходима программа совершенствования медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, направленная на то, чтобы оптимизировать систему профилактики инсульта и инфаркта миокарда.

Основной составляющей здесь должна быть ранняя диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы [7].

В профессиональной деятельности Миррахимов исповедовал максимальную открытость и честность с пациентом. Ведь если больному честно сказать, что с ним происходит, и объяснить, почему, человек сможет более осознанно и целеустремленно бороться с недугом, с большим упорством идти к выздоровлению.

Когда больной приходит к врачу и жалуется на боли в области сердца, на приступы удушья, кошмары, мучающие его по ночам, долг врача, прежде всего, облегчить тяжелое состояние. Сегодня в арсенале медиков немало действенных средств для этого, начиная от эффективных лекарств и кончая гимнастикой, аутотренингом и самовнушением. Однако волю самого больного, его веру в лечащего врача и в успешное выздоров-ление, не отменяет ни одна, пусть даже самая удачная схема лечения.

Будучи страстным сторонником и пропагандистом движения за здоровое сердце, Мирсаид Миррахимов стремился донести до сознания рядовых граждан, что как артериальная гипертония, так и коронарная болезнь сердца, относятся к так называемым регулируемым заболеваниям.

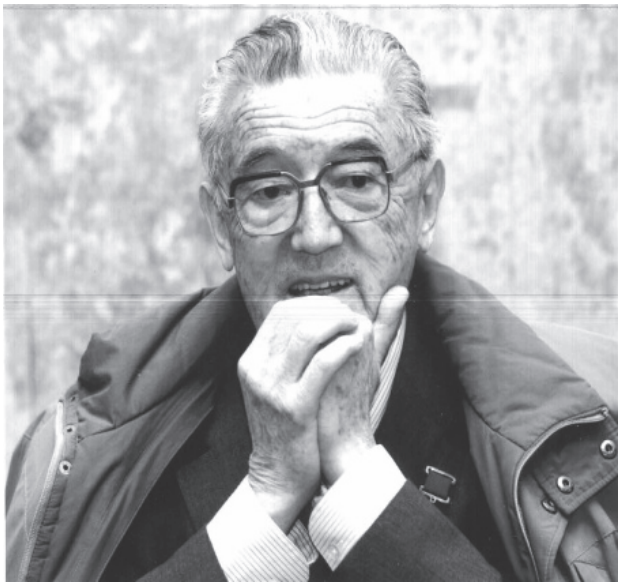
По его многолетним наблюдениям получалось, что формирование

здорового образа жизни способно уменьшить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 10-15% и значительно снизить временную утрату трудоспособности.

В первую очередь, пропагандировал он, необходимо обучать население правильному режиму и нормам питания. Одним из пороков современного питания, считал Миррахимов, является отклонение его от физиологических норм. Излишний вес – потенциальная причина возникновения многих болезней. У 80% людей с избыточным весом наблюдаются неблагоприятные изменения в сердечно-сосудистой системе.

Когда распался Советский Союз и встал вопрос о будущем советской кардиологии, именно Миррахимов предложил сохранить наше много-летнее сотрудничество путем создания Ассоциации кардиологов СНГ.

Присущие ему интеллигентность, эрудиция, интернационализм, доброжелательность позволяют сказать о нем словами Антона Павловича Чехова: «Профессия врача – это подвиг. Она требует самоотверженности, чистоты души и чистоты помыслов».



Создав киргизскую школу терапии и кардиологии, став всемирно известным ученым, Мирсаид Миррахимов оставался скромным, общительным, открытым и доступным человеком [10].

За долгую жизнь у Мирсаида Мирхамидовича бывали всякие ситуации: благоприятные, удачные, сложные. Не обошлось и без серьезных неприятностей. Но при всех обстоятельствах он неизменно оставался честным, принципиальным, глубоко порядочным. Он умел оставаться человеком при любых поворотах судьбы. Благодаря этим качествам он стал всемирно известным ученым и оставил о себе добрую светлую память.

Литература:

1. Данияров С.Б. Мирсаид Мирхамидович Миррахимов (К 50-летию со дня рождения) // Здравоохранение Киргизии - Фрунзе, 1977. - № 2. -С. 57.
2. Калюжный И.Т. Мирсаид Мирхамидович Миррахимов (К 50-летию со дня рождения) //Здравоохранение Киргизии - Фрунзе, 1977. -№ 2. -С. 57.
3. Миррахимов М.М. Человек и горы. - Москва: Знание, 1978. - №1. -62 с.
4. Киргизский государственный медицинский институт. Краткий очерк истории. - Фрунзе: Кыргызстан, 1987 – 64 с.
5. Кузьмин М.К. Ученые – медики, Герои социалистического труда.- Москва, 1988.
6. Киргизскому государственному медицинскому институту – 50 лет: Проспект /Редкол.: А. Мурзалиев и др. – Ф.: Мектеп, 1989. – 88 с.
7. Об этике здоровья/ М. М. Миррахимов, А. А. Брудный, Т. С. Мейманалиев. - Фрунзе: Кыргызстан, 1989. - №3. – С. 101.
8. Миррахимов Мирсаид Миррахимович // Кто есть кто в кыргызской науке: Крат. биоблиогр. справочник. – Б.,1997. – С. 406.
9. Жунусова З. Великий врач XXI века. Наш соотечественник // Слово Кыргызстана. – 2008. – 19 февр. – С. 9.
10. Тимирбаев В.Р. Мирсаид Миррахимов // Жизнь замечательных людей Кыргызстана - Бишкек, 2009. - 310 с. www.literatura.kg:
11. Айтбаев К. Жизнь, отданная людям // Слово Кыргызстана. – 2009. – 2 окт. - С. 24.
12. 70 лет КГМА / Проспект, посвященный к 70 летию КГМА. - Бишкек, 2009. - 242 с.
13. Оморов Р. Сердца врачующий талант // Слово Кыргызстана. – 2010. – 8 окт.– С. 26.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА В ИССЫК-КУЛЬСКОМ И НАРЫНСКОМ РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСТАНА

Молдобаева М.С.[1], Наркулова Г.О.[1],
Виноградова А.В.[1],ЭгембердиеваБ.К.[1],Тологонов Б.Т.[2],
Сагындыкова Н.Ч.[2], Касымова Р.О.[3]
[1]Кыргызская Государственная медицинская академия
им. И.К.Ахунбаева, [2]Национальный Госпиталь Министерства Здравоохранения, [3]Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Для изучения сравнительной распространенности сахарным диабетом (СД) обследованы методом одноступенчатой выборки 1647 жителей Иссык-Кульского и 603 Нарынского регионов. Уровень гликемии в капиллярной крови натощак и через2 часа после еды проводили при помощи глюкометра экспресс диагностикой согласно международным рекомендациям у лиц в возрасте от 45 лет и выше, с АГ, ИМТ выше 25кг/м^2. Диагноз СД устанавливался по рекомендациям ВОЗ (1999,2003). Распространенность СД в Иссык-Кульской и Нарынской регионах превышает официальные данные. Своевременное и активное выявление СД предотвратит развитие осложнений, смертности и инвалидности от него.

Ключевые слова: сахарный диабет, регион, распространенность .

КЫРГЫЗСТАНДЫН ЫССЫК-КӨЛ, НАРЫН ОРӨӨНДӨРҮНҮН 2 ТИП КАНТ ДИАБЕТИНИН ТАРАЛЫШЫ

Молдобаева М.С., Наркулова Г.О., Эгембердиева Б.К.,
Виноградова А.В., Тологонов Б.Т.,Сагындыкова Н.Ч., Касымова Р.О.
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы, ички ооруулардын пропедевтикасы, эндокринология курсу менен, Саламаттык сактоо Министирлигинин Улуттук Госпиталы,
Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети, Бишкек ш, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Так маалымат алуу үчүн, Ысык-Көл жана Нарын өрөөндөрүндө кант диабети жайылышына бир тепкичтүү ыкма менен изилденди, анын ичинде Ысык-Көл өрөөндөрүндө 1647 жана Нарын өрөөнүндө 603 тургуну. Ачкарын капиллярдагы глюкоза жана тамак ичкенден 2 саат кийин экспресс ыкма менен ишке ашырылган. Глюкозанын денгелин 45 жаш жана андан улуу жаштагы, артериалдыкканбасымы бийик, дене салмагынын индекси 25кг/ м^2 жогору бейтаптарды изилдедик. Кант диабетинин диагнозун ВОЗдун(1999,2003) талаптарына ылайык коюлду. Ысык-Көл жана Нарын өрөөндөрүндө КД таралышы расмий маалыматтардан ашат. КД өз убагында жана активдүү аныктаса анын татаалдашып кетиши, майыптуулугун жана өлүмдүн алдын алат.

Негизги сөздөр: кант диабети,өрөөну, жыштыгы.

PREVALENCE OF DIABETESMELLITUS TYPE 2IN THE ISSYK-KUL AND NARYN REGIONSOF KYRGYZSTAN

Moldobaeva M.S., Narkulova G.O., Vinogradova A.V., Egemberdieva B.K., Tologonov B.T., Sagyndykova N.CH., Kasimov R.O.

Kyrgyz State Medical Academy of I.K.Ahunbaev,Department of internal diseases propedeutics with endocrinology course, National Hospital of Ministry Health,
Kyrgyz-Russian Slavic University of B.N.Yeltsin, Bishkek , Kyrgyz Repudlic

The rezume. To study the prevalence of diabetes in the Issyk-Kul and Naryn regions, to develop reliable information. The metod of one-stage area sample surveyed. The sample of a random 1647 inhabitants of the Issyk-Kul and Naryn region 603. Thefasting glucoselevels and 2 hours after a meal was checking byblood glucose monitor.Glucose levels were determined in patients aged 45 years and older, with hypertension, BMI above 25 kg/m^2. The diagnosis of diabetes was established at the criteria's of WHO(1999,2003). The prevalence of diabetes in the Issyk-Kul and Naryn regions exceeds official information. During and active detection of diabetes prevent the development of complications, mortality and disability from it.

Keywords:diabetes, region, prevalence.

Введение. Распространенность сахарного диабета (СД) растет повсеместно,но еще больше больных с нераспознанным СД (IDF, 2015)[1]. К 2040 году ожидается 642 млн. больных во всем мире[2]. У больных с метаболическим синдромом при повторных исследованиях глюкозы крови натощак и стандартным перорорального тестом выявлены различные изменения углеводного обмена почти у половины пациентов[3]. По данным исследования NATION среди отдельных групп работников социальной сферы - медиков, педагогов нераспознанный ранее диабет был выявлен в 7% случаев, а официальная распространённость СД 2 в России находится на уровне 2,5%. Полученные данные также подтверждают, что распространённость диабета в 2 - 2,5, а у некоторых возрастных категорий (от 50 до 60 лет) в три раза выше, чем официально зарегистрированная [4], а по некоторым исследованиям 7,2% по ВОЗ и 5,9% по ADA[5].

По прогнозу IDF (2014) [2], распространенность заболевания среди взрослых в Казахстане составляет выше 536,4 тысячи случаев населения в возрасте 20-79 лет или 4,92%, новые случаи СД составили 2,4% населения (IDF, 2015)[1]. Национальная распространенность СД в Кыргызстанесоставляет5,2%, не диагностированный показатель распространенности СД - 97,4 на 1 тысячу населения в возрасте 20-79 лет (IDF, 2015)[1]. Но активное выявление больных СД является бременем для здравоохранения, так как требует дополнительных затрат, поэтому в настоящее время гораздо больше людей с невыявленным СД (IDF, 2014)[2]. Зарегистрированные случаи СД составляют 11570 на 100 тыс. или 0,83% населения[6]. Официальные статистические данные не отражают реальную картину заболеваемости. СД диагностируется, когда пациент приходит на обследование уже по поводу осложнений. Опасность заключается еще и в том, что 50% больных не знают о своем заболевании. Поэтому Министерством Здравоохранения КР была утверждена Комплексная Программа контроля СД, которая предусматривает своевременное выявление СД [7]. В настоящее время в Кыргызстане отсутствует активное повсеместное выявление СД и научное обоснование его результатов.

Цель исследования: Изучить сравнительную распространенность сахарного диабетав Иссык-Кульской и Нарынской регионах Кыргызстана.

Материалы и методы исследования. Согласно списку местного Айылөкмөтү методом одноступенчатой выборки были отобраны 1647 жителей Иссык-Кульской и 603 Нарынской регионов. Уровень гликемии в капиллярной крови натощак и через 2 часа после еды проводили при помощи

глюкометра экспресс диагностикой. Согласно международным рекомендациям полоски сохранялись в оригинальной упаковке с плотно закрытой крышкой [8]. Уровень глюкозы определяли у лиц в возрасте от 45 лет и выше, с АГ и ИМТ выше 25 кг/м^2. Диагноз СД устанавливался согласно критериям ВОЗ (1999, 2003)[9,10]. Количество больных с СД указаны согласно данным РМИЦ и главных эндокринологов областей. Распространенность СД высчитана по общепринятой методике. Данные населения взяты из РМИЦ (2014)[6]. Линейную связь между количеством больных, находящихся на учете и количеством впервые выявленных больных, вычисляли по коэффициенту корреляции Спирмена. Расчет отношения шансов развития СД с 95% доверительным интервалом в зависимости от активного выявления производили при помощи онлайн калькулятора.

Результаты исследования. На 2015год в Иссык-Кульском регионе распространенность СД составила 773,1на 100 тыс. населения (0,8%), из них, в Тонском районе 613,7 (0,6 %), в Иссык-Кульском районе 744 (0,7 %), в Джеты-Огузском районе 572 (0,6 %) .

По обращаемости распространенность СД выше в Иссык-Кульском районе, чем в Тонском и Джеты-Огузском районах. Выявляемость СД по обращаемости примерно одинаковая в 3х районах.

При активном выявлении больных СД в Тонском районе из 481 обследованных СД впервые выявлен у 7 (1,4%) обследованных, вИссык-Кульском районе из 691 обследованных СДу 7 (1,0%)обследованных, в Джеты-Огузском районе из 239 обследованных – у 8 (3,3%) обследованных. Активное выявление СД в указанных районах показало, что фактическая распространенность превышает распространенность по обращаемости в среднем в 3,0 раза.

Распространенность СД после активного выявления составила в Тонскомрайоне 1,4 %, Иссык-Кульском районе 1,0%, Джеты-Огузском районе 3,3 % (Рис.1).

Рис. 1. Распространенность СД при активном его выявлении в районах Иссык-Кульского региона

Увеличение впервые выявленных больных в районах Иссык-Кульского региона увеличивается с увеличением количества больных, находящихся на учете (ρ+0.125, p<0,05). Шанс развития СД в 3х районах Иссык-Кульского региона достаточный (OR -1.351, S- 0.521., ДИ- 0.487- 3.753, 95%).

В Нарынском регионе распространенность СД составила 657,5 на 100 тыс. населения или 0,6% , из них в Нарынском районе, распространенность составила 54,4 на 100 тыс. населения(0,6%), в Джумгальскомрайоне 474,1 (0,47%), в Ак-Талинском районе 129 (1,3%), в Кочкорском районе 630,4 (1,6%).Распространенность СД выше в Кочкорском 630,4 (1,6%) и в Джумгальском 474,1 (0,47%) районах, чем в Ак-Талинском 129,5 (1,3%) и Нарынском 54,4 (0,6%) районах. В Кочкорском и Нарынском районах больше населения, чем в Джумгальском и Ак-Талинском районах, но % больных по обращаемости в Нарынском районе ниже, чем в Кочкорском районе, меньше всего больных в Джумгальском районе. В 2014 году в Нарынском регионе, распространенность СД составила 657,5 на 100 тыс. населения, в указанных районах региона распространенность в 1,8 раза меньше, чем в среднем по республике. При активном выявлении СД из 603 обследованных у 16 найдены нарушения углеводного обмена (2,5 %), из них в Нарынском районе из 109 обследованных СД впервые выявлен –у 7 (6,4% обследованных), Джумгальском районе из 128 у 1(0,7%обследованных), в Ак-Талинском районе из 314обследованных у 8 (2,5%обследованных), в Кочкорском районе из 52 обследованных СД не выявлен.

Таким образом, активное выявление СД в указанных районах показало, что фактическая распространенность составила 2,5%, которая превышает этот показатель по обращаемости (0,9%) в среднем в 2,7 раза. Распространенность СД после активного выявления составила в Нарынском районе 3,5%, Джумгальском районе 0,5% , Ак-Талинском районе 2,4%, в Кочкорском районе не изменилась (рис.2).

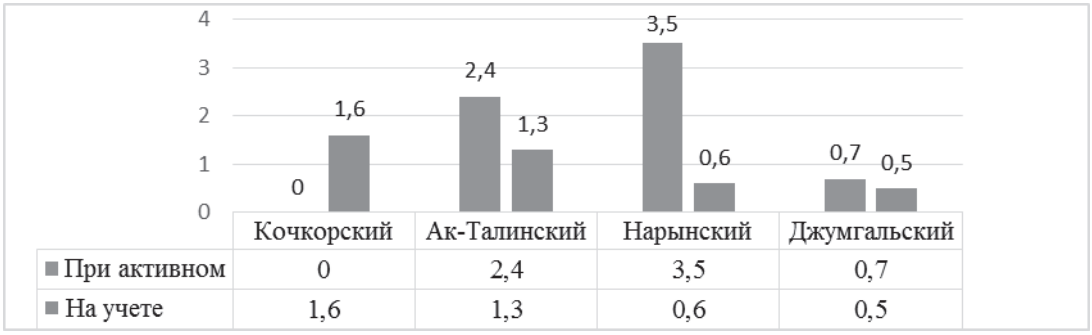


Рис. 2. Динамика распространенности СД при активном его выявлении в районах Нарынского региона

Увеличение впервые выявленных больных в районах Нарынского региона достоверно увеличивается с увеличениемколичества больных, находящихся на учете (**ρ+0.8000, p<0,05).**Шанс развития СД в 4х регионах Нарынского региона составил OR -3.615(S- 0.255., ДИ- 2.194- 5.959, 95%), т.е. достаточно высок риск развития и выявления диабета.

Обсуждение. При сравнении распространённости при активном выявлении СД в районах Нарынского и Иссык-Кульского регионов с таковыми встранах СНГ нами показано, что в Иссык-Кульском регионе в Иссык-Кульском районе она составила уже 0,4 %, в Тонском 1,4 %, Джеты-Огузском 3,3 %, а в Нарынском регионе следующее: в Нарынском районе 6,4%, в Джумгальском районе 0,7%, в Ак-Талинском районе 2,5% (колебания от 0,4% до 6,4%), т.е. оправдано активное выявление СД в регионах КР. При сравнении распространенность СД в районах Нарынского региона оказалась выше, чем в районах Иссык-Кульского региона. Распространенность СД в этих регионах ниже, чем в отдельных регионах России и приближены к показателям в Казахстане. Возможно, это обусловлено приближенными условиями проживания, питания и другими факторами.Понашим прогнозам истинное число больных СД должно составить около 3750 больных в Иссык-Кульском, Джеты-Огузском и Тонском районах Иссык-Кульского региона вместо 1389, состоящих на учете, а в Нарынском, Джумгальском, Ак-Талинском и Кочкорском районах Нарынского региона приблизительно 3479 вместо1285 больных, состоящих на учете.Таким образом, в Кыргызстане СД в настоящее время выявлен недостаточно.

Выводы. Истинная распространенность СД в Иссык-Кульской, Нарынской регионах Кыргызстана превышает показатели, состоящих на учете.Своевременное и активное выявление СД предотвратит развитие осложнений, смертности и инвалидности у этих больных.

Литература

1. IDF, DiabetesAtlasSeventhEdition.-2015.
2. IDF,DiabetesAtlasSixthEdition.- 2014.
3. Кравцова,Н.Н.Активное выявление лиц с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета второго типа и результаты четырехлетнего наблюдения и лечения [Текст]: автореф.дис. канд.мед.наук:/Н.Н. Кравцова -М, 14.00.05; //Н. Н. Кравцова.-М, -2005.-С.-25.
4. Шестакова,М.В. Сейчас диабетом можно управлять[Текст] Эффективная фармакотерапия. Электронный журнал. -2013.-№29.-С.4-6.

http: www.umestudio.ru.

5. Древаль,А.В. Профилактика поздних осложнений Сахарного диабета[Текст] /А.В. Древаль, И.В.Мисникова, И.А. Барсуков,

Г.В.Пончакова, А.В. Кузнецова.//Сахарный диабет. -2010. -№18; -С.116-121.

6. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики. Республиканский медико-информационный центр МЗ КР. -2015,-С.-19.
7. Приказ МЗ КР №280 от 26.05.2009 «Об утверждении Комплексной программы контроля сердечно–сосудистых заболеваний в КР».-2009.
8. Анциферов, М.Б. Управление СД. Организация значения самоконтроля [Текст] /М.Б.Анциферов, О.М.Котяжкова //Трудныйпациент.-2009.-№7. - С.-55.
9. WorldHealth organization:Definition, Diagnosis, and Classification of Diabetes Mellitus and its Complication: Report of WHO consultation. Part 1:diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. -World Health Org. (WHO/NCD/NCS/99.2).-1999.

10. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus: follow-up report on the diagnosis of diabetes mellitus.Diabetes Care.-2003.-№26.-P.3329-3330.

ФАКТОРЫ РИСКА ИНФИЦИРОВАННОСТИ Helicobacter pylori ИНФЕКЦИЕЙ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ В РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСТАНА

Г.М.Акбарова, М.С. Молдобаева, А.У. Уламадылова, Торокул кызы Эркинай
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. На распространение Helicobacter pylori (Hp) инфекции могут влиять факторы риска (ФР). У обследованных нами пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ12ПК), коренных жителей Кыргызстана из ФР превалируют уровень жизни ниже среднего, низкий уровень образования, загрязненность, либо ограниченный доступ к воде. Эти ФР более выражены в Баткенском регионе.

Ключевые слова: инфицированность, Hp инфекция, факторы риска, регион.

КЫРГЫЗСТАН АЙМАГЫНДА ЖЕРГИЛИКТҮҮ ТУРГУНДАРДЫН Helicobacter pyloriИНФЕКЦИЯСЫН ЖУКТУРУУСУНУН ТОБОКЕЛДИК ФАКТОРЛОРУ

Г.М.Акбарова, М.С. Молдобаева, А.У. Уламадылова, Торокулкызы Эркинай
И. К. АхунбаеватындагыКыргызМамлекеттик МедициналыкАкадемиясы, Бишкек ш,
КыргызРеспубликасы

Корутунду. Кыргызстан аймагында жергиликтүү тургундардын Нринфекциясын жуктуруусунун тобокелдик факторлору (ТФ) таасир этиши мумкун.

Кыргызстандагы жергиликтүү тургундардын биз текшерген 12 эли ичегиндеги жара ооруусун коштогон бейтаптардын Hp инфекциясын жуктуруусуна ТФ басымдуулуулугу болуп орто жашоо деңгээли, билим деңгээлинин томондугу, булгануу, же болбосо сууга чектелүү жетиши саналат. Өзгөчө бул ТФ Баткен аймагында көбүрөөк.

Негизгисөздөр: жуктуруу, Hp инфекциясы, тобокелдикфакторлор, аймак.

RISK FACTORS OF CONTAMINATION Helicobacter pylori INFECTION AT ABORIGINALIS IN REGIONS OF KYRGYZSTAN

G. M. Akbarova, M. S. Moldobayeva,A. U. Ulamadilova, Torokul k E
Kyrgyz State Medical Academy of I. K. Akhunbayev,Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The risk factors (RF) of infected of Hp of infection by natives of Kyrgyzstan. The RF may influence to spread Hp infection.

We have examinedindigenous people of Kyrgyzstanwith duodenal peptic ulcer of the risk factors prevailingstandard of living below average, low level of education, impurity, or limited access to water. These FR are spread in the Batken region.

Keywords: contamination, Hp infection, risk factors, region.

Введение. В настоящее время известными ФР распространения Hp инфекции являются неудовлетворительные социально-экономические условия жизни, перенаселенность жилых помещений, неочищенная вода и отсутствие достаточного ее количества, наличие Hp инфекции у членов семьи, большое количество братьев и сестер в семье, этническая принадлежность, отдельные географические регионы,курение, распространение Hp через контаминированные эндоскопы, возраст и социально-экономические факторы [1,2,3,4]. Крупные эпидемиологические исследования указывают на более высокую распространённость инфекции у мужчин, чем у женщин [5]. Уровень Hp инфекции высокий в развивающихся странах (80-90%), в том числе, и в Азии (50-80%) [6,7], из них, в Китае от 87 до 100% с преобладанием цитотоксических штаммов Hp [8]. Hp-позитивные лица взрослого населения южных

территорий Китая составляют 71,7% [9], Ирана – 67,1% [10]. На Азиатском материке в ряде стран показатели инфицирования взрослого населения имеют и низкие значения. Например, в Японии, пациентов с симптомами диспепсии Нр выявлено в 47,8%, Кувейте– в 49,7 % [11] случаев. В России инфицированность Нр взрослого населения также высока: от 50 до 80%, а в некоторых регионах даже и100%. Близлежащий к нам Казахстан также имеет высокий уровень инфицированности Нр-от 67,5 до 92%[12]. Установлено, что инфицированность Нр среди жителей Алматы составляет в среднем 80%, примерно одинаково часто встречается как среди мужчин, так и среди женщин [13, 14].В Индии, в стране с высокой инфицированностью взрослого населения уже 79 % детей в возрасте 6–10 лет являются Нр-позитивными [15]. На инфицированность Нр-инфекцией влияют злоупотребление алкоголем и курение [16 ,17,18]. Курение снижает эффективность эрадикацииНр-инфекции (OR=1,75 (95% CI;0,94-3,25) [19].В Казахстане среди обследованных Нр позитивных лиц 8,9% злоупотребляли алкоголем, 67,8% больных курили, причем стаж курения у большинства превышал 10 лет [20, 13, 14].В семьях у коренного населения южного региона Казахстана с большим количеством детей, или проживающих в густонаселенных квартирах, или домах без достаточных бытовых удобств (отсутствие канализации, отопления, горячего водоснабжения), инфицированность Нр была на 30—40% выше, чем среди малочисленных семей [21]. Ранее нашими исследованиями было показано, что в Кыргызстане инфицированность Нр среди больных язвенной болезнью (ЯБ) и хроническим гастритом (ХГ) достигает 74% [22,23], а по данным исследований Национального центра кардиологии и терапии КР до 100% [24].Таким образом, инфицированность Нр- инфекции в Кыргызстане среди больных ЯБ 12ПК и ХГ высокая.

Кыргызстан находится в группе стран с уровнем доходов ниже среднего (Обновленная классификация стран Группы Всемирного банка)[25]. Исходя из того, что Кыргызстан ранее относился к группе стран с низким уровнем доходов и соответствующим социо-экономическим статусом, можно предположить, что в стране высоки риски распространения Нр- инфекции.

Нрявляется источником инфицированности населения, особенно в случаях отсутствия канализации и централизованного водоснабжения [26]. В связи с тем, что Нр присутствует в воде поверхностных водоемов, грунтовых водах, колодцах, в водопроводной распределительной системе, ВОЗ рассматривает инфекцию даже в качестве кандидата на нормирование количества Нр в питьевой воде [27, 28, 29]. В городах Баткенского региона: Кызыл-Кия, Сулюкта, которые используют исключительно речную воду, многие трубы сделаны из асбеста, что также может стать причиной риска здоровью; около 20% систем водоснабжения не соответствуют санитарным нормам; в большинстве случаев отсутствуют зоны санитарной охраны, водоочистительные сооружения и системы дезинфекции. Имеющиеся водоочистительные сооружения ограничиваются хлораторными станциями, на которых Органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора не проводят регулярно проверку качества воды. Большинство систем значительную часть времени предоставляют населению неочищенную воду[30]. Самый низкий уровень доступа к воде и самое низкое ее качество (всего 69,7%) в Баткенской области. Из-за ограниченного доступа к воде, либо ее загрязненности, в Баткенской области наблюдалась самая высокая по республике заболеваемость кишечными инфекциями и вирусным гепатитом А. В Нарынской области только 86-89% населения обеспечены питьевой водой. По данным Нацстаткома КР за 2011 год, показатели доступа канализации в г. Бишкек и Чуйской области составляют 84,6% и 41,9% населения, в Иссык-Кульской 15,4%, Таласской 9%, Джалал-Абадской 8,8%, Ошской 8,3% и Нарынской области 5,6%, самые низкие показатели в Баткенской области –3% [31].

В настоящее время отсутствуют научно обоснованные публикации по изучению взаимосвязи ФР и инфицированности Нр у населения Кыргызстана.

Цель исследования: изучить факторы риска инфицированности Нр- инфекцией в отдельных регионах Кыргызстана у больных ЯБ12ПК для выработки целенаправленных профилактических мер.

Материалы и методы: методом случайной выборки обследовано 116 коренных жителей ЯБ12ПК. Для оценки состояния слизистой оболочки пищевода, желудка и 12перстной кишки проведенаэзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), из них: в Чуйском регионе обследованы– 46, в Нарынском – 38, в Баткенском – 32 человек, средний возраст составил 49,1±2,4 лет. Контрольную группу составили 33 обследованных соответствующего возраста, с диспепсией и с Нр –.

ФР инфицирования Нр-инфекцией считали: проживание в сельской местности, низкий уровень образования, наличие в анамнезе перенесение ЯБ12ПК у близких родственников, погрешности в питании, курение одной и более сигареты в день, сниженные социально-экономические условия жизни, неочищенная вода и/или отсутствие достаточного ее количества.

Рандомизация основана на изучении инфицированности Нр в регионах, семей с низким уровнем доходов (согласно списка местного айылокмоту). Нр-инфекцию выявляли Хелик-тестом, (чувствительность 60-95%, специфичность 93%) [32]. Для установления вероятности воздействия ФР на инфицированность Нр вычисляли отношение шансов (OR) и 95%-доверительный интервалconfidenceinternal(95% CI).

Результаты исследований: по данным наших исследований инфицированность Нр-инфекцией выявлена у 96 обследованных (82,7%) (рис. 1), из них в Чуйском у 82,6%, в Нарынском у 78,9% и в Баткенском регионах у 87,5%, т.е. доля инфицированных примерно одинаковая в этих регионах и высокая как у мужчин, так и у женщин (36,2% и 44,8%) (рис. 2).

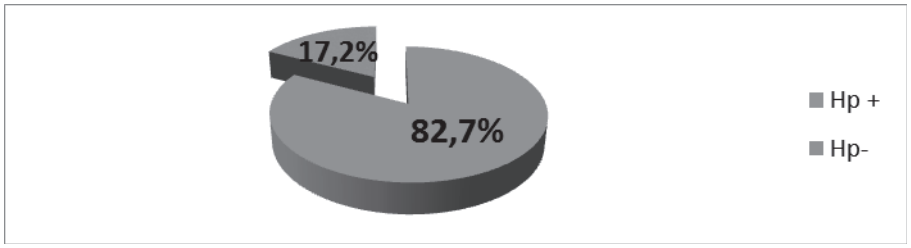


Рис 1. Инфицированность Нр-инфекцией у коренных жителей в регионах Кыргызстана

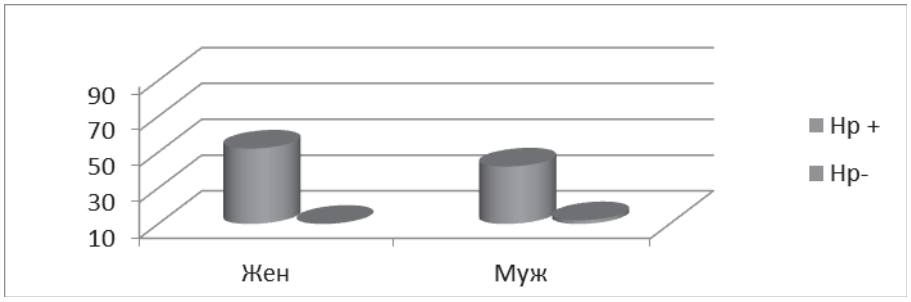


Рис 2. Инфицированность Нр в регионах Кыргызстана в зависимости от пола

Курение как ФР выявлено у 15,6% Нр + обследованных (15 пациентов), из них у 13 мужчин, (в Чуйском регионе у 5, в Нарынском регионе у 4 и в Баткенском регионе у 4).Уровень жизни ниже среднего имели 100% обследованных. Среднее образование среди женщин, инфицированных Нр, имели в Чуйском регионе 12 из 29(41,3%),в Нарынском регионе 11 из 25 (44%), в Баткенском регионе, инфицированные женщины имели только школьное образование: 11из 22 (50%). Перенесение ЯБ12ПК у близких родственников выявлено у 43 из 96 Нр + обследованных, что составило 44,7%, из них в Баткенском – 25%, в Нарынском – 44,7% , в Чуйском регионе – 39,1%. Погрешности в питании выявлены из 96 Нр + у 60 (62,5%), из них в Чуйском у 31(32,3%), в Нарынском у 19 (19,8%) и в Баткенском регионе у 10 (10,4%) обследованных. Распространение Нр-инфекции у коренных жителей Кыргызстана ассоциированы с ФР: курением (OR0,194;95% 0,025–1,526), с перенесением ЯБ12ПК у близких родственников(OR0,068;95% 0,009–0,511), образованием на уровне оконченной средней школы (OR2,067; 95%1,098 – 3,890) и погрешностями в питании (OR 1, 600; 95% 0,895 – 2,859).

Обсуждение: впервые в Кыргызстане нашими исследованиями показано, что инфицированность Нр-инфекцией среди больных ЯБ12ПК составляет74%-82,7%, т.е. достаточно высокая.Среди ФР инфицированности Нр курение выявлено у 15,6% обследованных, что значительно меньше, чем данные доступной литературы, например, чем в Казахстане(67,8%). Видимо, данные разнятся в силу различий количеств обследованных групп и разности методов обследования.Уровень жизни у всех (100%) обследованных был ниже среднего. Образование на уровне оконченной средней школы,как ФР инфицирования Нр-инфекции, влияет на35,4% женщин. Вода, как фактор риска инфицированности Нр-инфекцией в виде недоступности канализации самая высокая в Баткенской (97%), Нарынской (94,4%) областях, затем в Ошской (91,7%), Джалал-Абадской (91,2%), Таласской (91%), Иссык-Кульской (84,6%) областях, самые низкие показатели в Чуйской области (58,1%) и в г. Бишкек (15,4%).

Выводы: инфицированность Нр-инфекцией среди больных ЯБ12ПК составляет 82,7%, т.е.достаточно высокая.

Из ФР инфицированности Нр-инфекцией больных ЯБ12ПК, коренных жителей Кыргызстана, преобладают: уровень жизни ниже среднего (100%), низкий уровень образования (среднее школьное образование), загрязненность, либо ограниченный доступ к воде (10-14% и 30,3%), затем следуют курение, наследственность и погрешности в питании, которые больше выражены в Баткенском регионе.

По нашим исследованиям, мероприятия по профилактике и снижению инфицированности Нр среди коренного населения в этих регионах должны быть направлены на повышение уровня жизни, образования и улучшение доступа к очищенной воде.

Литература

1. Vakil N.B., MégraudF.Eradication Therapy for Helicobacter pylori // Gastroenterology. – 2007. – №133. –P.985 - 1001.

2. Практическое руководство Всемирной организации гастроэнтерологов (ВОГ/OMGE) Helicobacterpylori в развивающихся странах doctor-ru.org/main/1100/1114_ru.

3. Цыркунов А.В., Савицкий С.Э. и др. Хеликобактерная инфекция (хеликобактериоз): учебн-метод пособдляврач и студ. г. Гродно.– 2007. – 52с.

4. Абатуров А.Е., Герасименко О.Н. Хеликобактерная инфекция у детей: особенности диагностики и лечения// Педиатрия/Неонатология. – 2011. – С.4-31.

5. http://klinika95.ru/index.php/articles/46-infektsiya-helicobacter-pylori-nr.

6. Frenck R.W. et al. Helicobacter in the developing world. Microbes and Infection. Eradication treatment of Hp Recommendations of the II Spanish Consensus Conference. Med Clin. – 2003. Vol. 5, №8. P.705-713.

7. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. Management of Helicobacter Pylori infection - the Maastricht IV.Florense Consensus Report.

– 2012. – Vol. 61, №5. – P.646-664.

8. Циммерман, Я.С. Helicobacterpylori-инфекция: внежелудочные эффекты и заболевания // Клиническая медицина. - 2006. - №4. – С. 63-67.

9. Zou D., He J., Ma X. Helicobacter pylori infection and gastritis: the Systematic Investigation of gastrointestinal diseases in China (SILC)//J. Gastroenterol. Hepatol. – 2011. – Vol.26, №5. – P.908–915.

10. Hashemi M., Rahnavardi M., Bikdeli B. H.pylori infection among 1000 southern Iranian dyspeptic patients // World J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 12, №34. – P.5479–5482.

11. Alazmi W., Siddique I., Alateeqi N. et al. Prevalence of Helicobacter pylori infection among new outpatients with dyspepsia in Kuwait// BMCGastroenterol. – 2010. – P.10 – 14.

12. БажиковаА.С. Эрадикация Helicobacter pylori-инфекциивКазахстане online.zakon.kz/Document/doc_id.

13. Nurgalieva Z.Z., Connerl M.E., Graham D.Y. et al. Humoral Immune Response in experimental Helicobacter pylori in section in human subjects. International Congress of Gastroenterology «GASTROSURGERY 2001». – Almaty, 2001. – P.127.

14. Анаева, Т.М. Роль цитокиновиферритинавпатогенезеязвеннойболезнидвенадцатиперстнойкишки, ассоциированнойсHelicobacterpylori-инфекцией: автореф. дис…канд. мед.наук: М., 14.00.05.2004. – 23с.

15. Thankachan P., Muthayya S., Sierksma A. Helicobacter pylori infection does not influence the efficacy of iron and vitamin B(12) fortification in marginally nourished Indian children. – 2010.–Vol. 64,№10. – P.1101–1107.

16. МаевИ.В., САмсоновА.А. Язвеннаяболезнь. – 2009. –428с.

17. Endoh K., Leung F.W. Effects of smoking and nicotine on the gastric mucosa are view of clinical and experimental evidence// Gastroenterology. – 1994.–№107. – P.864-878.

18. Maity P. Smoking and the pathogenesis of gastroduodenal ulcer recent mechanistic update. Mol. Cell. Biochem. – 2003.–№ 253. – p.329-338.

19. Пиманов С.И., МакаренкоЕ.В. Влияние генотипов Helicobacterpyloriикурениянаэффективностьэрадикации//ВестникВитебскогогосударственногомедицинскогоуниверситета.– 2009. – №3. – С. 100-106.

20. Nurgalieva Z., David Y.G., Almuchambetova R. Use of dry plasma collection device to overcome problems with storage and transportation of blood samples for epidemiology studies in developing countries// Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology. – 2000. – P.5-6.

21. Алдиярова, М.А. Распространенность и особенности проявления инфекции, обусловленной Helicobacterpylori, у коренного населения южного региона Казахстана//НИИ кардиологии и внутренних болезней// Эпидемиология и инфекционные болезни. – Алматы, 2011. – №1. – С. 1-4.

22. Клиническое руководство по диагностике и лечению неосложненной язвенной болезни в активной фазе на первичном уровне здравоохранения Кыргызской Республики. Б.: Минздрав КР.– 2010. – 76 с.

23. Отчет по проекту: «Изучить в Кыргызстане резистентность Helicobacterpylori к кларитромицину и метронидазолу для адаптации рекомендаций Консенсуса Маастрихт-3, 2005 по лечению язвенной болезни»// КГМА. Бишкек. – 2010. – 56 с.

24. Жумабаев М.Н., Апушкина В.В., Джуманова Р.Г. и др. Распространенность и лечение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки ассоциированной Helicobacterpylori у жителей Кыргызской Республики//ЦАМЖ. – 2007. – №13. – С. 127-132.

25. www.vb.kg/.../319722_**kyrgyzstan_ostalsia**v_chisle_stran_s__yrovnem.

26. Федичкина Т.П., Соленова Л.Г. Нр: Пути передачи инфекции// Гигиена и санитария. – 2011. – №4. – 34 с.

27. Руководство по контролю качества питьевой воды//Женева. – 2011. Available at:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/148049/e94968R.

28. Федичкина Т.П., Соленова Л.Г., Зыкова И.Е.К вопросу о нормировании Helicobacterpylori в питьевой воде// Гигиена и санитария. – 2014. – №4. – С.42-46.

29. Рахманин Ю. А. и соавт.Подходы к изучению роли водного фактора в распространенности инфекцииHelicobacterpylori// Гигиена и санитария. – 2012. –№5. – С.35-37.

30. Стратегия развития питьевого водоснабжения и водоотведения населенных пунктов Кыргызской Республики.
www.aris.kg/files/reports_water_vb_abr/strateg-vv-psvs-2.pdf

31. www.dem.kg/kg/article/.../voda-i-eyo-kachestvo-dlya-nas-problema-
Вода и ее качество – для нас проблема №1.

32. Корниенко Е.А., Эмануэль В.Л., Дмитриенко М.А. Хелпил-тест и Хелик-тест для диагностики хеликобактериоза//Пособдля врач. Санкт-Петербург. – 2005. – 7 с.

РИСК РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ г. БИШКЕК

Бабаджанова З., Махмудова У., Ибрагимова Т.М., Калиев Р.Р.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра факультетской терапии имени М.Е. Вольского - М.М. Миррахимова
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Для оценки риска развития сахарного диабета 2 типа в течение 10 лет было проведено анкетирование при помощи опросника FINDRISC среди 60 врачей терапевтического и хирургического профилей НЦКТ и ГКБ №1. Выявлено, что риск развития СД 2 типа был низким, как среди терапевтов, так и у хирургов, однако, вероятность развития данного заболевания у хирургов оказалась выше.

Ключевые слова: сахарный диабет, факторы риска, FINDRISC.

БИШКЕК ШААРЫ БОЮНЧА ХИРУРГИЯ ЖАНА ТЕРАПИЯ ПРОФИЛИНДЕГИ ДАРЫГЕРЛЕР АРАСЫНДА 2 ТҮРДӨГҮ КАНТ ДИАБЕТИНИН ПАЙДА БОЛУШ МҮМКҮНЧҮЛҮГҮ

Бабаджанова З., Махмудова У., Ибрагимова Т.М., Калиев Р.Р.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
М.Е. Волский - М.М.Миррахимов атындагы факултеттик терапия кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кант диабетинин 2-чи түрүн 10-жыл ичинде пайда болуш мүмкүнчүлүгүн баалоо максатында FINDRISC сууроо баракчасы аркылуу КТУБ жана №1 ШКБ иштеп жаткан терапия жана хирургия профилдеги 60 дарыгер арасында изилдөө жүргүзүлдү. Кант диабетинин 2 түрүн пайда болуш

коркунучу терапевттердин жана хирургтардын арасында төмөн экендиги аныкталды. Бирок, бул ооруга хирургтардын чалдыгуу мүмкүнчүлүгү жогоруурак болуп белгиленди.

Негизги сөздөр: кант диабети, коркунуч факторлору, FINDRISC.

RISK OF DEVELOPMENT OF DIABETES MELLITUS 2 TYPE AMONG PHYSICIANS AND SURGEONS IN BISHKEK

Babadzhanova Z., Makhmudova U., Ibragimova T.M., Kaliev R.R.
Kyrgyz state medical academy named after I.K.Akhunbaev
Department of faculty therapy named after M.E.Volsky – M.M. Mirrakhimov
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. In order to assess the risk of development of diabetes mellitus 2 type within 10 years, the questioning among 60 physicians and surgeons of NCCT and CCH №1 through the questionnaire FINDRISC was carried out. It was revealed that the risk of development of diabetes mellitus 2 type was low both among physicians and surgeons. However, the probability of this disease was higher among surgeons.

Keywords: diabetes mellitus, risk factors, FINDRISC.

Введение. Рост заболеваемости сахарным диабетом (СД) в мире позволяет говорить об «эпидемии» неинфекционного характера и обуславливает повышенное внимание систем здравоохранения и государств в целом к данной проблеме [1].

Согласно данным ВОЗ, в мире в настоящее время зарегистрировано 422 млн. человек с СД. К 2030г. эксперты ВОЗ прогнозируют СД в качестве 7-й причины смерти населения планеты [2].

По данным атласа Международной федерации диабета за 2013 год, истинная распространенность СД 2 типа среди взрослого населения составляет 5, 1%, нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ) также 5%. Согласно этим данным, количество больных с СД 2 типа должно насчитывать около 164 тыс. человек, а лиц с НТГ-188 тыс. человек в возрасте от 20 до 79 лет [3]. По данным же Кыргызского Республиканского медико -информационного центра на 1 января 2015 года зарегистрировано более 47 тысяч больных [4]. Следовательно, истинная распространенность СД 2 типа превышает распространенность по обращаемости.

Поэтому актуальными являются выявление ранних нарушений углеводного обмена, оценка риска развития СД у лиц трудоспособного возраста. Подобные меры могут уменьшить вероятность развития СД и его осложнений.

Опросник FINDRISC с успехом используется во многих странах и рекомендован рабочей группой Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology - ESC) и Европейской ассоциацией по изучению сахарного диабета (European Association for the Study of Diabetes - EASD). Этот метод основан на анамнестических данных, результатах простого клинического осмотра и инструментального обследования и не требует больших экономических вложений [5].

По данным литературы, применение шкалы прогнозирования СД в учреждениях первичного здравоохранения позволяет выявлять 10-летний риск развития СД 2 типа с точностью до 85% и может служить важным звеном первичной профилактики СД 2 типа [7].

Целью исследования явилось использование опросника FINDRISC для выявления групп высокого риска развития СД 2 типа среди врачей терапевтического и хирургического профилей.

Материалы и методы. Был проведен опрос 60 врачей терапевтического и хирургического профиля, работающих в НЦКиТ и ГКБ №1 г.Бишкек. Возраст участников исследования находился в диапазоне от 25 до 55 лет. Все они дали согласие на заполнение анкеты с использованием шкалы FINDRISC, содержащей 8 вопросов о возрасте, индексе массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ), физической активности, употреблении фруктов и овощей в день, гипотензивной терапии. Каждый ответ оценивался по определенному числу баллов, сумма которых соответствовала риску СД 2 типа.

Согласно результатам анкетирования, лица, набиравшие до 7 баллов, имели низкий, от 7 до 11 баллов – слегка повышенный, 12-14 баллов – умеренный, 15-20 баллов - высокий и более 20 баллов – очень высокий риск развития заболевания.

Кроме этого, у респондентов уточнялось наличие вредных привычек и стрессов. После анкетирования у всех участников определяли уровень гликемии натощак с помощью сухого метода (тест-полоски и глюкометра CareSensN, Корея).

Статистическая обработка материала проводилась в программах Statistica 8.0. и SPSS 16.0. Для выявления различий по параметрическим данным применялся t-критерий Стьюдента, а по непараметрическим – критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Из 60 участников исследования риск развития СД 2 типа в течение 10 лет был низким у 40 (менее 7%), а слегка повышенным у 20 (7-11%) человек. Очень высокого риска заболевания не отмечалось ни у кого.

Возраст участников распределился следующим образом: 50 (83%) человек - в возрасте до 45 лет; 7 (12%) - от 45 до 54 лет; 3 (5%) от 55 до 64 лет (рис. 1).

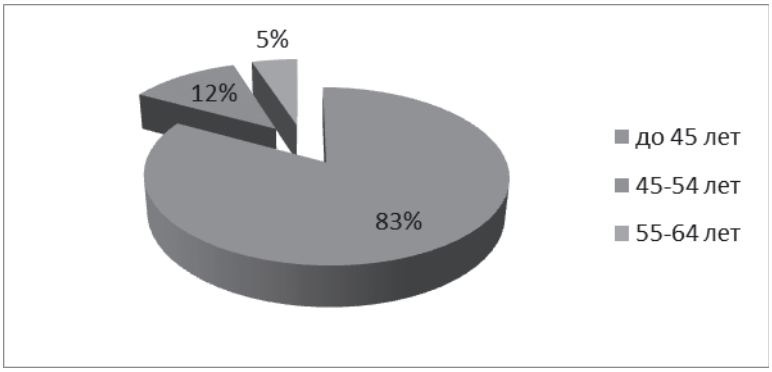


Рис. 1. Распределение участников в зависимости от возраста.

Данные анкетирования показывают, что все респонденты были трудоспособного возраста, это очень важно т.к. лица этого периода практически не обращаются за медицинской помощью. В то же время в последние годы отмечается рост заболеваемости и смертности лиц трудоспособного возраста от сердечно-сосудистой патологии, что обуславливает повышенное внимание в отношении выявления факторов риска и ранней диагностики социально-значимых заболеваний [1].

ИМТ. Лица с нормальной массой тела составили (ИМТ менее 25 кг/м^2) 33 (50%) (рис.2), повышенной (ИМТ от 25 до 30кг/м^2) - 22 (37%) и с ожирением (ИМТ более 30 кг/м^2) - 8 (13%).

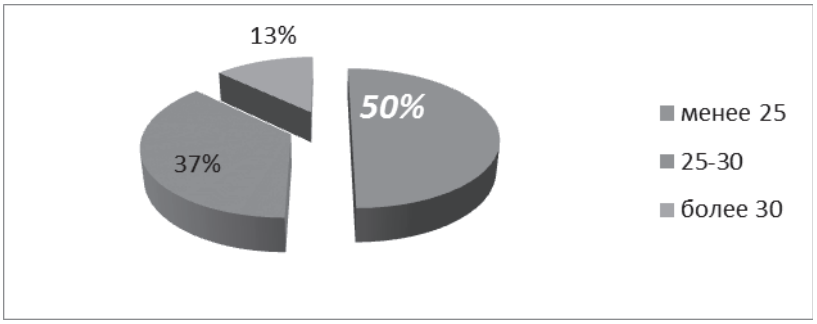


Рис. 2. Распределение опрошенных в зависимости от массы тела.

Объем талии. У женщин объем талии должен составлять в норме менее 80 см, у мужчин 94 см. Превышение значения данного показателя более 88 см у женщин и 102 см у мужчин расценивается как признак абдоминального ожирения и определяется высокий риск развития кардиоваскулярной патологии. По полученным данным, абдоминальный тип ожирения зарегистрирован у 5 (8%) человек, повышенный объем талии у 27 (45%) и нормальный - у 28 (47%) человек (рис. 3).

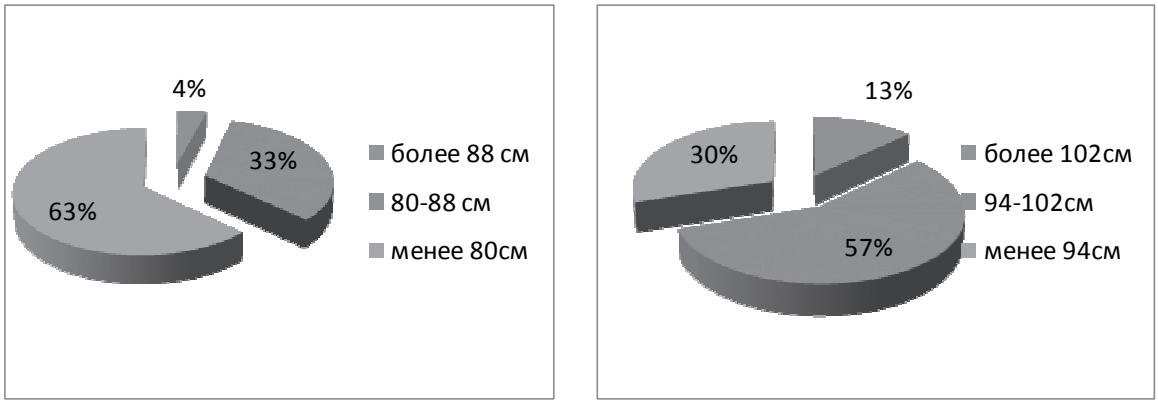


Рис. 3. Объем талии у опрошенных женщин и мужчин.

Физическая активность. Для профилактики СД 2 типа обоснованно выполнение физической нагрузки в течение 30 мин в сутки не менее 5 дней в неделю [9]. Результаты проведенного анкетирования, показали, что практически все врачи ведут активный образ жизни и только 4 (6,67%) человека не уделяли физической активности должного внимания и времени, необходимых для профилактики заболевания.

Употребление овощей, фруктов и ягод. Экспертами WHO/FAO с целью снижения риска развития СД 2 типа рекомендуется ежедневно употреблять не менее 3-4 порций фруктов и овощей [10]. Среди опрошенных нами врачей всего лишь 23 (38%) человека не употребляют необходимого количества продуктов.

Артериальная гипертензия. Распространенность ее среди пациентов с СД 2-го типа, по данным клинических исследований, достигает 65-70% [11,12]. Среди опрошенных нами врачей только у 6 человек ранее был выставлен диагноз артериальной гипертензии, и они принимали гипотензивные препараты.

Гипергликемия. Согласно данным экспертов ВОЗ, диагностика СД 2 типа базируется на выявлении уровня гликемии натощак более 6,1 ммоль/л или более 11,1 ммоль/л после еды [11].

При анализе данных анкетирования выявлен нормальный уровень сахара у 28 (46,67%) человек, нарушенная толерантность к глюкозе у 15 (25%) и повышенный уровень сахара у 17 (28.33%) врачей.

Наследственность. Наследственная отягощенность по СД 2 типа встречалась у 25 (41,67%) человек.

Стресс. На наличие частых стрессов из опрошенных жаловались 34 (56,67%), редких - 10 (16,67%), непостоянные стрессы отмечались 16 (26,66%) человек.

Курение. Из опрошенных нами специалистов только 15 (25%) человек курили.

Затем нами, все опрошенные врачи соответственно профилю были разделены на две группы - в 1-ю группу вошли 30 специалистов терапевтического и во- 2-ю - 30 врачей хирургического профиля.

После определения риска развития СД 2 типа у обследуемых было выявлено, что больше подверженны вероятности появления данного заболевания врачи хирургического профиля – 78,6%, против 43% терапевтов ($p<0,09$) (рис.4).

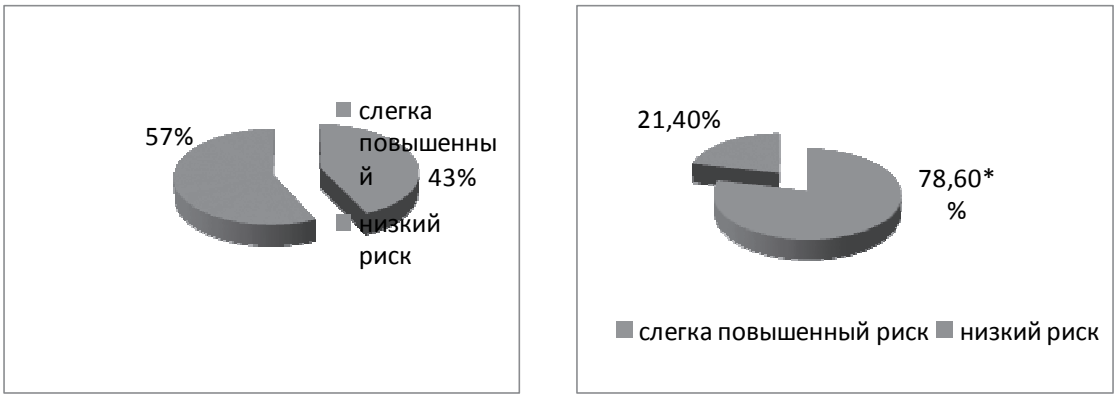


Рис. 4. Риск развития СД 2-го типа в обследуемых группах.

По количеству баллов, набранных по шкале FINDRISC (табл.1), риск развития СД 2 типа в обеих группах был низким. Но у хирургов данный показатель риска, составил 5,7±3,35, достоверно отличаясь от аналогичного показателя терапевтов 3,7±3,4, p< 0,02. Достоверные различия выявлялись и по уровню сахара крови в обеих группах (5,9±0,6 ммоль/л, против 5,4±0,7 ммоль/л, p< 0,005).

Таблица 1 - Показатели риска СД 2-го типа и уровня глюкозы в обследуемых группах

Показатель	1-я группа	2-я группа	P<
Шкала FINDRISC, баллы	3,7±3,4	5,7±3,35	0,02
Уровень глюкозы натощак, ммоль/л	5,4±0,7	5,9±0,6	0,005

Анализируя ИМТ, нами выявлено, что в обеих группах избыточный вес встречался почти с одинаковой частотой 33,3 % у терапевтов и 39,2% у хирургов, в то время как выявляемость ожирения была достоверно чаще во 2-й группе - 26,6%, против 3,5% в 1-й группе (p<0,02).

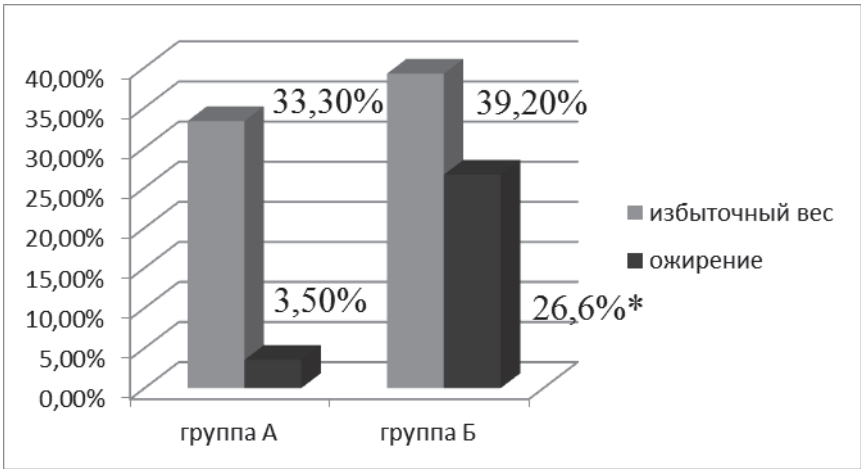


Рис. 5. Анализ ИМТ в обследуемых группах.

Анализируя показатели окружности талии в обеих группах нами выявлено, что частота обнаружения абдоминального ожирения в хирургической группе оказалась достоверно выше, составляя 66,6%, против 7,1% в группе врачей терапевтов (p<0,00001).

Установлено, что постоянное употребление свежих овощей снижает риск развития СД 2 типа.

Терапевты достаточно часто употребляли свежие овощи и фрукты - 80% случаев, в то время как хирурги употребляли их реже - 43% случаев.

В группе хирургов намного чаще отмечалась привычка курения - каждый второй опрошенный, среди терапевтов выявляемость курения была низкой - 1 (3,33%) человек.

Таким образом, анализируя вышеизложенное, нами показано, что риск развития СД 2 типа был низким как у терапевтов, так и хирургов, но вероятность развития данного заболевания у хирургов была выше. Это возможно объясняется тем, что согласно опроснику FINDRISC у хирургов выявлялось больше факторов риска развития СД 2 типа, таких как избыточная масса тела, абдоминальное ожирение, редкое употребление свежих овощей и фруктов, а также привычка курения.

Литература:

1. Оценка риска развития сахарного диабета 2-го типа в республике Беларусь.А. П. Шепелькевич, Е. А. Холодова, О. Б. Салко, Н. Д. Язвинская, И. К. Билодир, Л. М. Педченец, Л. П. Ковшик, М. И. Тупова, А. С. Григорович, О. Г. Залесская, В. Н. Селиванов. // Здравоохранение, 2012, 11: 4-8.
2. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/ru/
3. IDF Diabetes Atlas 6th Edition. Brussels, 2013. 159 p.
4. Регистр Республиканского медицинского информационного центра. Бишкек, 2014.
5. Сравнительная характеристика шкал риска сахарного диабета 2-го типа. Мустафина С. В., Симонова Г. И., Рымар О. Д. // Сахарный диабет. 2014, 3: 17-22.

6. Выявление группы риска развития сахарного диабета 2-го типа на основе заполнения опросника FINDRISC. Мисников И. В., Древаль А. В., Дзебисашвили Т. Г. // Альманах клинической медицины.2015 Февраль; Спецвыпуск 1:46-50.

7. Оценка риска развития сахарного диабета среди врачей терапевтического профиля: результаты скрининг - исследования. М.Н. Мамедов, М. Н. Ковригина, Э. Б. Ахмедова, З. А. Тогузова. // Кардиология 2015, 2: 65-69.

8. Влияние артериальной гипертензии на распространенность и риск развития сахарного диабета 2-го типа в Кыргызстане. /В. Г. Князева, Р. Б. Султаналиева // Вестник КРСУ. 2016. Том 16, №7, 92-95.

9. [Электронный ресурс].-Режим доступа:http://www.idf.org

10. [Электронный ресурс].-Режим доступа:http://www.
Who.int/dietphysicalactivity/fruit/en/index/html.

11. [Электронный ресурс].-Режим доступа:http://www. Who.int/diabetes/ru.

12. Press Release IDF, Brussels,14 Nov.2011// [Электронный ресурс].-Режим доступа:http://www. idf.org/media-events/press-releases/2011/diabetes-atlas-5th-edition.

АНАЛИЗ МНОГОЛЕТНЕЙ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСНОВНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ, ПРИВОДЯЩИМИ К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Махмудова У.М., Калиев Р.Р.
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика
Кафедра факультетской терапии имени М.Е.Вольского-М.М.Миррахимова

Резюме. В данной работе мы проследили за динамикой заболеваемости наиболее частых причин хронической болезни почек в Кыргызской Республике за период с 2009-го по 2015-й год. Был выявлен явный рост заболеваемости сахарным диабетом и гипертонической болезнью. Кроме того, отмечалась тенденция к росту заболеваемости острым и хроническим гломерулонефритами, а также нефротическим синдромом

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, гломерулонефрит, динамика заболеваемости.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫДА ӨНӨКӨТ БӨЙРӨК ООРУСУНА АЛЫП КЕЛЕ ТУРГАН НЕГИЗГИ ООРУЛАРДЫН КӨП ЖЫЛДЫК ЖЫЛЫШЫНЫН АНАЛИЗИ

Махмудова У.М., Калиев Р.Р.
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлеткеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы
М.Е.Волский-М.М.Миррахимов атындагы факултеттик терапия кафедрасы

Корутунду. Бул изилдөөдө биз Кыргыз Республикасы боюнча өнөкөт бөйрөк оорусуна эң көп ала келе турган себептердин 2009-2015 жылдар арасындагы жылышын караштырдык. Кант диабети жана гипертония оорусу менен оорукчандыктын өсүшүн байкадык. Андан тышкары, нефротик синдром, курч жана өнөкөт гломерулонефриттердин өсүүгө тенденциясы аныкталды.

Негизги создор: өнөкөт бөйрөк оорусу, кант диабети, гипертония оорусу, гломерулонефрит, оорукчандыктын жылышы.

ANALYSIS OF THE PERENNIAL DYNAMICS OF MOST COMMON PATHOLOGIES WHICH LEAD TO CHRONIC KIDNEY DISEASE IN KYRGYZ REPUBLIC

Makhmudova U.M., Kaliev R.R.
Kyrgyz state medical academy named after I.K.Akhunbaev
Bishkek, Kyrgyz Republic
Department of the faculty therapy after M.E.Volsky-M.M.Mirrakhimov

Resume. In this work we have studied the dynamics of morbidity of the most common causes of chronic kidney disease in Kyrgyz Republic for the period between 2009-2015 years. We revealed the pronounced upsurge of diabetes mellitus and arterial hypertension. The dynamics of morbidity in nephrotic syndrome, acute and chronic glomerulonephritis showed a tendency to rise.

Key words: chronic kidney disease, diabetes mellitus, primary arterial hypertension, glomerulonephritis, dynamics of morbidity.

Введение. Хроническая болезнь почек (ХБП) – это повреждение почек в виде структурных или функциональных нарушений деятельности органа без снижения или с замедлением СКФ<60 мл/мин/1.73м^2 в течение трех и более месяцев. ХБП в настоящее время представляет собой огромное бремя для системы здравоохранения [1]. Это обусловлено не только крупными экономическими затратами, но и в значительной мере тем, что ХБП является независимым фактором развития сердечно-сосудистых заболеваний [1-4].

На сегодняшний день, от ХБП страдает свыше 10% населения земного шара. Согласно данным Global Burden of Disease study, в 1990 году ХБП находилась на 27 месте среди всех причин смертности в мире, а в 2010 году – уже на 18-м [2]. Кроме того, более двух миллионов людей получают заместительную почечную терапию во всем мире, но по приблизительным подсчетам это лишь 10% пациентов, нуждающихся в ней [1,2]. В то же время, при своевременном выявлении можно значительно притормозить прогрессирование болезни. С этой точки зрения, является крайне важной повышение настороженности в отношении выявления факторов риска и причин ХБП с целью своевременной профилактики её на уровне первичного звена.

Целью данной работы явился анализ многолетней динамики основных факторов риска развития ХБП в Кыргызской Республики согласно данным Республиканского Медико-Информационного Центра (РМИЦ) [4]для разработки превентивных мер в будущем.

Материалы и методы. Мы изучили общую заболеваемость наиболее частыми патологиями, приводящими к развитию ХБП по Кыргызской Республике (КР) за 2009-2015 гг.: сахарный диабет (СД), гипертоническая болезнь (ГБ), острый и хронический гломерулонефрит (ОГН и ХГН, соответственно), нефротический синдром (НС).

Проведен описательно-оценочный анализ данных, основанный на методах клинической эпидемиологии. При этом изучались показатели заболеваемости во времени, среди различных возрастных групп (взрослые и подростки; дети до 14 лет). Показатели динамического ряда вычислялись следующими формулами:

-абсолютный прирост (убыль) = разность между данным уровнем и предыдущим;

-темп прироста (убыли) = % отношение абсолютного прироста (убыли) к предыдущему уровню ряда;

-темп роста (снижения) = % отношение последующего (уровня) к предыдущему

-средний темп прироста = коэффициент роста$_{ср}$ х 100% - 100, при этом его значения интерпретировались следующим образом: менее 1% - незначительный темп прироста, 1-5% - умеренный, более 5% - выраженный.

-абсолютное значение 1% прироста = абсолютный прирост/темп прироста.

Выравнивание линии тренда динамического ряда производилось посредством метода множественных квадратов. С целью выявления коэффициента корреляции был проведен линейный регрессионный анализ в программе SPSS 16.0. Достоверными считались данные при $p<0,05$.

Результаты. Среди патологий, приводящих к ХБП, по величине динамики заболеваемости, которую мы изучили, в КР на первом месте находилась ГБ (рис.1). В 2015 году было зарегистрировано 3722,1 чел. на 100 тыс. нас. с эссенциальной гипертензией, что составило 3,72% от всей популяции.

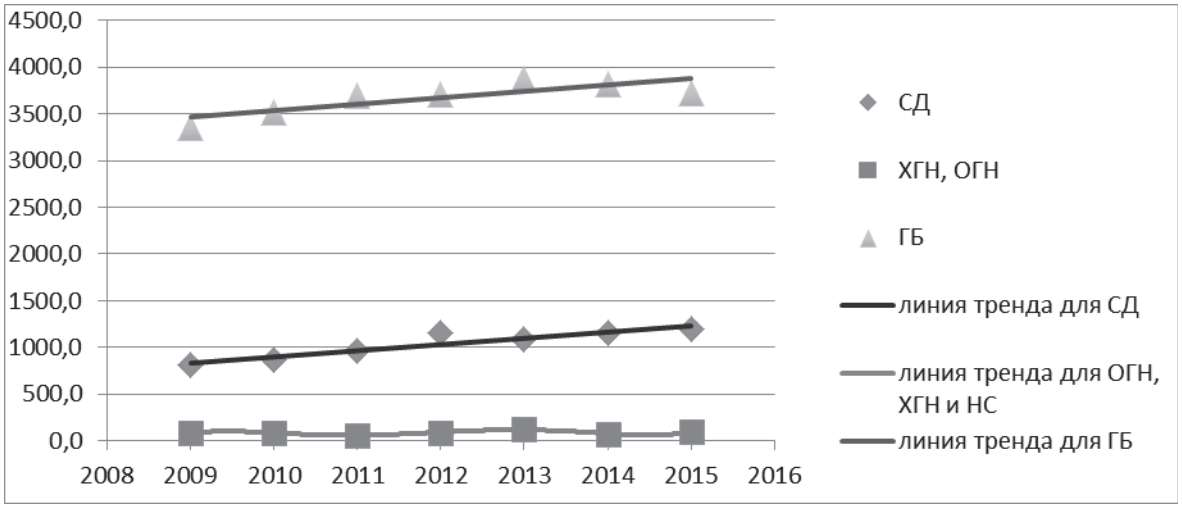


Рис. 1. Заболеваемость СД, ГБ, ОГН и ХГН среди взрослых и подростков по Кыргызской Республике за 2009-2015 гг.

При изучении многолетней динамики заболеваемости ГБ мы обнаружили умеренный подъем среди взрослых, когда средний темп прироста составил 2,02% со абсолютным средним значением 1% прироста, равным 60 (табл.1). За 6-летний период наиболее высокая заболеваемость ГБ отмечалась в 2014 году - 3822,2 чел.на 100 тыс.нас.), низкая – за 2010 год (3154,8 чел.на 100 тыс.нас.). В 2009 году ГБ страдали 3,3% взрослого населения, а в 2015-м году - 3,7% ($p<0,00001$). При изучении различий по полу, заболеваемость ГБ среди женского населения оказалась достоверно выше, чем у мужчин (2247,329±291,3002 чел.на 100 тыс.населения против 1370,114±158,2083, $p<0,00001$). У детей в динамике заболеваемости ГБ имелись значительные флюктуации (рис.2).

В наших наблюдениях темп прироста СД оказался выраженным, как у взрослых, так и у детей (рис.1,2). При этом, у взрослых и подростков он составил 6,87% со средним значением 1% прироста, равным 10,6, а среди детей до 14 лет – 5,32% со средним значением 1% прироста = 0,1. Оказалось, что в 2009-м году СД страдали 0,8% населения, а к 2015-му году этот показатель вырос до 1,2% ($p<0,00001$). При проведении регрессионного анализа мы обнаружили сильную корреляцию динамики заболеваемости СД. Кривая тренда имела линейный характер, что свидетельствует в пользу постоянного и неуклонного сдвига в сторону подъема (табл.1). По половому составу достоверных различий не было выявлено.

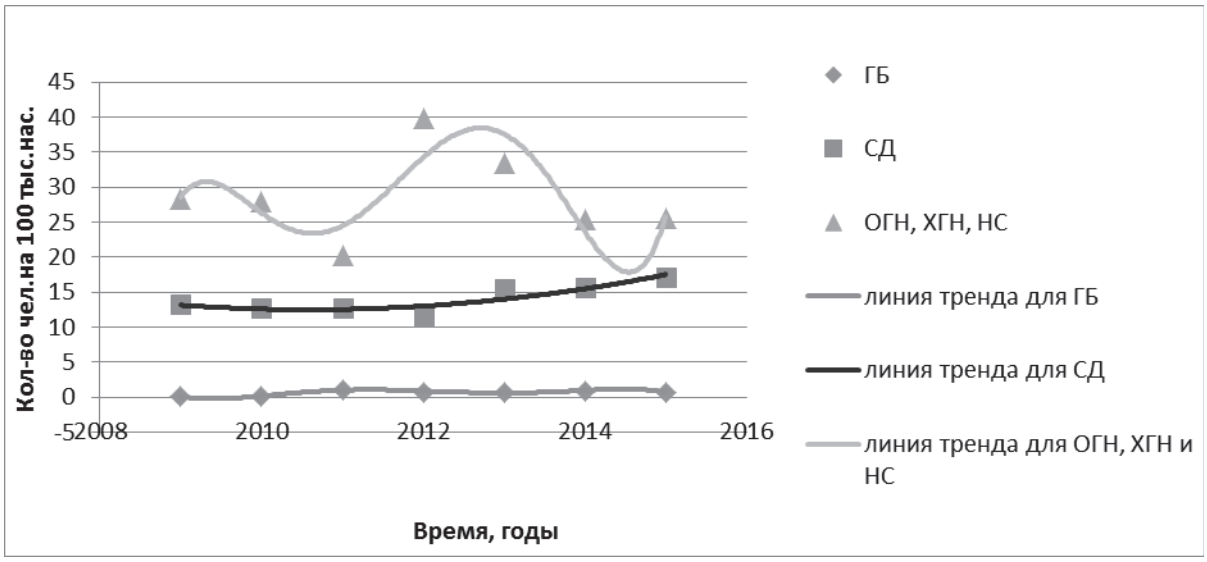


Рис. 2 . Заболеваемость СД, ГБ, ОГН и ХГН среди детей до 14 лет по Кыргызской Республике за 2009-2015 гг.

Таблица 1 - Основные показатели динамического ряда заболеваемости ГБ, СД, ОГН и ХГН и НС среди взрослых, подростков и детей до 14 лет населения в КР за 2009-2015 гг.

Нозология	**Средний темп прироста**	**Тип линии тренда**	**Степень корреляции динамического ряда**	**p**
Гипертоническая болезнь				
- среди взрослых и подростков	2,02%	Логарифмическая	0,7	0,043
- среди детей до 14 лет	161,6%	Полиномиальная	0,002	0, 9
Сахарный диабет				
- среди взрослых и подростков	6,87%	Линейная	0, 9	0,002
- среди детей до 14 лет	5,32%	Полиномиальная	0, 8	0,04
ОГН, ХГН, НС*				
- среди взрослых и подростков	8,4%	Полиномиальная	0,4	0,3
- среди детей до 14 лет	4,7%	Полиномиальная	0,002	0,9

*Примечание: НС - нефротический синдром, ОГН – острый гломерулонефрит, ХГН – хронический гломерулонефрит.

Средний темп прироста НС, ОГН и ХГН составил 8,4% у взрослых, а у детей - 4,7%, со средними значениями 1% прироста, равными 0,85 и 0,3, соответственно. Линия тренда динамического ряда, при этом, полиномиального типа, что характерно для нестабильного изменения показателей ряда.

Обсуждение. По известным данным, основной причиной развития ХБП является СД 2 типа – 22-44% [6]. На втором месте в такой роли выступает артериальная гипертензия, далее - ХГН, пиелонефрит, поликистоз почек, интерстициальные нефриты и другие заболевания [1-3]. Глобальное увеличение количества больных с ХБП [1,2] во многом обусловлено ростом заболеваемости основными факторами риска ХБП. Так, по данным ВОЗ, если в 1980 году ГБ страдали 600 миллионов человек, то к 2008 году – около 1 миллиарда [7,8]. В отношении СД, в период с 1980 года по 2014, число взрослых во всем мире, страдающих СД увеличилось вчетверо – со 108 миллиона до 422 миллионов человек [9,10]. Что касается ОГН и ХГН, а также НС, то в мировой литературе данные ограничены ввиду этиологического многообразия данной группы болезней, а также проблем их диагностики [11]. По данным наиболее крупного систематического обзора, посвященному эпидемиологии первичных гломерулонефритов [11], заболеваемость данной группой болезней колеблется в пределах 0,2-2,5% на 100 тыс. чел. Такой огромный размах авторы объясняют тем, что нефробиопсия, которая необходима для подтверждения гистологического диагноза, проводится не всегда [11]. В ходе нашего анализа мы обнаружили достоверное увеличение показателей многолетней динамики СД и ГБ, что соответствует мировым данным. Линия тренда заболеваемости ОГН, ХГН и НС, имела характер полиномиальной (как среди взрослых, так и детей), то есть отмечались нестабильные изменения. Однако, при изучении показателей динамики четко прослеживается положительная тенденция: средний темп прироста довольно высокий - 8,4 и 4,7% среди взрослых и детей, соответственно. Кроме того, статистические данные могут не полностью отражать истинную картину заболеваемости - нередко гломерулонефриты протекают латентно и диагностируются на более поздних стадиях заболевания, когда уже возникает хроническая почечная недостаточность.

Выводы. При анализе многолетней динамики выявлен выраженный подъем заболеваемости ГБ и СД среди взрослого населения и подростков, а СД среди детей до 14 лет. Динамика заболеваемости НС, ОГН и ХГН имела выраженные колебания, но отмечается положительная динамика. Поэтому, необходимо разработать эффективные превентивные меры, для снижения заболеваемости. Так, среди них уже можно начинать обучение врачей первичного звена, решение проблем с оборудованием, внедрение новых протоколов диагностики и лечения ХБП. Одновременно для улучшения качества отслеживания динамики заболеваемости и смертности, мы предлагаем внести в документ регистрации регионального навигационно-информационного центра (РНИЦ) новые графы - «острая и хроническая болезни почек».

Литература:

1. The Contribution of Chronic Kidney Disease to the Global Burden of Major Noncommunicable Diseases. William G Couser; Giuseppe Remuzzi; Shanthi Mendis; Marcello Tonelli//Kidney Int. 2011;80(12):1258-1270.
2. National Kidney Foundation: Global facts about kidney disease http://www.kidney.org/kidneydisease/global-facts-about-kidney-disease
3. Хроническая болезнь почек. Шилов Е.М., Фомин В.В.// Терапевтический архив, 2007, № 6, с. 75-78.
4. Нефрология. Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. Н.А.Мухина – М.: ГЭОТАР-Медиа — 2014, 608 стр.
5. Регистр республиканского медико-информационного центра КР.
6. Epidemiology and causes of chronic kidney disease. Philip D. Evans, Maarten W. Taal // Medicine Journal. July, 2011.402-40.
7. The Epidemiology of Blood Pressure and Its Worldwide Management.
8. Kazem Rahimi et al. // Circulation Research. 2015116:925-936
9. WHO: Global Health Observatory (GHO) data. Raised blood pressure, http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/
10. Epidemiology of diabetes. Nita Gandhi Forouhi, Nicholas J. Wareham // Medicine (Abingdon). 2014 Dec; 42(12): 698–702.
11. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4, 4 million participants // *The Lancet,* April 2016.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ г. ТОКМОК и ЧОЛПОН-АТА

Леонтьева Н.С., Машалаева К., Калиев Р.Р.
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика
Кафедра факультетской терапии

ЭЛ АРАДАГЫ ТОКМОК ЖАНА ЧОЛПОН-АТА ШААРЛАРЫНДАГЫ ЖҮРӨК-КАН ТАМЫР ООРУСУНУН ТАРАЛГАН ТАБАКЕЛДИК ФАКТОРЛОРУ

Леонтьева Н.С., Машалаева К., Калиев Р.Р.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы
Факультеттик терапияны кафедрасы

Distribution of risk factors of cardiovascular diseases among the population of Tokmok and Cholpon-Ata

Leontieva N.S., Mashalaeva K., Kaliev R.R.
Kyrgyz State Medical Academy name of I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic
Department of faculty therapy

Резюме: Для оценки распространенности факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди населения Кыргызской Республики было обследовано 118 жителей г. Токмок и Чолпон-Ата. Выявлено, что наиболее часто встречаемые ФР ССЗ у исследуемых – это артериальная гипертензия (АГ), нарушение жирового обмена, дислипидемия, курение, малоподвижный образ жизни. Также определены меры профилактики среди вышеуказанных групп лиц.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, артериальное давление, индекс массы тела, курение, дислипидемия, физическая активность.

Корутунду: Кыргыз Республикасынын эл арадагы Токмок жана Чолпон-Ата шаарларындагы жүрөк-кан тамыр оруусунун таралган табакелдик факторлорун балоо учун 118 киши иликтеп чыккан. Эң көп кездешкен жүрөк кантамырынын оруусунун табакелдик факторлору бул артериалык

гипертензиясы, май алмашкан процессинин бузуулушу, дислипидемиясы, тамеки чегуу, начар кыймылдоочу жашоо образы. Ошондой эле, аныкталган алдын алуу чараларын арасында жогоруда аталган топтору.

Негизги сөздөр: жүрөк-кан тамырынын ооруусу, табакелдик факторлор, артериялык кан басымы, салмактын индекси, тамеки чегүү, дислипидемиясы, физикалык активдүүлүк.

Resume. To estimate the prevalence of risk factors (RF) of cardiovascular diseases (CVD) among the population of the Kyrgyz Republic were examined 118 residents of Tokmok and Cholpon-Ata. It was revealed that the most frequent risk factors of CVD in the investigated – is arterial hypertension (AH), impaired fat metabolism, dyslipidemia, smoking, sedentary lifestyle, prevention measures are also identified among the above groups of persons.

Key words: cardiovascular disease, risk factors, blood pressure, body mass index, smoking, dyslipidemia, physical activity.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в настоящее время все еще являются основной проблемой здравоохранения в большинстве стран мира, поскольку характеризуются высокой заболеваемостью, смертностью и инвалидизацией наиболее трудоспособной части населения, что наносит существенный социально-экономический ущерб современному обществу [1, 2]. По данным ВОЗ (2005) ежегодно в мире от ССЗ умирает 17,5 млн человек, что составляет около 30% в структуре причин смертности и к 2020 году общее количество умерших в мире от болезней системы кровообращения (БСК) составит 20 млн человек [3].

В Кыргызской Республике в целях снижения заболеваемости и смертности от БСК разработан ряд программ в соответствии с государственной политикой в области здравоохранения: «Комплексная Программа контроля ССЗ (2009-2013)», программа реформирования системы здравоохранения «Ден Соолук», где ССЗ являются одним из четырех приоритетных направлений [4, 5].

При первичной профилактике врачу приходится иметь дело чаще всего с пациентами, не предъявляющими жалоб на свое здоровье (так называемые «здоровые пациенты»), которые имеют те или иные факторы риска (ФР), требующие врачебного вмешательства, и при общении с которыми имеются принципиальные отличия от контакта с больными людьми. Для осуществления вторичной профилактики необходимо выявлять уже заболевших людей и затем использовать все имеющиеся методы лечения, направленные на замедление прогрессирования заболевания и снижение риска осложнений. Под ФР понимают различные биологические характеристики человека (уровень липидов, глюкозы, мочевой кислоты в крови, артериальное давление (АД), индекс массы тела (ИМТ)) и особенности его образа жизни (курение, низкая физическая активность, переедание, злоупотребление алкоголем), приводящие к увеличению шанса развития заболеваний [6].

Основными ФР развития ССЗ являются высокое АД, липидные нарушения крови, табакокурение, абдоминальное ожирение, низкая физическая активность [7, 8].

Цель исследования: изучить распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди населения г. Токмок Чуйской области и Чолпон-Ата Ысык-Кульской области Кыргызской республики для разработки в перспективе мер профилактики кардиоваскулярной патологии в зависимости от региона.

Материалы и методы исследования

Нами обследовано 118 жителей (60 мужчин, 58 женщин) г. Токмок и Чолпон-Ата в возрасте 37-88 лет (средний возраст 58±9,66 лет). Для скрининга сердечно-сосудистого риска среди исследуемых лиц мы использовали анкету по раннему выявлению риска ССЗ. Оценка результаты анкетирования проведена на основании показателя индивидуального риска ССЗ (табл. 1) [9].

Таблица 1

Индивидуальный риск развития ССЗ по анкете

Индивидуальный риск	Сумма баллов
Максимальный	43-55
Выраженный	30-42
Явный	17-29
Минимальный	5-16
Отсутствует	Менее 3

Всем пациентам измеряли АД методом Короткова, определяли ИМТ по формуле: **ИМТ=вес (кг)/рост^2 (м^2).** У части исследуемых была взята кровь из локтевой вены для определения общего холестерина, сахара крови натощак. Характеристика исследуемых представлена в табл. 2.

Таблица 2

Характеристика исследуемых лиц

Параметр	Число исследуемых	
	абс.	%
Всего обследуемых	118	
мужчины	60	50,85
женщины	58	49,15
Возраст, годы	58±9,66	-
Факторы риска ССЗ:		
артериальная гипертензия (АГ)	82	69,49
курение	62	52,54
нарушение жирового обмена	53	44,91
сахарный диабет	18	15,25
Степень ГБ*		
I	39	44,05
II	19	16,10
III	14	11,86

Примечание. * ГБ – гипертоническая болезнь по ВОЗ

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы STATISTICA 8 и пакета стандартных статистических программ. Достоверность различий определяли с помощью парного t-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждения

В зависимости от региона проживания, исследуемые были разделены на две группы:

- 1 группа – 59 жителей г. Токмок Чуйской области,
- 2 группа – 59 человек, проживающих в г. Чолпон-Ата Ысык-Кульской области.

В табл. 3 отражено распределение исследуемых в группах по полу и возрасту.

Таблица 3

Распределение исследуемых в группах по полу и возрасту

Параметр	Число исследуемых		
	1 группа	1 группа	p<
Всего обследуемых	59	59	
Возраст, годы	58,85±7,9	58,54±11,22	н/д
Пол			
женщины	33 (55,93%)	27 (45,76%)	н/д
мужчины	26 (44,07%)	32 (54,24%)	н/д

Как видно из данных, приведенных в табл. 3, различий по полу и возрасту среди исследуемых г. Токмок и Чолпон-Ата не отмечалось.

ФР ССЗ у исследуемых лиц представлены на диаграмме 1.

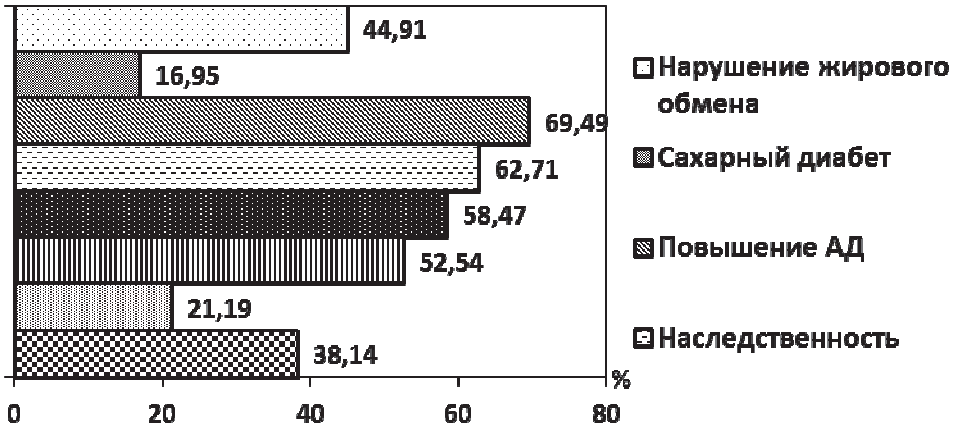


Диаграмма 1. Распространение факторов риска ССЗ среди всех исследуемых.

Из диаграммы 1 следует, что у исследуемых лиц были выявлен высокий процент следующих ФР ССЗ: табакокурение, АГ, нарушение жирового обмена, наследственность, стресс, низкая физическая активность. Что отмечается и в работах других исследователей [7, 10, 11].

На диаграмме 2 представлено распределение ФР ССЗ у исследуемых по группам.

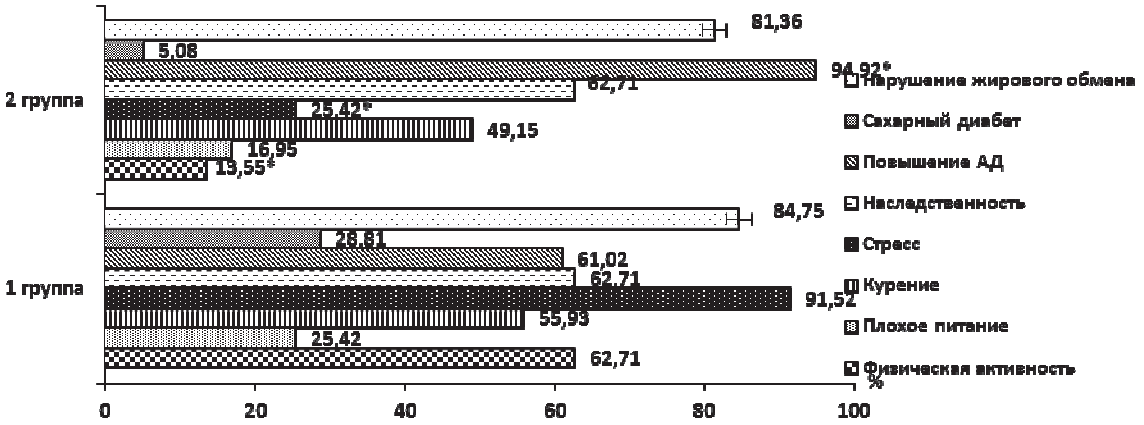


Диаграмма 2. Распределение факторов риска ССЗ по группам. * - $p<0,05$.

Как видно из данных, показанных на диаграмме 2, у исследуемых г. Токмок больше отмечается малоподвижный образ жизни, а также выше уровень стресса по сравнению с жителями г. Чолпон-Ата, причем различия были достоверны. АГ наблюдалась чаще у лиц, проживающих в Ысык-Кульской области (г. Чолпон-Ата). Причем у жителей г. Чолпон-Ата в сравнении с населением г. Токмок был достоверно выше средний уровень АД как систолического (САД) (145,17±13,89 мм рт. ст. против 131,69±15,9 мм рт. ст. соответственно), так и диастолического (ДАД) (90,25±4,77 мм рт. ст. против 84,72±7,97 мм рт. ст. соответственно), $p<0,05$. Также следует отметить, что данные показатели уровня АД соответствовали I степени гипертонической болезни (табл. 3).

ИМТ и показатели гемодинамики среди обследуемых лиц отражены в табл. 3.

Таблица 3

ИМТ, уровень АД и ЧСС среди исследуемых в группах

Показатель	I группа	II группа	p<
ИМТ	33,60±5,02	28,1±3,18	0,00001
САД	131,69±15,9	145,17±13,89	0,00001
ДАД	84,72±7,97	90,25±4,77	0,00001
ЧСС	73,44±9,98	67,98±6,21	0,0005

Анализируя отсутствие или наличие нарушения жирового обмена по показателю ИМТ (табл. 3) нами отмечено, что у исследуемых группы 1 она была значительно выше, чем у пациентов 2 группы (33,6±5,02 кг/м^2 против 28,1±3,18 кг/м^2 соответственно, p<0,05), что может быть связано с более низкой физической активностью обследуемых в г. Токмок, как представлено на диаграмме 2.

У жителей г. Токмок значения ЧСС оказались достоверно большими, чем у исследуемых в г. Чолпон-Ата (табл. 3). При повышенной ЧСС увеличивается риск смерти от всех причин как у пациентов с АГ, так и у лиц с нормальным АД, причем это более типично для мужчин [5].

Диаграмма 3 отражает уровень АД в группах 1 и 2.

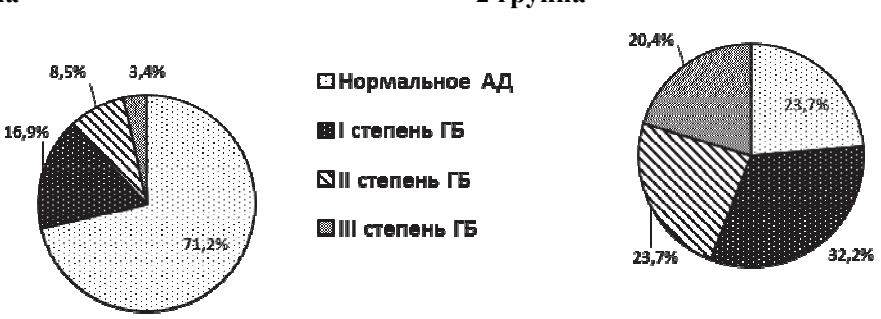


Диаграмма 3. Степень повышения АД у исследуемых.

Частота встречаемости АГ (АД более 140/90 мм рт. ст.) отмечалась у 62 исследуемых, при этом все степени ГБ выявлялись чаще у лиц 2 группы – 73,6% случаев против 28,8% у исследуемых 1 группы, хотя различия были недостоверны (диаграмма 3).

Нарушения липидного обмена, главное проявление которого – повышение уровня холестерина в крови (особенно липопротеинов низкой плотности) – основной фактор развития атеросклероза и коронарной болезни сердца [12]. Уровень общего холестерина и сахара крови у исследуемых лиц отражает диаграмма 4. Следует отметить, что уровень холестерина крови выше у лиц, проживающих в г. Чолпон-Ата, чем у жителей г. Токмок (5,98±1,47 ммоль/л против 4,61±1,37 ммоль/л соответственно, p<0,05). Данный факт можно объяснить характером питания, оно более насыщено жирами животного происхождения у жителей Ысык-Кульской области. Тогда, как особых различий по уровню сахара крови натощак в группах не отмечалось.

Диаграмма 4. Показатели общего холестерина и сахара крови в группах. * - p<0,05.

Результаты скрининга для раннего выявления индивидуального сердечно-сосудистого риска среди исследуемых представлены в таблице 4. В обеих группах по результатам анкетирования (как следует из таблицы 4) не наблюдалось лиц без риска ССЗ. Причем у исследуемых 1 группы отмечалась лишь тенденция к увеличению процента выявления минимального риска развития ССЗ, чем во 2 группе. Тогда, как у исследуемых 2 группы максимальный риск превалировал, а минимальный – выявлялся реже, хотя также достоверности различий не было. Следует отметить, что выраженный и явный индивидуальный риск развития ССЗ среди обеих групп встречался одинаково часто.

Таблица 4

Частота встречаемости типов индивидуального риска ССЗ по результатам анкетирования

Индивидуальный риск	I группа Токмок	II группа ИК
Максимальный	2 (3,41 %)	4 (6,78%)
Выраженный	24 (40,67 %)	28 (47,46%)
Явный	27 (45,76%)	26 (44,07%)
Минимальный	6 (10,16%)	1 (1,69%)
Отсутствует	0	0

Таким образом, суммируя полученные данные, были сделаны следующие выводы:

1. Частота встречаемости ФР ССЗ в регионах Кыргызстана (г. Токмок и Чолпон-Ата) высокая, среди которых особенное место занимают АГ, дислипидемия, курение, малоподвижный образ жизни, избыточная масса тела и стрессовые жизненные ситуации.
2. Необходимо проводить регулярный мониторинг ФР ССЗ – следить за тенденциями их распространения среди населения во времени.
3. Следует своевременно выявлять (методом анкетирования) и тщательно и доступно проводить просветительную работу с лицами, имеющими как минимальный, так и высокий индивидуальный риск ССЗ.
4. Для всех групп суммарного риска сердечно-сосудистых осложнений необходимо отслеживать соблюдение мер профилактики ФР БСК, в первую очередь приверженность к соблюдению диеты и гипотензивной терапии.

Список литературы

1. Евсеева, М. Е. Подходы к оценке сердечно-сосудистого риска у лиц молодого возраста / М. Е. Евсеева, А. Р. Джанибекова, М. В. Еремин [и др.] // Профилактическая медицина. – 2011. – № 5. – С. 7–11.
2. Константинов, В. В. Профиль риска сердечно-сосудистого здоровья и его вклад в выживаемость у мужчин и женщин Москвы в возрасте 35-64 лет / В. В. Константинов, А. Д. Деева, Ю. А. Баланова [и др.] // Профилактическая медицина. – 2013. – № 1. – С. 3–7.
3. Reducing Rsks, Promoting Healthy Life. ВОЗ. Ежегодный отчет ВОЗ о состоянии здоровья населения. 2005.
4. Комплексная Программа контроля сердечно-сосудистых заболеваний (2009-2013). Бишкек, 2005. 93 с.
5. Национальная программа реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден Соолук» на 2012-2016 годы. Бишкек, 2005. 73 с.
6. Ефремова, Н. П. Динамика распространения факторов риска сердечно-сосудистых заболевания в Челябинской области по результатам мониторинга за 2002-2010 годы [Электронный ресурс] / Н. П. Ефремова, Н. Н. Валеуллина, В. Д. Соколов. – Режим доступа: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1257.
7. Лисицина, И. А. Роль центров здоровья в выявлении факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний / И. А. Лисицина. – М.: 2009. – 211 с.
8. Оганов, Р. Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний / Р. Г. Оганов. – М.: 2009. – 211 с.
9. http://gbsalavat.ru/patsientu/anketa/
10. Левшин, В. Ф. Табакизм: патогенез, диагностика и лечение / В. Ф. Левшин. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2012. — 128 с.
11. Оганов, Р. Г. Значение сердечно-сосудистых неинфекционных заболеваний для здоровья населения России / Р. Г. Оганов, Г. Я. Масленникова, С. А. Шальнова, А. Д. Деев // Профилактические заболевания и укрепление здоровья. – 2002. – № 2. – С. 3–7.
12. Диагностика и лечение нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (четвертый пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – № 6. – 54 с. (прил. 3).

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ТЕЛЕФОННЫМ МОНИТОРИНГОМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Иманалиева А.И., Бримкулов Н.Н., Сыдыкова С.Ж.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Целью нашей работы было изучение влияния образовательной программы с последующим телефонным мониторингом на динамику показателей общего качества жизни (КЖ) амбулаторных пациентов с гипертонической болезнью в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Обследованы 105 пациентов с сочетанной патологией ХОБЛ+ГБ, и включены в 3 группы, включая группу контроля. Оценка общего КЖ осуществлялась по валидизированной русскоязычной версии опросника SF-36 трехкратно: до образовательного вмешательства, по истечении 6 и 12 месяцев. В результате исследований выявлено, что разработанная нами структурированная образовательная программа с последующим телефонным мониторингом для амбулаторных пациентов с данной сочетанной патологией существенно улучшает как физическое и социальное функционирование, так и психоэмоциональные параметры повседневной жизни пациентов.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, хроническая обструктивная болезнь легких, образовательная программа, телефонный мониторинг, качество жизни, SF-36.

ӨПКӨ ӨНӨКӨТ БУТӨЛМӨ ДАРТЫНА КАН БАСЫМЫНЫН ЖОГОРУЛАШЫ МЕНЕН АЙКАШ БОЛУП ООРУГАН АМБУЛАТОРДУК БЕЙТАПТАРДЫНЖАШОО САПАТЫНА АТАЙЫН ОКУТУУ ПРОГРАММАСЫН КИЙИНКИ ТЕЛЕФОНДУК МОНИТОРИНГДИН ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Иманалиева А.И., Бримкулов Н.Н., Сыдыкова С.Ж.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Биздин изилдөөбүздүн максаты: Өпкө өнөкөт бүтөлмө дартына (ӨӨБД) кан басымынын жогорулашы (КБЖ) менен айкаш болуп ооруган амбулатордук бейтаптардын жалпы жашоо сапатынын көрсөткүчтөрүнө атайын окутуу программасынан кийинки телефондук мониторингдин тийгизген таасирин изилдөө. ӨӨБДна КБЖ менен айкаш 105 амбулатордук бейтаптар изилденгенден кийин 3 топко бөлүнүштү, анын ичинде салыштырма тобу да бар. Бейтаптардын жалпы жашоо сапаты валидизацияланган орус тилиндеги котормонун негизинде SF-36 сурамжылоо аркылуу 3 жолу төмөндөгүдөй тартипте ишке ашты: бейтаптарды окутууга чейин, алтынчы айда жана он экинчи айда. Изилдөөнүн жыйынтыгында төмөндөгүлөр айкын болду: мындай айкаш патологиялар менен ооруган амбулатордук бейтаптарга карата, биз тарабынан иштелип жана түзүлгөн атайын окутуу программасынан кийин телефондук мониторинги бейтаптардын күнүмдүк жашоосунун бир гана физикалык жана социалдык функцияларын эмес, ошондой эле психоэмоционалдык көрсөткүчтөрүн бир кыйла жогорулашын көрсөттү.

Негизги сөздөр: КБЖ, ӨӨБД, окутуу программасы, телефондук мониторинг, жашоо сапаты, SF-36.

EFFECT OF THE EDUCATIONAL PROGRAM WITH FOLLOWING TELEMONITORING ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HYPERTENSION IN COMBINATION WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Imanalieva A.I., Brimkulov N.N., Сыдыкова С.Ж.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The aim of our study was to examine the effect of educational program followed by telephone monitoring on the dynamics of the general indicators of quality of life (QoL) in outpatient patients

with hypertension combined with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 105 patients with combination of hypertension and COPD are examined and included in one of the three groups including control group.Assessment of the total QoL was conducted with use of validated Russian version of SF-36 questionnaire three times: baseline survey, 6 and 12 months after the educational intervention. The study revealed that the structured educational program that we have developed followed by telephone monitoring for ambulatory patients with this comorbidity significantly improves the physical and social functioning and psychosocial aspects of a daily life of the patients.

Keywords: hypertension, COPD, educational program, telemonitoring, quality of life, SF-36.

Введение. В последние годы в медицинской практике все большее внимание привлекает проблема полиморбидной патологии [1,2,3], в том числе сочетание хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) с гипертонической болезнью (ГБ) [4], что связано с чрезвычайно высокой распространенностью и неуклонным прогрессированием заболевания, приводящего к ранней инвалидизации [5].

Исследование качества жизни (КЖ) актуально в различных разделах медицины, особенно у больных с обструктивной бронхолегочной патологией [6]. В первую очередь, это объясняется тем, что данная группа заболеваний сопровождается дыхательным дискомфортом, эмоциональная значимость которого порой превышает болевой синдром. Дыхательный дискомфорт, приступы затрудненного дыхания, «привязанность» к определенным лекарственным препаратам, все это делает жизнь пациента в значительной степени отличающейся от жизни окружающих, и очень часто связано с существенным ограничением во всех составляющих нормального существования человека. В свою очередь, эти ограничения могут оказаться важнее для больного, чем симптомы заболевания [7,8].

Обучение пациентов страдающих ХОБЛ, так же и с ГБ все шире входит в практику ведения больных данной сочетанной патологией [9,10]. В настоящее время актуально также использование различных элементов дистанционной медицины.и наше внимание привлекло использование именно сотовая телефонная связь, так как она широко распространена, всем доступно и что является актуальным для пациентов труднодоступных районов, например,высокогорных и отдаленных регионов Кыргызской Республики. Использование образовательных программ с последующим телефонным мониторингом для больных с данной сочетанной патологией способствует достижению максимального взаимопонимания и сотрудничества между врачом и пациентом, что оказывает влияние на эффективность проводимого лечения [6,11].

В настоящее время опубликованы популяционные данные по КЖ у больных ХОБЛ, а так же влияние разных методов стандартизованной терапии на КЖ [12]. Однако в настоящее время не существует убедительных фактов, доказывающих эффективность образовательных программ по ХОБЛ и ГБ. Отсутствие единых подходов к оценке результатов эффективности обучения больных ХОБЛ и ГБ делают трактовку окончательных результатов весьма затруднительной [13]. Применение быстро развивающихся коммуникационных технологий расширяют возможности работников практического здравоохранения, предлагая экономически выгодные высококачественные методики. В настоящий момент оценка эффективности образовательных программ и телемониторингаи требует дальнейшегосовершенствования и изучения [14].

Итак, **целью** нашего исследования явилось изучение влияния разработанной нами структурированной образовательной программы с последующим телефонныммониторингом на динамику показателей общего качества жизни больных с данной сочетанной патологией.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 105 амбулаторных пациентов с ХОБЛ с сочетанием ГБ, в возрасте 59,5±8,72 лет,которые были разделены на три группы по 35 пациентов: основную группу, прошедшую обучение с последующим телефонным мониторингом и две группы сравнения: обучение без телефонного мониторинга и группа без каких-либо вмешательств. Обследование больных проводилось в учреждениях первичного уровня здравоохранения, в поликлинике Клинической больницы управления делами Президента и Правительства Кыргызской Республики и центре семейной медицины Сокулукской территориальной больницы. Все пациенты были информированы и дали согласие на участие в исследовании. Верификация диагноза и определение степени тяжести ХОБЛ осуществлялась согласно рекомендациям GlobalInitiativeforChronicObstructiveLungDisease (2017) [15]. Диагноз ГБ соответствовал критериям нозологии согласно рекомендациям по лечению артериальной гипертонии Европейского Общества Гипертонии (EuropeanSocietyof Hypertension, ESH) и Европейского Общества Кардиологов (EuropeanSocietyofCardiology, ESC) (2013) [16].

Для оценки параметров КЖ применяли один из наиболее популярных общих вопросников MOSSF-36 ItemShort-FormHealthSurvey (J.E.Ware, 1992),позволяющий оценить КЖ респондентов с различными нозологиями в баллах, и сравнить эти показатели с таковыми у здоровых лиц, и обладающий высокой чувствительностью [7,13].

Нами были изучены исходные значения параметров общего качества жизни больных, имеющих верифицированное сочетание ХОБЛ и ГБразличной степени тяжести, за исключением ХОБЛ категории D. Повторное обследование пациентов проводилось спустя 6 и 12 месяцев после окончания исходного исследования. Обучение пациентов проводилось в кабинете «Школа здоровья»поликлиники ГУ КБ УДП и ПКР и кабинете укрепления здоровья ЦСМ Сокулукской ТБ. Структурированная образовательная программа для больных с данной сочетанной патологией включала в себя: позитивное информирование о данном заболевании, рекомендации для повышения социальной активности и формирование мотивации к соблюдению рекомендаций лечащего врача.

Образовательная программа представляет собой структурированный цикл из 6 занятий, с использованием индивидуальной и групповой формы обучения (2-4 человек). Занятия проводились специально подготовленным врачом-терапевтом, длительность одного занятия составляла 30 минут. План занятий включал в себя следующие темы по ХОБЛ и ГБ: 1) Информация о болезнях (ХОБЛ+ГБ); 2) Правила использования дозированного ингалятора, спейсера, пикфлоуметра, небулайзера и измерения АД; 3) Способы отказа от курения для курящих; 4) Рациональное питание; 5) Виды и способы повышения физической активности; 6) Особенности применения лекарственных средств, в том числе гипотензивных препаратов (ГП) и бронхорасширяющих препаратов (БП), у больных с данной сочетанной патологией.

В основной группе после обучения проводился ежемесячный телефонный мониторингпо специально разработанной схеме, позволяющей отслеживать динамику симптомов, и некоторые объективные показатели здоровья, такие, как АД, вес, объем талии, и т.д.

Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета программ Statgraphics 5.1 Plus. Количественные данные представлены в виде M±m. Качественные переменные сравнивались с помощью критерия χ^2 или точного метода Фишера. Сравнение количественных показателей проводились с помощью t-критерия Стьюдента или рангового метода Уилкоксона (для зависимых переменных) и U-теста Манна-Уитни (для независимых групп). С целью анализа связей между изучаемыми признаками применялся дисперсионный и корреляционный анализы. Достоверными считались различия при уровне статистической значимости $p< 0,05$.

Результаты и обсуждение. Исходный уровень общего КЖ в группе пациентов включенных в образовательный цикл не имел статистически значимых отличий от групп сравнения.В результате наших исследований установлено, что спустя 6 месяцев после прохождения обучения в ХОБЛ+ГБ школе и последующего телефонного мониторинганаиболее выраженные изменения параметров качества жизни отмечаются по 6 шкалам общего КЖ: шкале физической активности (ФА), роль физических проблем(РФ), жизненной силы (ЖС), социальной активности (СА), роль эмоциональных проблем (РЭ), психического здоровья (ПЗ) (табл.). Спустя 12 месяцев в этой группе прослеживалась четкая тенденция незначительногоснижения показателей шкал КЖ с сохранением статистически значимых отличий по 4 шкаламКЖ:шкале роли физических проблем (РФ), социальной активности (СА), ролиэмоциональных проблем (РЭ), психического здоровья (ПЗ).

В группе, в которой было проведено только обучениеотмечается статистически значимое увеличение показателей на 6 месяце 4 шкал (РФ, СА, РЭ, ПЗ). При этом положительное влияние сохраняется на 12 месяце по 3 шкалам качества жизни (РФ, РЭ, ПЗ).

В группе контроля, пациенты которой не были подвержены какому-либо вмешательству, то есть не участвующей в структурированной образовательной программе и поддерживающей связь с медработником посредством телефонного мониторирования, статистически значимых изменений ни по одному параметру качеству жизни не наблюдалось.

Таблица - Динамика показателей общего качества жизни больных ХОБЛ+ГБ по данным MOSSF-36

	1 гр. (+/+)			2 гр. (+/-)			3 гр. (-/-)		
	исход	ч/з 6мес	ч/з 12мес	Исход	ч/з 6мес	ч/з 12мес	исход	ч/з 6мес	ч/з 12мес
ФА	62,4±3,4	73,8±3,1*	71,1±2,7	63,1±3,0	70,0±3,1	68,7±3,0	61,9±3,8	63,7±3,0	62,4±3,9
РФ	42,1±7,0	67,8±6,3**	62,8±7,2*	42,8±6,2	65±6,9*	64,3±7,8*	41,4±7,2	42,1±7,2	42,1±7,5
ИБ	69,8±5,1	79,8±4,2	77,7±3,1	71,1±5,3	76,4±3,5	74,7±3,7	70,4±4,9	71,8±3,7	72,2±4,5
ОС	48,9±3,9	59,3±3,3	55,8±3,1	47,8±3,6	54,3±3,1	51,6±,1	49,1±3,0	47,5±3,2	47,9±3,5
ЖС	55,1±3,2	64,1±1,9*	60,8±1,5	54,3±2,4	60,3±1,9	57,3±2,1	53,9±1,7	54,1±1,2	53,7±1,6
СА	54,3±4,5	71,8±3,8**	69,6±2,8**	52,9±3,7	65±3,2*	64±3,6	53,6±3,2	55±4,4	56,8±3,4
РЭ	40,9±7,4	69,5±6,9**	63,8±5,7*	41,9±5,5	62,9±6,2*	60,9±6,5*	40±7,8	41,9±7,2	39,1±7,8
ПЗ	53,1±3,4	72±2,6***	67,9±1,9***	51,7±2,6	65,5±1,7***	61±2,3*	52,1±2,1	54,2±1,9	52,9±2,3

Примечание 1: ФА – физическая активность, РФ – ролевое физических проблем, ИБ – интенсивность боли, ОС – общее состояние здоровья, ЖС – жизненная сила, СА – социальная активность, РЭ – роль эмоциональных проблем, ПЗ – психическое здоровье

Примечание 2: здесь и далее * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001 – достоверность различий с исходными данными.

Заключение. Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать вывод, что разработанная нами интерактивная образовательная программа с последующим телефонным мониторированиемпациентов с сочетанием ХОБЛ и ГБ различной степени тяжести оказывает положительное влияние на большинство показателей общего КЖ. Через 6 месяцев после образовательного вмешательства наиболее выраженная положительная динамика уровня качества жизни прослеживается по шкалам «роль физических проблем», «социальная активность», «роль эмоциональных проблем», «психическое здоровье» при исследовании общего КЖ. Спустя12 месяцев после завершения образовательного вмешательства, несмотря нанекоторое снижение показателей по всем шкалам общего КЖ, статистически значимое отличие сохраняется как по шкалам, отражающих физическое функционирование, так и за психоэмоциональный компонент жизнедеятельности пациентов. Телефонное мониторирование является важным компонентом ведения пациентов, усиливающим положительный эффект образовательного вмешательства.

Наше исследование позволяет рекомендовать структурированное образовательное вмешательство с последующим телефонным мониторированиемв качестве эффективного немедикаментозного терапевтического подходом к ведению пациентов с такой социально значимой комбинированной и прогрессирующей патологией, как ХОБЛ и ГБ.

Литература:

1. Моисеев В.С., Кобалаева Ж.Д. Кардиоренальные синдромы (патогенетические, клинико-диагностические, прогностические и терапевтические аспекты) // Тер. Архив. - 2011. - №12. - С. 5-11.

2. Т.В. Адашева, В.С. Задионченко, С.В. Павлов и др. Органопротективные и плейтронные эффекты амлодипина у больных артериальной гипертензией и с хронической обструктивной болезнью легких // Сердце. - 2010. - №3(53). - С. 165-171.

3. Н.А. Мусихина, Л.И. Гапон, А.Б. Утешева и др. Церебральный кровоток, функциональная активность эндотелия у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией на фоне терапии ивабрадином в комбинации с периндоприлом // Тер. Архив. - 2012. - №12. - С. 30-34.

4. В.С. Задионченко,Т.В. Адашева,И.В. Федорова и др. Клинико-функциональная характеристика артериальной гипертензии у больных хронической обструктивной болезнью легких // Сердце. - 2009. - №6(50). - С. 345-350.

5. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания // Тер. Архив. - 2008. - №8. - С. 45-50.

6. Белевский А.С. Реабилитация в пульмонологии // ConsiliumMedium. - 2006. - Т.8, - №10. - С.80-82.

7. Мещерякова Н.Н. Изменение качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких на фоне физической реабилитации // 15 Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сборник тезисов. - М.; - 2005. - С.125.

8. Романова А. Показатели качества жизни при хронической обструктивной болезнью легких (реабилитационный этап лечения) // Врач. - 2007. Специальный выпуск. - С.46-48.

9. Рассулова М.А. Немедикаментозные методы восстановительного лечения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // Пульмонология. - 2008. - №3. - С.54-58.

10. Чучалин А.Г. Диагностика и лечение пациентов с артериальной гипертонией и хронической обструктивной болезнью легких // Системные гипертензии. - 2013. - №1. - 94 с.

11. Еникеев А.Х. Анализ поведенческих и эмоциональных характеристик личности больных гипертонической болезнью и влияние терапевтического обучения на качество жизни // Клиническая медицина. - 2009. - №1. - С.58-62.

12. Старков А.Н. Динамика качества жизни больных хронической обструктивной болезнью легких // Бюл. физиол. и патол. Дыхания. - 2006. - Вып.23. - С.71-73.

13. Семенюк С.А. Обучение пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и его эффективность // Клиническая геронтология. -2007. - №7. - С.22-27.

14. Telemedicine: opportunities and developments in member states. Report on the second global survey on eHealth. World Health Organization website. *http: //www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf.* Accessed March 13, - 2014.

15. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD Executive Summary. Available from: http://goldcopd.org.AJRCCM Articles in Press. Published on 27-January-2017 as 10.1164/rccm.201701-0218PP.

16. (European Society of Hypertension, ESH) и ЕвропейскогоОбществаКардиологов (European Society of Cardiology, ESC) (2013).

ВЫЯВЛЕНИЕ СИНДРОМОВ CLC, WPW, РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ, БРУГАДА ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО ЭКГ-МОНИТОРИРОВАНИЯ

Сарлыков Б.К., Омурзакова А.А., Даниярова А.Н.
Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель. Изучение синдрома укороченного интервала P-Q (CLC), синдрома Вольфа-Паркинсона Уайта (WPW), синдрома ранней реполяризации желудочков (СРРЖ), синдрома Бругада, а также выявление их сочетаний с другими нарушениями ритма и проводимости. Материалы и методы. В исследовании нами были проанализированы данные суточного ЭКГ-мониторирования 824 пациентов, в возрасте от 9 до 87 лет, из них 339 мужчин и 485 женщин, обследованных в течении 2016 года**.** Наиболее часто регистрировался СРРЖ, постоянная форма – у 60 пациентов, преходящая форма - у 121 пациента. Регистрировались потенциалы с 10 электродов в течении 24 часов. Результаты и их обсуждения. Интерпретируя данные суточного ЭКГ – мониторирования из обследуемых нами пациентов - у 215 (26%) были выявлены указанные выше синдромы.

Постоянная форма CLC выявлена – у 13 пациентов, преходящая – у 11 пациентов, синдром WPW – у 8 пациентов, синдром Бругада выявлен у трех пациентов. Выявление сочетанных нарушений ритма и проводимости у выше обследованных пациентов позволит оказать своевременную консультативную и лечебную помощь.

Ключевые слова. Синдром WPW, CLC, СРРЖ, Бругада, суточный ЭКГ – мониторинг.

СУТКАЛЫК ЭКГ-МОНИТОРИНГИНИН МААЛЫМАТТАРЫ БОЮНЧА CLC, WPW, КАРЫНЧАЛАРДЫН ЭРТЕ РЕПОЛЯРИЗАЦИЯСЫНЫН, БРУГАДА СИНДРОМДОРУН АНЫКТОО

Сарлыков Б.К., Омурзакова А.А., Даниярова А.Н.
Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян университети,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Максаты. P-Q кыскартылган аралык синдромун (CLC), Вольф-Паркинсон Уайт синдромун (WPW), карынчалардын эрте реполяризация синдромун (КЭРС), Бругада синдромун изилдөө, ошондой эле алардын ритмдин жана өткөргүчтүгүнүн башка бузулуулары менен айкалышын табуу. Материалдар жаны ыкмалар. Изилдөөдө 2016-жыл ичинде текшерилген 9 жаштан 87 жашка чейинки 824 бейтаптын суткалык ЭКГ-мониторингинин маалыматтары талданган, ал бейтаптардын ичинен 339 эркек жана 485 аял. Эң көп КЭРС катталган, туруктуу формасы 60 бейтапта, өтмө форма 121

бейтапта. 24 саат ичинде 10 электроддордон потенциалдар катталган. Натыйжалар жана аларды талкуулоо. Тарабыбыздан текшерилген бейтаптардан суткалык ЭКГ-мониторингдин чечмелөөдө 215 бейтапта (26%) жогоруда көрсөтүлгөн синдромдор табылган.

CLC туруктуу формасы 13 бейтапта, өтмө формасы 11 бейтапта, WPW синдрому 8 бейтапта, Бругада синдрому үч бейтапта аныкталган. Жогоруда текшерилген бейтаптарда ритмдин жана өткөргүчтүктүн айкалышкан бузулууларын аныктоо өз убагында консультативдик жана дарылоо жардамын көрсөтүүгө мүмкүнчүлүк түзөт.

Негизги сөздөр. WPW, CLC, КЭРС, Бругада синдрому, суткалык ЭКГ-мониторинг.

REVEAL OF SYNDROMES OF CLC, WPW, EARLY VENTRICULAR REPOLARIZATION, BRUGADA ACCORDING TO 24 HOUR ECG MONITORING

Sarlykov B.K., Omurzakova A.A., Daniiarova A.N.
B.N. Eltsin Kyrgyz-Russian Slavic University
Therapy Department No.2, major: General Medicine, Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. Goal. The study of short QT syndrome(CLC), Wolff-Parkinson-White syndrome (WPW), Early Ventricular Repolarization Syndrome (EVRS), Brugada syndrome, as well as the detection of their combination with other disorders of rhythm and conductivity. Materials and methods. The study analyzed the data of 24-hour ECG monitoring in 824 patients, age range is from 9 to 87 years old, out of which are 339 males and 485 females, examined during 2016. The most frequently recorded was EVRS, permanent form – in 60 patients, and temporary form - in 121 patients. The potentials were recorded from 10 electrodes during 24 hours. Results and their discussion. Having interpreted the data of 24-hour ECG monitoring, the specified syndromes were revealed in 215 (26%) out of the examined patients.

The permanent form of CLC was revealed in 13 patients, temporary form in 11 patients, WPW syndrome - in 8 patients, Brugada syndrome was revealed in three patients. The detection of combined disorder of rhythm ad conductivity in the abovementioned patients would help to provide duly consultative and medical assistance.

Key words. Syndrome of WPW, CLC< EVRS, Brugada, 24-hour ECG monitoring.

Введение. Синдром WPW — это сочетание электрокардиографического феномена, иллюстрирующего предвозбуждение желудочков сердца по дополнительному (аномальному) атриовентрикулярному соединению и пароксизмальной атриовентрикулярной реципрокной (re-entry) тахикардии [1,7].

ЭКГ критерии синдрома WPW:

1.Укороченный интервал P—R (менее 120 мс). 2.Наличие признаков проведения по дополнительному атриовентрикулярному соединению на фоне синусового ритма (наличие Δ-волны). 3.Сливной характер и уширение (более 110—120 мс) комплекса QRS. 4. Дискордантные по отношению к направленности комплекса QRS изменения сегмента ST и зубца T [1,2,3].

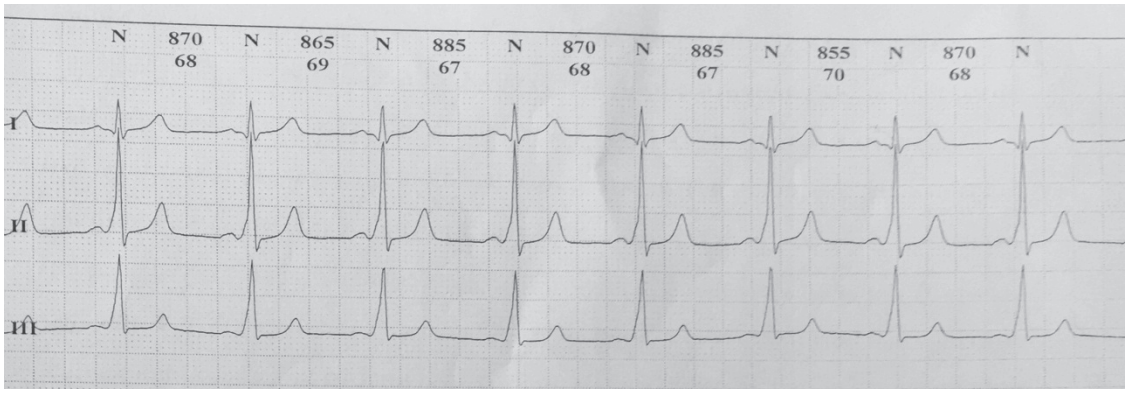


Рис 1. Синдром WPW.

Синдром CLC – это ускоренное проведение импульса возбуждения между предсердиями и желудочками сердца по дополнительным аномальным проводящим путям.

ЭКГ признаки синдрома CLC:

1.Укорочение интервала PQ(R), продолжительность которого не превышает 0,11 сек. 2.Отсутствие в составе комплекса QRS дополнительной волны возбуждения - дельта-волны. 3.Наличие неизмененных (узких) и недеформированных комплексов QRS (за исключением случаев сопутствующей блокады ножек и ветвей пучка Гиса) [2,3,5].

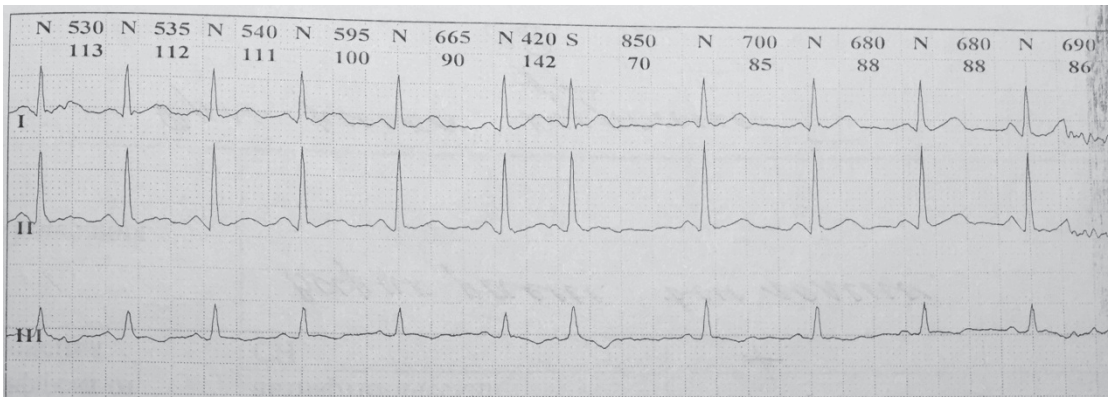


Рис 2. Синдром CLC в сочетании с суправентрикулярной экстрасистолой.

СРРЖ — электрокардиографический феномен с характерными изменениями в виде подъёма места перехода желудочкового комплекса в сегмент ST над изолинией.

Клинически сопровождается пароксизмальной наджелудочковой тахикардией, приступами мерцательной аритмии, экстрасистолией, преимущественно наджелудочковой [3,2,4]

ЭКГ критерии СРРЖ:

1. Основным симптомом на ЭКГ является смещение сегмента RST верх от изоэлектрической линии. 2. Характер зазубрины («волна перехода») на нисходящем колене зубца R или вверху восходящего колена зубца S (r'). [4,7,9].

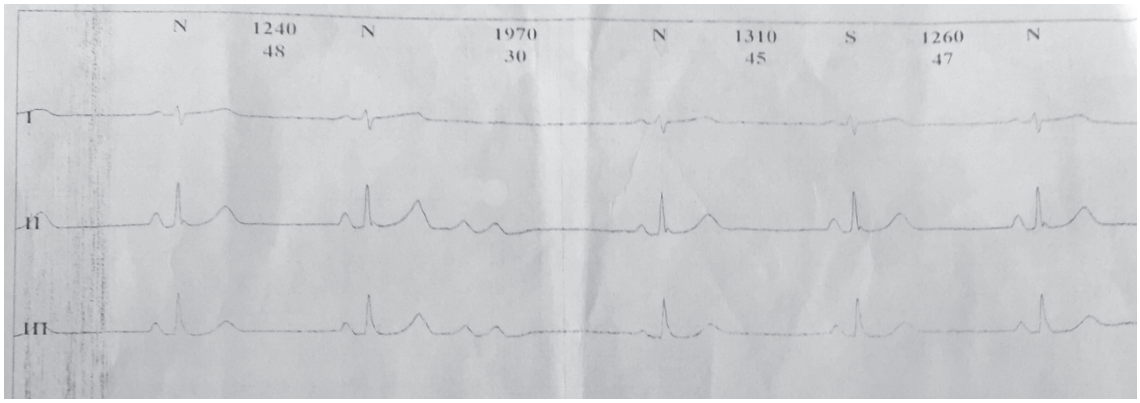


Рис 3. Синдром СРРЖ в сочетании с AV блокадой II степени Мобитц I.

Синдром Бругада - представляет собой генетически детерминированное нарушение сердечного ритма, характеризующееся синкопальными состояниями, подъемами сегмента ST (с точки J) над изоэлектрической линией в правых прекардиальных отведениях (V1–V3). [6,8].

Клиническая картина заболевания характеризуется частым возникновением синкопе на фоне приступов желудочковой тахикардии, преимущественно во сне, а также отсутствием признаков органического поражения миокарда при аутопсии [6].

ЭКГ критерии синдрома Бругада представлены в таблице 1.

Таблица 1 - ЭКГ критерии синдрома Бругада

ЭКГ-критерии	**Синдром Бругада**		
	I тип	II тип	III тип
Волна J	>2mm	>2mm	>2mm
Зубец Т	-	+, +/-	+
Тип ST-T	сводчатый	седловатый	седловатый
Конечная часть ST	постоянно (-)	>1mm	подъем <1mm

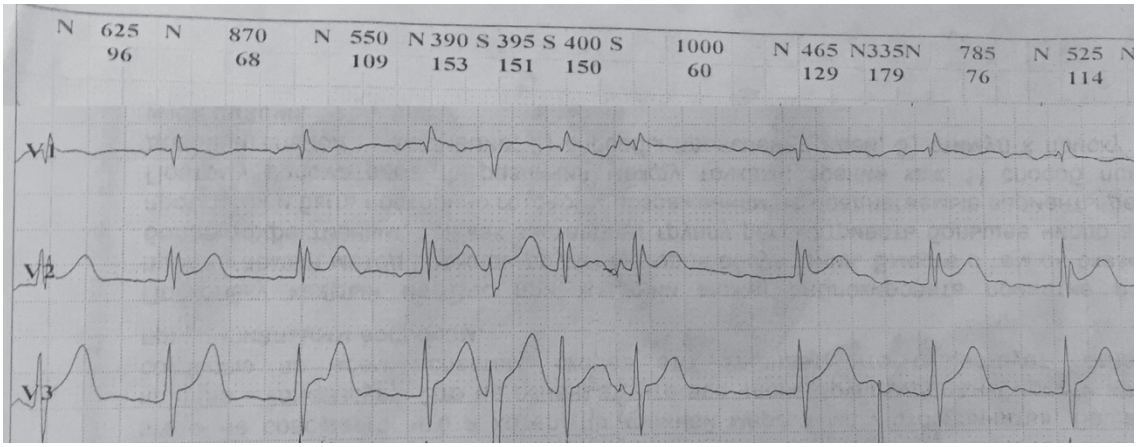


Рис 4. Синдром Бругада в сочетании с суправентрикулярной экстрасистолой.

Цель работы. Изучение синдромов CLC, WPW, СРРЖ, Бругада, а также выявление их сочетаний с нарушениями ритма и проводимости.

Материалы и методы. В исследовании нами были проанализированы данные суточного ЭКГ-мониторирования 824 пациентов, в возрасте от 9 до 87 лет, из них 339 мужчин и 485 женщин, обследованных в течении 2016 года. Регистрировались потенциалы с 10 электродов в течении 24 часов. Для выполнения обследований всем пациентам раздавались специальные анкеты, в которых пациенты отмечали симптомы: перебои в работе сердца, сердцебиение, головокружение. Результаты суточного ЭКГ-мониторирования сравнивались с исходной ЭКГ. Исследование проводилось в реальном масштабе времени на аппарате TLC-500 фирмы CONTEC (Copyright Contec Medical Systems CQ., LTD 1998), где за 1 секунду оценивался только один комплекс QRS. Применялся беспленочный регистратор и регистрирующее устройство (рис.5), состоящее из электродов, проводов, соединяющих электроды с главным кабелем, сам регистратор (рекордер).

Рис. 5. Регистрирующее устройство.

Результаты и их обсуждения

Интерпретируя данные суточного ЭКГ – мониторирования из обследуемых нами пациентов - у 215 (26%) выявлены указанные выше нарушения ритма (таблица 2).

Таблица 2 - Частота синдромов CLC, WPW, СРРЖ, Бругада по данным суточного ЭКГ-мониторирования

	WPW	CLC		СРРЖ		Бругада
		постоянная	преходящая	постоянная	преходящая	
Количество больных	8	13	11	60	121	3

Из таблицы 1 видно, что наиболее часто регистрируется СРРЖ преходящей формы - у 121 пациента, постоянная форма – у 60 пациентов, CLC постоянная форма – у 13, преходящая – у 11 пациентов, WPW – у 8 пациентов, синдром Бругада выявлен у трех пациентов.

Далее был проведен анализ сочетания WPW с другими патологиями, выявленных при суточном ЭКГ-мониторировании (таблица 3).

Проведенный анализ выявил сочетание WPW (8 пациентов) с нарушением процессов реполяризации – у 3 пациентов, у 2 сочетание с суправентрикулярными экстрасистолами, у 2-с желудочковыми экстрасистолами, у 1-с AV блокадой I степени.

Также был проведен анализ сочетания CLC с другими патологиями, выявленными при суточном ЭКГ-мониторировании (таблица 4).

Таблица 3 - Сочетание WPW с другими патологиями, выявленными при суточном ЭКГ-мониторировании

	Нарушение процессов реполяри-зации	Экстрасистолия		AV блокада I степени
		Суправентри-кулярная	желудочковая	
Количество больных	3	2	2	1

Таблица 4 - Сочетание CLC с другими патологиями выявленных при суточном ЭКГ-мониторировании

	Нарушение процессов реполяри-зации	Экстрасистолия		AV блокада	
		Суправентри-кулярная	Желудочковая	I ст.	II ст. Мобитц I
Количество больных	8	7	6	2	1

Проведенный анализ выявил сочетание CLC (24 пациента) с нарушением процессов реполяризации – у 8 пациентов, у 7 - сочетание с суправентрикулярными экстрасистолами, у 6 - с желудочковыми экстрасистолами, у 2 - AV блокада I степени, у одного пациента - AV блокада II степени Мобитц 1.

Далее был проведен анализ сочетания СРРЖ с другими патологиями, выявленными при суточном ЭКГ-мониторировании (таблица 5).

Таблица 5 - Сочетание СРРЖ с другими патологиями, выявленными при суточном ЭКГ-мониторировании

	Нарушение процессов реполяри-зации	Экстрасистолия		AV блокада	
		Суправентри-кулярная	Желудочко-вая	I ст.	II ст. Мобитц I
Количество больных	71	59	32	13	6

Проведенный анализ выявил сочетание СРРЖ (181 пациент) с нарушением процессов реполяризации в других отведениях – у 71 пациента, у 59 - с суправентрикулярными экстрасистолами, у 32 - с желудочковыми экстрасистолами, у 13 пациентов - AV блокадой I степени, у 6 - AV блокадой II степени Мобитц 1.

Синдром Бругада был выявлен у трех пациентов

Выводы:

1. Суточное ЭКГ-мониторирование обладает значительным преимуществом в выявлении синдромов CLC, WPW, СРРЖ, Бругада, а также выявление их сочетаний с нарушениями ритма и проводимости.
2. Ранняя диагностика сочетанных патологий позволит назначить своевременное и адекватное лечение пациентам.
3. Методику суточного ЭКГ-мониторирования можно рекомендовать для ранней диагностики на первичном уровне здравоохранения.

Литература:

1. Ардашев А.В., Ардашев В.Н., Желяков Е.Г. и др. Показатели внутрисердечной гемодинамики у больных с синдромом WPW до и после операции РЧА. -М.-2007-С. 84-112.
2. Ардашев В.Н., Ардашев А.В., Стеклов В.И. Лечение нарушений сердечного ритма. М: Медпрактика-М.-2005-С. 240.
3. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. Ст-Петербург: Фолиант 1998; -С. 640.
4. Бабкина А.В. Синдром ранней реполяризации желудочков у детей с малыми аномалиями сердца / А.В. Бабкина // Материалы 2 Международной научной конференции молодых ученых ученых-медиков. – Курск, 2008. – Т.3. - С. 18 – 20.
5. Кисляк О.А., Сторожаков Г.И., Явлюхин А.А., Чиковани Г.Ш. Врачебная тактика при синдроме укороченного интервала P-Q у подростков. Педиатрия -М.-1998 -С. 54-85.
6. Л. А. Бокерия, О. Л. Бокерия, Л. Н. Киртбая. Анналы аритмологии, № 3, 2010 // Синдром Бругада: клеточные механизмы и подходы к лечению -М.-2010 -С. 16-26.
7. Бобров А.Л., Бойцов С.А., Темнов А.Н. Электро- и эхо- кардиографические особенности синдрома ранней реполяризации желудочков // Сердечная недостаточность -2002- №4 – С. 565-569.
8. Л. А. Бокерия, А. Ш. Ревишвили, И. В. Проничева. Синдром Бругада клинико-диагностические критерии // Анналы аритмологии, № 4, 2005 –М. –С. 22-52.
9. М. И. Кечкер. Руководство по клинической электрокардиографии –М. -2000 – С. 387.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ

Эсенгелди кызы Айжамал[1], Канат кызы Базира[2], Жоомартова А[2]., Нартаева А.К[3]., Маматов С.М[2].
Ошский государственный университет, медицинский факультет[1],
Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
Кыргызской государственной медицинской академии[2],
Кыргызско-Российский Славянский университет[3]

Аннотация. В статье представлены результаты сравнительного лечения стандартными дозами глюкортикостероидов и высокими дозами **преднизолон**а у 80 детей, больных тромбоцитопенической пурпурой, в возрасте от 12 до 17 лет. Также оценена эффективность назначения реаферона у 12 детей и спленэктомии у 38 больных. При сравнении этих методов лечения достигнутая полная ремиссия в отдаленном периоде сохраняется у 70% детей после спленэктомии.

Ключевые слова: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, лечение, глюкокортикостероиды, спленэктомия.

ИДИОПАТИЯЛЫК ТРОМБОЦИТОПЕНИЯЛЫК ПУРПУРАНЫН ДАРЫЛОО ЫКМАЛАРЫНЫН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУНА САЛЫШТЫРМА БАА БЕРУУ

Эсенгелди кызы Айжамал[1], Канат кызы Базира[2], Жоомартова А[2]., Нартаева А.К[3]., Маматов С.М[2].
Ош мамлекеттик университети, медициналык факультети[1]
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академия
Госпиталдык терапия, кесиптик жана кан ооруларынын курсунун кафедрасы[2].
Кыргыз Орус Славян университети[3]

Аннотация. Статьяда тромбоцитопениялык пурпура менен ооруган 12 ден 17 жашка чейинки 80 баланын стандарттык дозадагы глюкокортикостероиддер жана бийик дозадагы преднизолондун дарылоодогу натыйжалуулугуна салыштырма баа беру сунушталган (берилген). Ошондой эле 12 балага берилген реаферондун натыйжалуулугу жана 38 оорунун спленэктомиясы бааланган. Бул дарылоонун ыкмаларын салыштырганда 70% балдарда спленэктомиядан кийин толук айыгуу коп убакытка чейин сакталууда.

Негизги создор: идиопатиялык тромбоцитопениялык пурпура, дарылоо, глюкокортикостероид, спленэктомия.

COMPARATIVE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE THERAPY OF THE IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA

Esengeldi k.A[1]., Kanat k. B[2]., Joomartova A.J[2].,
Nartaeva A.R[3]., Mamatov S.M[2].
Osh state university, medical faculty[1]
Chair of hospital therapy, occupational diseases and course of hematology[2], Kyrgyz State Medical Academe
I.K. Akhunbaev
Kyrgyz Russian Slavic University.

Abstract. The article presents the results of a comparative treatment of 80 children with idiopathic thrombocytopenic purpura, aged 12 to 17 years with standard doses of glucocorticosteroids and high doses of prednisolone. Reaferon efficiency was also evaluated in case of 12 children and splenectomy of 38 patients. When comparing these treatment regimens complete remission was achieved and preserved in the long term in 70% of children after splenectomy.

Key word: idiopathic thrombocytopenic purpura , treatment, glucocorticosteroids, splenectomy.

Актуальность темы. Одной из распространенных форм приобретенной патологии гемостаза является идиопатическая (аутоиммунная) тромбоцитопеническая пурпура (ИТП), которая выявляется с частотой от 1 до 4-5 случаев на 100 тыс. детского населения в год [1-3] и может протекать благоприятно, заканчиваясь спонтанным выздоровлением [4-5].

Несовершенство существующих протоколов терапии ИТП, частая непредсказуемость ожидаемого ответа на используемые ГКС, высокая частота развития связанных с ними осложнений диктуют необходимость постоянного поиска новых методов лечения этого распространенного заболевания.

В частности, в последние 20 лет за рубежом широко апробированы и хорошо себя зарекомендовали такие альтернативные способы коррекции ИТП, как внутривенные иммуноглобулины, анти-Д иммуноглобулин и интерфероны [3-5]. Вместе с тем эффективность указанных препаратов при данном заболевании также ограничена (60-80% от всех наблюдений), а стоимость одного курса лечения сохраняется крайне высокой (5-10 тыс. долларов США).

Имеющиеся противоречия и недостатки в предлагаемых схемах лечения затрудняют рациональный выбор базисной терапии ИТП, не позволяют врачам быстро и правильно ориентироваться в дозах, продолжительности и способах введения ГКС. Это создает дополнительные сложности при осуществлении расчетов ориентировочной потребности в базисных и альтернативных лекарственных препаратах для этой категории пациентов.

Цель работы. Провести анализ эффективности используемых схем базисной и альтернативной терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у детей и подростков с учетом особенностей динамики ее основных клинических и лабораторных проявлений.

Материал и методы исследования. В настоящее исследование включены 80 пациентов с хронической ИТП, которые находятся под непрерывным наблюдением врачей-гематологов в течение 10 лет и более. Средний возраст детей составил 14 лет с пиком заболеваемости в 12 - 17 лет. По полу среди обследованных преобладали мальчики (65%). Диагноз ИТП базировался на данных анамнеза заболевания и комплексного клинико-морфологического обследования. Костномозговая пункция проводилась всем без исключения.

Результаты полученных исследований. В наших исследованиях использовались следующие схемы лечения глюкортикостероидами (ГКС): преднизолон 1- 2 мг/кг в течение 3 недель (стандартный режим), пульс-терапия преднизолоном 4-7 мг/кг per os курсом 3-5 дней, дексаметазон в дозе 20 мг/м2 в

течение 4 дней ежемесячно на протяжении 6 месяцев. При этом оценивались результаты лечения первого эпизода и рецидивов ИТП.

При хронической форме ИТП проявления геморрагического синдрома быстрее купируются в результате применения высоких доз преднизолона, особенно в дебюте заболевания ($p<0,05$). Аналогичная разница в показателях ($p<0,05$) обнаруживается и при оценке динамики сроков нормализации количественного содержания тромбоцитов в исследуемых анализах крови (табл.). При этом прямую зависимость лечебного эффекта от исходного уровня тромбоцитопении удалось проследить лишь при начальных проявлениях пурпуры - частота возникновения ремиссии была выше в тех клинических ситуациях, когда исходное содержание тромбоцитов превышало 20х10х9/л ($p<0,05$). Одновременно оценивались частота возникновения и продолжительность ремиссии в зависимости от дозы используемого препарата. Установлено, что как в дебюте, так и при рецидивах болезни частота возникновения ремиссии практически не зависит от дозы ГКС. Но при этом оказалось, что стандартные дозы преднизолона имеют преимущества перед пульс-терапией при первом эпизоде хронической ИТП, а при рецидиве - уступает в эффективности высокодозной терапии ГКС.

В последние годы при хронической ИТП все чаще применяются высокие дозы дексаметазона [3-4]. В нашей республике такой метод используется менее широко, поэтому в нашем исследовании дексаметазон был использован только у 18 детей преимущественно старшего возраста (медиана 12 лет) с неэффективным первичным лечением стандартными и высокими дозами преднизолона. Показано, что под действием дексаметазона геморрагический синдром купируется у большинства больных - 91%, а проявления «влажной» пурпуры исчезают, как правило, уже после первого курса терапии. При этом частота достижения полной ремиссии достигает 60% (табл.), что выше, чем при применении других видов ГКС терапии. Вместе с тем по способности сохранять ее в течение 1 года и более дексаметазон не уступает как высокой, так и стандартной дозам преднизолона.

Частота развития побочных реакций и осложнений при приеме дексаметазона оказалась достаточно низкой - 14% наблюдений, что в совокупности с высокой терапевтической эффективностью выдвигает его в ряд наиболее перспективных лекарственных средств для лечения ХИТП.

Литературные данные относительно эффективности альтернативных методов лечения (ВВИГ и α-2 - интерфероны) весьма неоднозначны, но в основном сводятся к тому, что ремиссия возникает не более, чем у половины больных [1, 3-5], а вызываемый эффект оказывается, как правило, частичным и/или непродолжительным [4].

В наших исследованиях был использованы реаферон у 12 детей в возрасте от 12 до 14 лет при общем стаже заболевания от 1 до 3 лет, то есть после предшествующего длительного лечения ГКС. Реаферон применялся парентерально из расчета 500000 - 2000000 МЕ 3 раза в неделю. Дозы препарата и продолжительность лечения зависели от переносимости и эффективности препарата и составляли от 3 недель до 3 месяцев и более. Лечебный эффект (полный или частичный) был получен у 8 (66 %) пациентов, но продолжительным он оказался лишь у 2 из них, что, возможно, определяется большой давностью заболевания к моменту назначения данного вида терапии. Переносимость препарата была относительно хорошей: у 18% больных отмечены цефалгии, субфебрилитет, усиление геморрагического синдрома, что, однако, не потребовало отмены терапии. В данном направлении предстоят дальнейшие исследования.

Таблица - Сравнительная оценка эффективности лечения больных ИТП

Виды лечения	Количество тромбоцитов тыс./мкл				Достижение эффекта – полная ремиссия
	До лечения	После лечения	Ч/з 12 мес. лечения	Ч/з 1 год лечения	
Стандартные дозы ГКС	17,2	62,1 *	68,5 *	54,1 *	у 60% больных
Пульс-терапия ГКС	15,1	77,3 *	59,2 *	50,2 *	у 50% больных
Дексаметазон	16,4	81,5 *	67,6 *	52,7 *	у 70% больных
Реаферон	16,9	70,1 *	67,4 *	40,2 *	у 66% больных
Спленэктомия	**15,3**	**102,4 ***	**84,2 ***	**74,2 ***	**у 80% больных**

Примечание: * - достоверно по сравнению с данными до лечения ($p<0,05$)

Поскольку использование консервативных методов лечения при ИТП у детей, особенно ее хроническом течении, оказывается недостаточно эффективным, актуальным и достаточно спорным остается вопрос о проведении спленэктомии. Несмотря на высокий риск развития интраоперационных

кровотечений, а также инфекционных и септических осложнений в послеоперационный период, эффективность спленэктомии достаточно высока -72-80%. В наших исследованиях спленэктомия выполнена у 15 пациентов (10 девочек и 5 мальчиков) в возрасте от 12 до 15 лет в связи с непрерывно-рецидивирующим течением хронической ИТП, характеризующейся «влажной» пурпурой при постоянно низком уровне тромбоцитов в анализах крови (менее 20 тыс. в 1 мкл). Длительность заболевания варьировала от 3 до 15 лет, при этом повторные курсы предшествующей ГКС терапии были безуспешными.

Принимая во внимание динамику клинических симптомов, гематологических сдвигов, а также данные катамнеза, эффективной можно считать спленэктомию у 12 пациентов (80%) (табл.). Необходимо, однако, отметить, что у остальных 3 детей, несмотря на возобновление симптомов хронической ИТП, в целом заболевание приобрело более «мягкое» течение с менее выраженным геморрагическим синдромом.

В настоящее время у 50% больных с хронической ИТП сохраняется стойкая клинико-лабораторная ремиссия, у 21% зарегистрирована рефрактерная ИТП, у остальных пациентов заболевание протекает волнообразно (со сменой периодов ремиссии на периоды обострения).

Выводы:

1. Стандартные дозы преднизолона имеют преимущества перед пульс-терапией при первом эпизоде хронической ИТП, а при рецидиве - уступает в эффективности высокодозной терапии глюкокортикостероидами.
2. Дексаметазон, применяемый из расчета 20 мг/м^2 в течение 4 дней на протяжении 6 месяцев, приравнивается по эффективности к высокой и стандартной дозам преднизолона по выраженности гемостатического действия, редко вызывает развитие лекарственных осложнений, но не удлиняет продолжительность ремиссии.
3. Реаферон более эффективны при продолжительности течения ИТП менее 1 года, что следует учитывать при их назначении.
4. Спленэктомия, как метод лечения рефрактерной хронической ИТП, у 80% больных вызывает выздоровление, в остальных случаях - более легкое течение заболевания.

Литература:

1. Донюш Е.К., Масчан А.А., Самочатова Е.В. и др. Дифференциальная диагностика и современная тактика терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у детей (Пособие для врачей-гематологов). М.: МАКС Пресс, 2001-38 с.

2. Цымбал И.Н. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура у детей // Лечащий врач. 2000. - № 2. - С. 38^2.

3. Gadner H. Management of immune thrombocytopenic purpura in children // Rev. Clin. Exp. Hematol. 2001. - Vol. 5, N 3. - P. 201-221.

4. George J.N. Initial management of immune thrombocytopenic purpura in children: Is supportive counseling without therapeutic intervention sufficient? // J Pediatr. 2000. - Vol. 137. - P. 598-600.

5. Imbach P., Zimmerman S. Local end cultural aspects of childhood idiopathic thrombocytopenic purpura // J Pediatr Hematol Oncol. 2003. - Vol. 25, Suppl. 1. -P. 68-73.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ГЕПАТОПРОТЕКТОРЫ (ПО ДАННЫМ МЕТА-АНАЛИЗОВ)

Молдобаева М.С., Аттокурова Р.М., Турусбекова Г.А., Джороева Г.К., Кадырбеков Б.К.
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева
(ректор – д. м. н., проф. Кудайбергенова И.О.)
Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: *Цель*: Критический анализ по эффективности и безопасности «гепатопротекторов» с точки зрения доказательной медицины. *Материалы и методы***:** журналы, мета-анализы, РКИ, кокрейновский обзор. *Результаты***:** Какого-либо идеального гепатопротектора до настоящего времени не существует. Доказанной в различной степени эффективностью обладают УДХК, ЭФЛ, препараты

аминокислот. Препараты силимарина следует рассматривать как гепатопротекторы с предполагаемой, но недоказанной эффективностью, которые могут применяться при определенных состояниях.

Ключевые слова: гепатопротекторы, доказательная медицина, препараты, эффективность, безопасность, мета-анализ, РКИ.

ГЕПАТОПРОТЕКТОРЛОРГО ЗАМАНБАП КОЗ КАРАШ (МЕТА-АНАЛИЗДЕРДИН НЕГИЗИНДЕ)

Молдобаева М.С., Аттокурова Р.М., Турусбекова Г.А., Джороева Г.К., Кадырбеков Б.К.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Ички оорулардын пропедевтикасы жана эндокринология курсу кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: *Максаты***:** тастыктоо медицинанын коз карашы боюнча гепатопротекторлордун натыйжалуулугу жана коопсуздугу. *Материалдар жана ыкмалар:* журналдар, мета-анализ, РКИ, Кокрейн серепи. *Жыйынтыктар***:** Азыркы убакытка чейин бир да кемчиликсиз гепатопротекторлор жок. УДХК, ЭФЛ, аминокислоталар гана, ар кандай илимий тастыктоого ээ болушкан. Силимарин болжолдуу, бирок тастыкталбаган гепатопротектор болуп саналат, ошол учун шарттуу катары колдонулуш керек.

Негизги создор: гепатопротекторлор, далилденген медицина, дарылар, натыйжалуулук, коопсуздук, мета-анализ, РКИ.

MODERN VIEWS ON GEPATOPROTECTORS (ACCORDING TO META-ANALYSIS)

Moldobaeva M.S. Attokurova R.M., Turusbekova G.A., Dzhoroeva G.K., B.K. Kadyrbekov
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Internal Medicine Propaedeutics with the course of Endocrinology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: *Objectives*: Critical analysis of the efficacy and safety of "hepatoprotectors" in terms of evidence-based medicine. *Materials and methods:* journals, meta-analyzes of RCT, Cochrane Database of syst. rev. *Results***:** What a perfect hepatoprotectors so far does not exist. Prove to have different degrees of efficacy of UDCA, EFL, amino acid preparations. Silymarin preparations should be considered as gepatoprotectors with suspected, but unproven efficacy, which can be used under certain conditions.

Key words: gepatoprotectors, evidence-based medicine, drugs, efficacy, safety, a meta-analysis of RCT.

Актуальность. В классификации ВОЗа всех лекарственных средств есть раздел "Препараты для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей" - Код А05. Ниже приведенные препараты отсутствуют в медицинской практике зарубежных гепатологов, за исключением расторопши/силимарина (которая так и не имеет однозначных доказательств по своей эффективности) и урсосана.

Цель: провести критический анализ по эффективности и безопасности «гепатопротекторов» с точки зрения доказательной медицины.

Результаты анализа: основные требования к идеальному «гепатопротектору» (R. Preisig, 1970): достаточно полная абсорбция, наличие эффекта «первого прохождения» через печень, выраженная способность связывать или предотвращать образование высокоактивных повреждающих соединений, возможность уменьшать чрезмерно выраженное воспаление, подавление фиброгенеза, стимуляция регенерации печени, естественный метаболизм при патологии печени, экстенсивная энтерогепатическая циркуляция, отсутствие токсичности. На сегодняшний день ни один из используемых в медицинской практике «гепатопротекторов» не удовлетворяет в полной мере этим требованиям: показано лишь улучшение самочувствия и биохимических показателей функции печени, не существует убедительных доказательств улучшения гистологической картины или вирусологических параметров, некоторые из них являются потенциально вредными и способны оказывать гепатотоксический эффект. В зависимости от химической структуры и происхождения препараты делятся на: *растительного происхождения*

(силимарин, глицирризин, экстракт листьев артишока, масло семян тыквы, ЛИВ-52, многокомпонентные препараты из индийских и китайских трав); животного происхождения (сирепар, гепадиф); содержащие эссенциальные фосфолипиды (ЭФЛ) (эссенциале, энерлив); аминокислоты или их производные(адеметионин, орнитина аспартат, бетаин); витамины-антиоксиданты и витаминоподобные соединения (витамины Е, С, альфа-липоевая кислота); препараты разных групп (урсосан, урсодекс). Проведение отдельных клинических исследований имеют результаты: за и против доказательной медицины. Активные компоненты силимарин включают 4 флавоноида, основным из которых является силибинин. Силимарин обладает свойствами антиоксиданта и предупреждает истощение запасов глутатиона, оказывает антифибротическое действие, доза зависимо снижает накопление коллагена, противовоспалительными за счет подавления синтеза провоспалительного лейкотриена В4 в купферовских клетках. Эти свойства силимарина показаны у пациентов с неалкогольным стеатогепатозом [1]. При первичном билиарном циррозе (ПБЦ) печени клиническое улучшение состояниия проявлявшееся в уменьшении выраженности некоторых клинических симптомов, например – зуда, снижении частоты осложнений основного заболевания, улучшении гистологической картины и отсрочке трансплантации [2]. Экстракт расторопши не изменял частоту осложнений у пациентов с алкогольной болезнью печени (АБП), в том числе сопровождающейся вирусными гепатитами В и С и смертельных случаев во всех группах [3], при этом в одном из отобранных исследований [4] авторы наблюдали уменьшение смертности пациентов с АБП, а при анализе смертельных исходов [3], выявлены похожие результаты: в одном исследовании эффективность силимарина была подтверждена, в других – нет. Силимарин статистически значимо позитивно влиял на уровни: билирубина и гамма-глутамилтранспептидазы, но не альбумина и протромбина, неопределенны результаты мета-анализа влияния силимарина на уровни аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ) [3]. Морфологические изменения ткани печени под влиянием экстракта расторопши у 116 пациентов с АБП не были значимо улучшены по гистологической картине в сравнении с плацебо [5]. В рамках клинического испытания без контроля [6] у 60 пациентов после отравления в результате употребления с пищей бледной поганки (Amanita phalloides) выживаемость составила 100% [7], в комбинации со стандартной терапией способствовало резкому снижению смертности и не сопровождалось побочными эффектами [8,9,10]. Таким образом, недостатками проведения исследований являются то что: опыты, преимущественно, проводились на животных, клиническая эффективность силимарина практически не подтверждена из-за недостатка адекватных исследований, рандомизированные клинические исследования (РКИ) проводились на пациентах с острыми вирусными гепатитами (ОВГ), при которых возможно самоизлечение, широкое применение при хронических гепатитах С и В не оправдано. Накопленных сведений не достаточно, чтобы широко применять силимарин при всех острых заболеваниях печени, у больных АБП и неалкогольным стеатогепатозом, т.к. отсутствуют гистологические данные [3, 11]. Важен тот факт, что до сих пор исследования свойств экстракта расторопши пятнистой проводятся с использованием препаратов разных производителей. При этом состав силимарина, как и любого другого лекарственного средства растительного происхождения, зависит от целого ряда факторов – географического происхождения сырья, особенностей его экстрагирования и дальнейшей обработки, методов определения активного компонента и т. д. соответственно с разной фармакокинетикой [12,13]. Глицирризин – это водный экстракт корня солодки (Glycyrrhiza glabra). При хроническом гепатите В, применение препарата, содержащего глицирризин привело к нормализации активности АлАТ более чем у 50% больных, но не имеются данные о ДНК HBV, у больных с хроническим гепатитом С ни у одного не удалось достичь исчезновения виремии, благоприятные эффекты глицирризина ограничены, главным образом, биохимическими показателями (снижение активности ферментов печени), частота побочных эффектов (задержка жидкости, гипокалиемия) достигла 20%. Имеющиеся данные не позволяют рекомендовать глицирризин при заболеваниях печени. Экстракт листьев артишока содержит преимущественно фенолокислоты (кофейной, хлорогеновой и др.), флавоноиды и сесквитерпенлактоны, фенольное соединение цинарин, каротин, витамины С, группы В, инулин. Малотоксичен и рекомендуется при токсических гепатитах, циррозе печени, но доказательных исследований относительно его эффективности не имеются, не рекомендуется использовать при желчнокаменной болезни, остром гепатите и синдроме холестаза. ЛИВ-52 - индийское аюрведическое средство, содержит ряд лекарственных растений, широко используемых в народной индийской медицине. Защищает паренхиму печени от токсических агентов (за счет индукции цитохрома Р-450 и ацетальдегиддегидрогеназы), обладает некоторым антиоксидантным действием нормализует активность Na+/K+-АТФазы и восстанавливает соотношение отдельных фосфолипидных фракций в мембранах гепатоцитов, при

острой патологии печени может усугублять выраженность цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдромов. У 188 больных АБП, принимавших Лив-52, гистологически кумулятивная выживаемость составила 74%, а в группе плацебо – 86% (p=0,06); самая низкая выживаемость отмечена у больных с печеночной недостаточностью класса С по классификации Чайльд-Пью (53 vs 81%). С печеночной недостаточностью или кровотечениями было связано 22 из 23 летальных исходов в группе Лив-52 vs 3 из 11 в контрольной группе, поэтому препарат Лив-52 был отозван с фармацевтического рынка США. Многокомпонентные препараты из индийских и китайских трав имеют сложный состав, в связи с чем их действие недостаточно изучено. При острой патологии печени и синдроме холестаза может усугублять цитолитический и мезенхимально-воспалительный синдромы. Зверобой продырявленный) улучшает настроение, РКИ зверобоя при заболеваниях печени не проводилось. В исследовании I фазы (n=19) изучались эффекты гиперицина (натуральное производное H. perforatum) при гепатите С и ни у одного из испытуемых содержание РНК HCV в плазме не изменилось более чем на 1 lg, а у 11 пациентов возникли фототоксические реакции. Побочные эффекты включали усталость, серотониновый синдром и ингибирование цитохрома Р450, который приводит к серьезному лекарственному взаимодействию (в том числе к острому отторжению трансплантата) после трансплантации внутренних органов. Таким образом, прием зверобоя не показан при заболеваниях печени из-за возможных побочных эффектов и отсутствия доказательств эффективности. К гепатопротекторам животного происхождения относятся сирепар и гепадиф, которые являются гидролизатами экстракта печени крупного рогатого скота, содержат цианокобаламин, аминокислоты, низкомолекулярные метаболиты и, возможно, фрагменты ростовых факторов печени, могут оказывать определенное антиоксидантное и детоксикационное действие, стимулировать регенерацию паренхимы печени. Каких-либо доказательных исследований, подтверждающих их клиническую эффективность, не имеется. Наоборот, прием потенциально опасен по нескольким причинам: при активных формах гепатита могут нарастать явления цитолитического, мезенхимально-воспалительного и иммунопатологического синдромов, обладает высоким аллергогенным потенциалом, поэтому до начала лечения обязательно следует проводить определение чувствительности к препарату. Применение гидролизатов печени крупного рогатого скота резко повышает вероятность заражения пациента прионной инфекцией, вызывающей такое фатальное нейродегенеративное заболевание: губчатая энцефалопатия. В связи с недоказанной эффективностью и большой потенциальной опасностью для организма препараты этой группы в клинической практике применяться не должны и пациентов следует отговаривать от их применения. Эссенциальные фосфолипиды (ЭФЛ): эссенциале, энерлив. В отличие от других гепатопротекторов в отношении эффективности ЭФЛ имеется достаточная доказательная база. При активных гепатитах требуется осторожность, т.к. в ряде случаев они могут способствовать усилению холестаза и активности процесса. ЭФЛ повышают вероятность ответа на α-интерферон, особенно при лечении хронического вирусного гепатита С, снижают частоту рецидивов после прекращения терапии α-интерфероном и хорошо переносятся больными. В настоящее время в клинической практике препараты ЭФЛ широко используются при токсических (особенно алкогольных) поражениях печени, неалкогольном стеатогепатите, а также для «медикаментозного прикрытия» при назначении гепатотоксичных лекарств. Аминокислоты или их производные (Адеметионин) - являются гепатопротекторами при высоких показателях цитолиза и синдроме холестаза, даже у беременных пациенток. Результаты современных открытых и двойных слепых исследований подтвердили статистически достоверное превосходство терапии адеметионином сравнительно с плацебо и сопоставимую со стандартными трициклическими антидепрессантами эффективность препарата при депрессиях, а также благоприятный профиль побочных проявлений. Холеретический и гепатопротективный эффект сохраняется до 3 месяцев после прекращения лечения. Эффективность у больных циррозом печени с повышенным уровнем аммиака в сыворотке крови доказана в рандомизированном многоцентровом исследовании. К другим представителям «гепатопротекторов» можно отнести Бетаина глюкуронат. В рандомизированном, плацебо-контролируемом, двойном слепом, шестью параллельными группами исследовании оценивалась реакция больных с АБП на лечение Бетаином глюкуронатом. Результаты показали, что он был более эффективен, чем плацебо параметрами химического состава крови и показателями анализа мочи, а также снижением желтухи, отека, зуда, головной боли [14]. По сравнению с плацебо, Бетаин приводит к улучшению состояния стеатоза и может защитить от прогрессирования неалкогольного стеатогепатита [15,16]. В терапии заболеваний печени из препаратов разных групп наибольшее значение имеет урсодезоксихолевая кислота (УДХК) – гидрофильная нетоксичная третичная желчная кислота. УДХК оказывает терапевтический эффект при неалкогольном стеатогепатите, ПБЦ, гепатопатии беременных (безопасен для матери и плода),

первичном склерозирующем холангите, выявлено повышение продолжительности жизни больных без выполнения трансплантации печени. УДХК в реакции «трансплантат против хозяина», развивающейся после пересадки костного мозга, не только уменьшает выраженность холестаза, но и снижает вероятность развития веноокклюзионной болезни с 40% в контрольной группе до 15% в группе, получавшей препарат. Данных по эффективности УДХК для профилактики отторжения донорской печени недостаточно, однако имеются сведения о снижении числа эпизодов острого отторжения и повышении выживаемости больных в течение года после трансплантации на фоне применения препарата. Терапия УДХК снижает частоту развития варикозно-расширенных вен пищевода с 58 до 16%, повышает качество жизни больных с уменьшением зуда. УДХК – безопасный препарат, практически не имеющий побочных эффектов. Отмечается потенцирование эффекта УДХК при комбинации с адеметионином. Исследований, посвященных оценке эффективности УДХК при этанолиндуцированном поражении печени, на сегодняшний день выполнено недостаточно для окончательного определения места этого лекарственного средства при различных формах (АБП) [17], что связано со значительной гетерогенностью клинических вариантов АБП и отсутствием общепринятых рекомендаций по дозировке препарата и длительности курса терапии. Лучшие результаты были продемонстрированы в группе больных, которым УДХК назначали в комбинации с силимарином. РКИ [18] не показало положительного влияния УДХК в дозе 13-15 мг/кг/сут в течение 6 мес на выживаемость у больных АБП поэтому, полученные результаты могут быть обусловлены недостаточной дозировкой препарата, целесообразность применения более высоких доз требует подтверждения в клинических исследованиях. Назначение УДХК уменьшает также выраженность стеатоза, однако не подтверждено гистологически. УДХК при хронических вирусных гепатитах не ведет к повышению вероятности вирусологического ответа и улучшению гистологической картины. Однако, по данным ряда авторов (А.Р. Рейзис и др.), добавление УДХК к α-интерферону при хроническом гепатите С не только обусловливает более быструю нормализацию биохимических показателей, но и потенцирует противовирусный эффект (41,5% в группе больных, получавших интерферонотерапию + УДХК, по сравнению с 27,7% в группе монотерапии α-интерфероном), сопряженный со снижением частоты возникновения рецидивов (10 против 26,6%). Безопасность гепатопротекторов многие растительные продукты и пищевые добавки гепатотоксичны и взаимодействуют с традиционными препаратами. В обзоре National Poison Information Service, в котором собраны данные за 1991-1995 гг., зафиксировано 785 случаев нежелательных реакций, возможно или несомненно связанных с растительными препаратами; среди них чаще всего встречалась гепатотоксичность. В другом исследовании 1500 больных, принимавших китайские растительные препараты, частота двукратного повышения активности АлАТ составила 1%. Гепатотоксичность, вызванную фитопрепаратами, трудно диагностировать. Ее частота недооценивается. Различные формы поражения печени, вызываемого веществами растительного происхождения, включают веноокклюзионную болезнь, некроз 3-й зоны гепатоцита, жировой гепатоз, хронический гепатит, цирроз. Многие китайские травы имеют гепатотоксичные свойства; описаны случаи острой печеночной недостаточности. Помимо гепатотоксичности врачи должны обращать внимание на взаимодействия между растительными продуктами и традиционными лекарственными средствами. FDA в силу разных причин не может полностью регулировать оборот растительных продуктов, поскольку мониторинг за растительными продуктами после поступления их в продажу не проводится. Таким образом, при назначении гепатопротекторов, особенно фитопрепаратов и пищевых добавок, всегда следует помнить об их возможной гепатотоксичности.

Заключение: критический анализ с точки зрения доказательной медицины показывает, что многие наши представления относительно эффективности и безопасности известных гепатопротекторов устарели. Какого-либо идеального «гепатопротектора» до настоящего времени не существует. Доказанной в различной степени эффективностью обладают УДХК, ЭФЛ, препараты аминокислот. Препараты силимарина следует рассматривать как «гепатопротекторы» с предполагаемой, но недоказанной эффективностью, которые могут применяться при определенных состояниях. Другие растительные гепатопротекторы пока нельзя рекомендовать для широкого применения при хронических заболеваниях печени, поскольку их эффективность не доказана и требует дальнейшего изучения в тщательно спланированных РКИ. В связи с недоказанной эффективностью и большой потенциальной опасностью для организма гидролизаты печени крупного рогатого скота в клинической практике применяться не должны и пациентов следует отговаривать от их применения.

Литература.

1. Fan, J.G. Guidelines for the diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: update 2010 [Text] / Fan J.G., Jia J.D., Li Y.M. et al. // J. Dig. Dis. – 2011. – Vol. 12, N 1. – P. 38–44.

2. Kumagi, T. Primary biliary cirrhosis [Text] / Kumagi, T., Heathcote E.J. // Orphanet J. Rare Dis. – 2008. – Vol. 3. – P. 1–17.

3. Rambaldi, A. Milk thistle for alcoholic and/or hepatitis B or C liver diseases – a systematic Cochrane hepato-biliary group review with meta-analyses of randomized clinical trials [Text] / Rambaldi, A., Bradly, P.J., Iaquinto, G. [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2005. – Vol. 100, N 11. – P. 2583–2591.

4. Ferenci, P. Randomized controlled trial of silymarin treatment in patients with cirrhosis of the liver [Text] / Ferenci, P., Dragosics B., Dittrich, H. [et al.] // J. Hepatol. – 1989. – Vol. 9, N 1. – P. 105–113.

5. Trinchet, J.C. Treatment of alcoholic hepatitis with silymarin. A double blind comparative study in 116 patients [Text] / Trinchet, J.C., Coste, T., Levy, V.G. [et al.] // Gastroenterol. Clin. Biol. – 1989. – Vol. 13, N 4. – P. 120–124.

6. Vogel, G. цит. по Юрьев, К.Л. Силимарин: эффекты и механизмы действия, клиническая эффективность и безопасность.Часть II. Обзор доказательств клинической эффективности и безопасность [Текст] / К. Л. Юрьев // Украинский медицинский журнал. – 2010. - № 3 (77). – С. 59-66.

7. Fructus Silybi Mariae. [Text] / World Health Organization, Geneva // WHO monographs on selected medicinal plants. - 2002. – Vol. 2. - P. 300–316. (http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4927e/29.html).

8. Floersheim, G.L. Clinical death-cap (Amanita phalloides) poisoning: prognostic factors and therapeutic measures. Analysis of 205 cases. [Text] / Floersheim, G.L. Weber, O., Tschumi, P., Ulbrich, M. // Schweiz. Med. Wochenschr. - 1982. - Vol. 112, № 34. – P. 1164–1177.

9. Hruby, K. Chemotherapy of Amanita phalloides poisoning with intravenous silibinin. . [Text] / Hruby, K., Csomos, G., Fuhrmann, M., Thaler, H. // Hum. Toxicol. – 1983a. - Vol. 2, № 2. – P. 183–195.

10. Hruby, K. Pharmacotherapy of Amanita phalloides poisoning using silybin. [Text] / Hruby, K., Fuhrmann, M., Csomos, G., Thaler, H. // Wien. Klin. Wochenschr. - 1983b. - Vol. 95, №7. – P. 225–231.

11. Hashemi, S.J., A placebocontrolled trial of silymarin in patients with nonalcoholic fatty liver disease [Text] / Hashemi, S.J., Hajiani, E., Sardabi, E.H. // Hepat.Mon. – 2009. – Vol. 9, N 4. – P. 265–270.

12. Матвеев, А.В. Гепатопротективные свойства силимарина [Текст] / А.В. Матвеев, Е.И. Коняева, В.П. Курченко, А.С. Щекатихина // Эксп.клин. гастроэнтерол. – 2011. - №2. – С. 130–136.

13. Щекатихина, А.С. Гепатопротекторные свойства флаволигнанов [Текст] / А.С. Щекатихина // Труды Белорусского гос.ун-та. – 2009.–Т. 4, №1. – С. 27–48.

14. Miglio, F. Efficacy and safety of oral betaine glucuronate in non-alcoholic steatohepatitis. A double-blind, randomized, parallel-group, placebo-controlled prospective clinical study [Text] / Miglio, F., Rovati, L.C., Santoro, A. // Arzneimittelforschung. - 2000. - Vol. 50, № 8. – P. 722-727.

15. Abdelmalek, M. F. Betaine for nonalcoholic fatty liver disease: Results of a randomized placebo-controlled trial [Text] / Abdelmalek, M. F., Sanderson, S. O., Angulo, P., Soldevila-Pico, C., Liu, C., Peter, J., Lindor, K. D. // *Hepatology*. - 2009. - Vol. 50, №6. – P. 1818-1826.

16. MAX BAYARD. East Tennessee State University, Quillen College of Medicine, Johnson City, Tennessee [Text] / MAX BAYARD, JIM HOLT, EILEEN BOROUGHS // Am Fam Physician. – 2006. - Vol. 73. №11. P. 1961-1968.

17. Plevris J.N., Ursodeoxycholic acid in the treatment of alcoholic liver disease [Text] / Plevris J.N. // Eur J Gastroenterol Hepatol. - 1991. - Vol. 3. -P. 653-656.

18. Pelletier, G. A randomized controlled trial of ursodeoxycholic acid in patients with alcohol-induced cirrhosis and jaundice [Text] / Pelletier, G., Roulot, D. [et al,] and the URSOMAF Group // Hepatology. – 2003. - № 37. – P. 887 - 892.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ГИЙЕНА-БАРРЕ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ

Молдоташова А.К., Черномазова Е.А., Бабаев В.В., Кабылов Ю.С.
Кафедра Пропедевтической хирургии с курсом Анестезиологии и Реаниматологии им. И.К. Ахунбаева
Кыргызская Государственная Медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье приводятся данные по патогенетическому подходу к лечению синдрома Гийена – Барре в условиях отделения реанимаций Национального госпиталя МЗ КР. Приводятся клинические эффекты применения плазмафареза и иммуноглобулина G на примере клинических наблюдений пациентов с данной неврологической патологией прошедших через отделения реанимации.

Ключевые слова:синдром Гийена – Барре, полирадикулоневропатия, лечение, плазмафарез, иммуноглобулин G.

ЖАРАНДАР БӨЛҮМҮНДӨГҮ ГИЙЕНА БАРРЕ СИНДРОМУНУН ДИАГНОСТИКАСЫ ЖАНА ДАРЫЛООСУ

Молдоташова А.К., Черномазова Е.А., Бабаев В.В., Кабылов Ю.С.
Анестезиология жана реанимация курсу мененпропедевтикалык хирургия кафедрасы,
И.К. Ахунбаев атындагыКыргызМамлекеттикмедициналыкакадемиясы, Бишкек ш., Кыргызская Республика

Корутунду: Бул макалада Улуттук госпиталдагы жарандар бөлүмүнүн Гийена – Барре синдрому менен түшкөндөрдүн патогенетикалык дарылоосу көрсөтүлгөн. Алардын плазмафарез жана иммуноглобулин G колдонулуушунун клиникалык изилдөөлөрдүн негизинде клиникалык натыйжалары берилди.

Негизги сөздөр: Гийена – Барре синдрому, полирадикулоневропатиясы, дарылоо, плазмафарез, иммуноглобулин G.

DIAGNISTIC AND TREATMENT OF GUILLAIN – DARRE SYNDROMEIN THE CONDITIONS OF INTENSIVE CARE DEPARTMENT

Moldotashova A.K., **Chernomazova E.A., Babaev V.V., KabylovYu.S.**
Department of General Surgery with the course of Anesthesiology and Intensive Care named after I.K. Akhunbaev
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This article presents the data of the pathogenetic approach to the treatment of Guillain – Barre syndrome in conditions of intensive care department. The clinical effects of plasmapharesis and immunoglobulin G on the example of clinical observations of patients with this neurological disorders passed through the intensive care unit are given.

Keywords*:* Guillain – Barre syndrome, polyradiculoneuropathy, treatment, plasmapharesis, immunoglobulin G.

Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия или синдром Гийена-Барре (СГБ) – это аутоиммунная полинейропатия, характеризующаяся быстро развивающимися (менее чем за 4 недели) двигательными нарушениями в конечностях и (или) поражением черепных нервов в сочетании с белково-клеточной диссоциацией в цереброспинальной жидкости.

Частота заболеваемости СГБ в мире составляет 0,6-2,4 случая на 100 тыс. населения [1,2,3]. Согласно данным, представленными Супоневой Н.А. и соавт. (2014), в России ежегодно СГБ заболевают около 2700 человек [4].

В зависимости от начала аутоиммунного процесса выделяют четыре клинических вариантов СГБ [2,5,6,7]:

1. Острая воспалительная демиелинизирующаяполиневропатия (ОВДП) (70-80% случаев) - классическая формой СГБ.

2. Острая моторная аксональная невропатия (ОМАН) (10-15%) характеризуется изолированным поражением двигательных волокон.

3. Острая моторно-сенсорная аксональная невропатия (ОМСАН) (5%) проявляется в виде поражения двигательных и чувствительных волокон.

4. Синдром Миллера-Фишера (не превышает 3%) характеризуется офтальмоплегией, мозжечковой атаксией при слабовыраженных парезах.

В двух трети случаев развитию СГБ предшествует вирусная или кишечная инфекция [4]. В качестве инфекционных агентов могут выступать такие возбудители, как Campylobacterjejuni, Mycoplasmapneumonia, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр и вирус гриппа [3,8]. В настоящее время доказано, что в основе патогенеза СГБ лежит механизм молекулярной мимикрии, которая приводит к продукции аутоантител к антигенам периферической нервной системы [7,9].

Клиническая картина в развернутой стадии СГБ, обычно складывается из двигательных, чувствительных и вегетативных нарушений; сухожильной гипо- или арефлексии. Наиболее часто встречаются двигательные расстройства, характеризующиеся периферическими, преимущественно дистальными парезами с мышечной гипотонией и угасанием сухожильных рефлексов.Кроме этого возможно развитие диффузной спонтанной (симметричной, двусторонней) миалгии до проявления двигательных расстройств. Примерно у 25% больных в результате дальнейшего прогрессирования заболевания развивается парез диафрагмы и дыхательной мускулатуры, что приводит к дыхательной недостаточности [1,8].

Согласно современным мировым рекомендациям лечения СГБ основными методами являются плазмаферез (ПФ) и внутривенное введение иммуноглобулина класса G (IgG) в течение первых недель заболевания [1,5]. Целью ПФ является удаление 200-250 мл/кг плазмы в течение 7-14 дней. Замещение удаляемого объёма плазмы производится 5% альбумином. Показаниями для проведения ПФ оцениваются в соответствии с Североамериканской шкалой тяжести двигательного дефицита (САШ) (табл. 1) [12,13,14].

Таблица 1 - Североамериканская шкала тяжести двигательного дефицита

Стадия	Признаки
0	Норма
I	Минимальные двигательные расстройства
II	Способность проходить 5 м без поддержки (опоры)
III	Способность проходить 5 м с поддержкой (опорой)
IV	Невозможность проходить 5 м с поддержкой или опорой (прикованность к постели или инвалидной коляски)
V	Необходимость проведения ИВЛ

По рекомендациям Американской Неврологической Академии (2003) внутривенное введение высоких доз IgG (0,4 г/кг) в течение первых двух – пяти дней дают хороший результат лечения у больных в первые две недели заболевания [15].

В настоящее время в Кыргызстане так же отмечается тенденция к увеличению количества пациентов с диагностированным синдромом Гийена – Барре, которые зачастую в связи с затянувшейся диагностикой в тяжелом состоянииипопадают в реанимационные отделениястраны.

В связи с отсутствием определенных единых клинических рекомендаций ведения данной категории больных у нас в стране, для дальнейшей разработки единой схемы лечения было проведено клиническое исследование.

Целью исследованияявляется изучение клинической эффективности патогенетической терапии у больных СГБ в условиях отделения реанимации г. Бишкек.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Национального Госпиталя (НГ) при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики отделения реанимации № 1, 2, 3 ретро – и антероградно. В исследование были включены 21 больной СГБ (12 мужчин и 9 женщин) за период 2000 – 2017 гг.. Возраст больных колебался от 19 до 77 лет. Средний возраст всех больных СГБ составлял 25,5±3,74 года.

Больные по этиологической причине СГБ распределились следующим образом: «острая респираторная вирусная инфекция» – 71,4%, «кишечная инфекция» – 23,8% и не установленная этиологическая причина – 4,8%. Распределение больных по формам СГБ и степени тяжести двигательного дефицита представлено в таблице 2.

Всем больным, поступавшим в стационар, проводили следующие виды терапии (табл. 3).

Таблица 2 - Распределение больных синдромом Гийена-Барре по форме заболевания, времени года

ФормаСГБ		**Количество больных**	**Процент от общегоколичества больных**
	ОВДП	15	71,4
	ОМАН	2	9,5
	ОМСАН	4	19,0
Время года	зима	8	38,1
	весна	5	23,8
	лето	5	23,8
	осень	3	14,3

Примечание:*СГБ – синдром Гийена-Барре; ОВДП – острая воспалительная демиелинизирующаяполиневропатия; ОМАН – острая моторная аксональная невропатия; ОМСАН – острая моторно-сенсорная аксональная невропатия*.

Таблица 3 - Распределение больных синдромом Гийена-Барре в зависимости от вида терапии

Вид терапии	**Количество больных**	**Процент от общего количества больных (%)**
ПФ	8	38
ПФ+ IgG	4	19,2
IgG	9	42,8

Примечание: *ПФ – плазмаферез; IgG – иммуноглобулин класса G.*

1. ПФ проводился на Плазмоэкстрактор ПЭ-1 с непрерывно-поточным разделением крови на клеточные элементы и плазму. Объём удаляемой плазмы за курс ПФ строился из расчёта 200 мл удаляемой плазмы на 1 кг веса больного, замещение удаляемого объёма плазмы проводилось растворами кристаллоидов, коллоидов и 10% или 20% альбумина. Протокол терапии состоял из 4-6 сеансов ПФ, в течение 7-12 суток. Антикоагуляцию осуществляли постоянной инфузией гепарина в экстракорпоральный контур в дозе 5 ед/кг/час.

Для обеспечения сосудистого доступа во время сеансов ПФ катетеризировали одну из центральных вен (подключичную или внутреннюю ярёмную вену). Для адекватного кровотока использовали двухпросветныйрентгеноконтрастный катетер 9 Fr, установленный по методу Сельдингера.

2. Внутривенное введение иммуноглобулина класса G (IgG) проводилось из расчёта 0,4 г на 1 кг веса больного в течение 5 суток. Больным, поступившим в стационар, проводилось комплексное обследование включавшее в себя сбор анамнеза, общий осмотр, оценка неврологического статуса и определение степени тяжести двигательного дефицита по Североамериканской шкале тяжести двигательного дефицита (САШ) (табл. 1), лабораторные исследования, применение методов нейровизуализации, выполнение люмбальной пункции и электронейромиографии (до 2007 гг.).

Эффективность терапии оценивалась по динамике изменения неврологической симптоматики и изменению степени тяжести двигательного дефицита по САШ.

Результаты и их обсуждение. Срок госпитализации в стационар пролеченных больных от момента появления симптомов заболевания составил 40,6±2,36 суток. У всех больных в клинической картине наблюдался периферический парез различной степени выраженности, снижение или отсутствие сухожильных рефлексов, онемение в конечностях и миалгии. Электронейромиография выполнялась 47,6% больным, однако впоследствии в связи с отсутствием аппарата после 2007 года данный метод перестал использоваться. В стационаре преобладали больные с тяжёлой степенью двигательного дефицита по САШ (табл. 4).

СГБ является одним из самых частых причин острых периферических параличей в мире. Как видно из таблицы 2 набольшее число случаев СГБ регистрировалось в зимний и весенний периоды года.

В нашем исследовании основным пусковым фактором заболевания являлась острая респираторная вирусная инфекция, которая составила 71,4% от всех этиологических причин, которые предшествовали развитию СГБ. Существенных различий в половой структуре не было, количество мужчин и женщин, заболевших СГБ, было практически одинаково, что соответствует результатам, полученным Супоневой Н.А. и соавт. (2014) [4].

Таблица 4 - Распределение больных синдромом Гийена-Барре по степени тяжести двигательного дефицита в баллах, САШ

Степень тяжести двигательного дефицита, балл	Количество больных	Процент от общего количества больных
2	2	9,5
3	4	19,0
4	12	57,1
5	3	14,3

У 23,8% больных отмечались бульбарные расстройства и у 62,3% больных в связи с тяжёлой дыхательной недостаточностью, проводилась искусственная вентиляция лёгких, продолжительностью 19,7±4,58 суток.

По результатам лабораторных методов диагностики белково-клеточная диссоциация ликвора отмечалась у 57,1% больных.

Лечение больных с использованием указанных выше методов терапии начиналось на 8,7±0,43 сутки от момента госпитализации и постановки окончательного диагноза. На фоне проводимой терапии регресс неврологической симптоматики и изменение степени тяжести двигательного дефицита по САШ регистрировали у 71,4% больных. В двух случаях удалось остановить прогрессирование дыхательной недостаточности и необходимость в искусственной вентиляции лёгких. У 19,0% больных после проведенной терапии достигнут эффект «плато», неврологический дефицит остался на прежнем уровне без ухудшения состояния.Время пребывания больных в стационаре составило 50,8±3,87 суток.

По результатам проведенного исследования летальность больных СГБ составила 9,5%. Основной причиной летального исхода у 2-х больных из общей группы явилась резистентность к терапии ПФ и IgG, присоединение инфекционно-септических осложнений, наличием сопутствующей патологии - дефицита антитромбина III, сахарного диабета тяжёлого течения.

Заключение. В настоящее время патогенетической терапией СГБ считается ПФ и внутривенное введение IgG. Эффективность данных методов доказана многочисленными рандомизированными исследованиями [1,13,15]. Как видно из таблицы 3 основным методом лечения СГБ являлось введение IgG, который применялся у 42,8 % больных, как монотерапия, так и в сочетании с применением ПФ. Высокая частота применения данного метода связана с отсутствием возможности проведения плазмофарезапосле 2009 года, изза отсутствия аппарата в данном стационаре. Для эффективного лечения препаратами IgG необходимо чтобы концентрация IgG превышала 90% [1]. Данное условие не всегда можно выполнить в короткий период времени, в связи с высокой стоимостью препаратов данной группы и их ограниченности. Это становиться особенно актуальным у больных с тяжёлой и крайне тяжёлой стадиями заболевания, когда существует реальная угроза развития дыхательной недостаточности или больной уже находится на искусственной вентиляции лёгких. Сочетание ПФ и IgG у одного из больных было связано с рефрактерным течением ОВДП.

Таким образом, подводя итоги можно отметить, что патогенетическая терапия с использованием ПФ, является эффективным методом лечения больных СГБ, позволяющая купировать прогрессирование периферических парезов и предупредить развитие жизнеугрожающих осложнений. Полученные нами положительные результаты, сопоставимы с литературными данными [5,7,13,15]. Достигнутые результаты лечения больных СГБ на наш взгляд связаны с тем, что проходит очень много времени до момента госпитализации, тем самым больные попадают в стационар уже в очень тяжелых состояниях и возникает необходимость нахождения их в условиях реанимационного отделения. Для полноценного лечения необходимо максимально сократить сроки начала патогенетической терапии, в первую очередь ПФ, от момента поступления больного в стационар и постановки диагноза до начала лечения, тем самым уменьшить прогрессирование неврологической симптоматики, риска присоединение гнойно-септических осложнений, прогрессирования дыхательной недостаточности и сроков проведения ИВЛ. В совокупности это позволит уменьшить сроки госпитализации.

Литература:

1. Пирадов М.А., Супонева Н.А. Синдром Гийена-Барре: диагностика и лечение. М.: МЕДпресс-информ. 2011. 208 с.
2. Mc Grogan A., MadleG.C., Seaman H.E., et al. The epidemiology of Guillain-Barré syndrome worldwide. A systematic literature review. Neiroepidemiology. 2009; 32 (2). С.150 – 163.
3. Burns T.M. Guillain-Barré syndrome. Semin. Neurol. 2008. №28 (2). С. 152 – 167.
4. Супонева Н.А., Мочалова Е.Г., Гришина Д.А. и др. Особенности течения СГБ в России: анализ 186 случаев. Нервно-мышечные болезни. 2014.С.37 – 46.
5. Супонева Н.А., Пирадов М.А., Гришина Д.А. и др. Эффективность патогенетической терапии при синдроме Гийена-Барре. Эффективная фармакотерапия. 2014. №58.С.12 – 23.
6. Hughes R.A., Cornblath D.R. Guillain-Barré syndrome. Lancet. 2005. №366.С. 1653 – 1666.
7. Levin K.H. Variants and mimics of GuillainBarré syndrome. Neurologist. 2004 №10. С. 61 – 74.
8. Willison H.J. Ganeglioside complexes as targets for antibodies in Miller Fisher syndrome. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2006. №77 (9). С. 1002 – 1003.
9. Супонева Н.А. Клиническая и диагностическая роль аутоантител к гликозидам периферических нервов: обзор литературы и собственные данные. Нервно-мышечные болезни. 2013. №1.С. 26 – 35.
10. Susuki K., Rasband M.N., Tohyama K. et al. Anti-GM1 antibodies cause cjmplement-mediated disruption of sodium channel clusters in peripheral motor nerve fibers. J. Neurosci. 2007. №27 (15).P. 3956 – 3967.
11. Yuki N. Guillain-Barré syndrome and anti-ganglioside antibodies a clinician-scientist's jorney. Proc. Jpn. Acad. Ser. B Phys. Biol. Sci. 2012. №88 (7)P. 299 – 326.
12. Balogun R.A., Kaplan A., Ward D.M. et al. Clinical application of therapeutic apheresis. J. Clin. Apheresis. 2010. №25. P. 250 – 264.
13. Szczepiorkowski Z.M., Winters J.L., Bandarenko N. et. al. Guidelines on the Use of Therapeutics Apheresis in Clinical Practice-Evidence-Based Approach from the Apheresis Applications Committee of the American Society for Apheresis. J. Clin. Apheresis. 2010.№25. P. 83 – 177.
14. Donofrio P.D. Immunotherapy of idiopathic inflammatory neuropathies.Muscle Nerve. 2003. №28 (3). P.273 – 292.
15. Dada M.A., Kaplan A.A. Plasmapheresis treatment in Guillain-Barré syndrome: potential benefit over IVIg in patients with axonal involvement. Ther. Apher. Dial. 2004.№8.P. 409 – 412.

УДК 616.12-008:616.831-005]-084 (575.2-25)

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ г. БИШКЕК

Луценко И.Л., Исмаилова А., Титаренко Д., Жумакеева С., Эрнисова М., Омурбеков С., Нажмудинова Д, Асылбек к. Н.

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

Резюме. В статье рассматривается опыт проведения образовательных и просветительских программ научным студенческим обществом кафедры неврологии с курсом медицинской генетики Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева. Согласно многочисленным отзывам, обучение населения повысило уровень информированности о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: образовательная программа, профилактика, неврологические заболевания, табакокурение, день борьбы с инсультом, деменция.

БИШКЕК ШААРЫНЫН КАЛКЫНА ЖҮРӨК ЖАНА МЭЭ КАН ТАМЫРЛАРДЫН ОРУУЛАР БОЮНЧА БИЛИМ БЕРҮҮ ПРОГРАММАЛАРЫНЫН ӨТКӨРҮҮ ТАЖРЫЙБАСЫ

Луценко И.Л., Исмаилова А., Титаренко Д., Жумакеева С., Эрнисова М., Омурбеков С., Нажмудинова Д, Асылбек к. Н.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Бул статьяда И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясынын неврология жана генетика кафедрасынын студенттердин коомго болгон билим берүү жана тушундурмо иштери каралган. Элдин айтуусу боюнча журок кан тамыр ооруларынын алдын алуудагы маалыматы жана даражасы жогорулады.

Негизги создор: Билим берүү программасы, профилактика, неврологиялык оорулар, тамеки чегуу, инсультка каршы кун, деменция.

THE EXPERIENCE IN HOLDING OF THE EDUCATIONAL PROGRAMS ON PREVENTION OF CARDIOVASCULAR AND CEREBROVASCULAR DISEASES AMONG THE POPULATION OF BISHKEK

Lutsenko IL, Ismailova A., Titarenko D., Zhumakeeva S., Ernisova M., Omurbekov S., Nazhmudinova D, Asylbek k. N.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. In given article we describe our experience in educational and informative programs during the events, made by Scientific Neurological Society of Neurology Department of Kyrgyz State Medical Academy after I.K.Akhunbaev. According to many impressions, population education increased the general level of awareness about cardiovascular diseases prevention.

Key words: educational program, prevention, neurological diseases, tobacco use, World Stroke Day, dementia.

Введение. Каждую вторую секунду у кого-то в мире случается инсульт, а каждую шестую секунду по одному человеку умирает от инсульта [1]. Каждый год количество людей умерших по причине инсульта превышает смертность от таких заболевания как - СПИД, туберкулез и малярия, вместе взятых. Основной проблемой у лиц перенесших инсульт является - стойкая утрата трудоспособности, вне зависимости от возраста, пола, этнической и территориальной принадлежности, и сегодня 80% от всех случаев инсульта происходит в развивающихся странах [11]. Показатель DALY - это суммарная оценка, используемая для отражения бремени конкретного заболевания в популяции. Одна единица DALY отражает потерю 1 года здоровой жизни. Согласно атласу Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) за 2012 год, показатель бремени инсульта DALY в Кыргызстане составил 20 потерянных трудоспособных лет на 1000 населения [6]. Значительного снижения денежных затрат на лечение и количества новых случаев инсульта возможно добиться путем профилактических мероприятий [10]. Профилактические мероприятия по предотвращению инсульта оказывают положительный эффект, потому что пагубного воздействия факторов риска на организм возможно избежать. Модифицируемые факторы риска для инсульта включают в себя неконтролируемое артериальное давление, высокий уровень холестерина крови, курение, алкоголь, неправильное питание, заболевания сердца, мерцательная аритмия, диабет, нарушения сна, стеноз сонной артерии и недостаточная физическая нагрузка [12]. У большинства кыргызстанцев присутствует хотя бы один из основных модифицируемых факторов риска, для заболеваний сердца, инсульта и сосудистой патологии [1-3]. Образовательные программы по профилактики неврологических и сердечно-сосудистых заболеваний для населения проводятся с целью информирования о самих заболеваниях и обучения людей профилактики заболеваний. В Кыргызстане на данный момент реализуется несколько программ, направленных на продвижение идей здорового образа жизни, но ни одна из них не направлена на осведомление населения о факторах риска развития инсульта, деменции, а также нет программ по здоровью мозга.

В связи с этим, научное студенческое общество (НСО) поставило перед собой **Цель:** повысить осведомленность населения о наиболее распространенных ССЗ, факторах их развития и возможностях их предотвращения; сформировать потребность в ведении здорового образа жизни (ЗОЖ). Нашими задачами являлись: 1) провести образовательные кампании путем выступления в школах, торговых центрах, больницах по принципам здорового образа жизни и контролю модифицируемых факторов риска ССЗ, 2) осведомить население о правильном питании через акцию "Средиземноморскую диету - в Кыргызстан", 3) провести борьбу с табачными изделиями и их вредным воздействием на здоровье людей Кыргызстана, 4) мотивировать население на ежедневную физическую активность путем собственного примера и обучить эффективным упражнениям, 5) разработать образовательные материалы (постеры, листовки, видеоролики по профилактике ССЗ и внедрить их в масс-медиа в Кыргызстане на русском и кыргызском языках и за его пределами на английском языке.

Материалы и методы исследования. Во время проведения «Дня борьбы с табакокурением», наша пилотная обучающая программа была проведена с помощью волонтеров, диагностических инструментов и раздаточного материала. Мы организовали "Станцию выявления риска" на пересечении улиц Ахунбаева-Советская, где опытные врачи и ординаторы оценивали риск развития инсульта у всех желающих. В мероприятиях мы использовали презентации, публичные выступления, мастер-классы, подготовили мотивационных и обучающие видео в YouTube. Организовали массовые Zumba флешмобы, марши ЗОЖ, спортивные забеги на стадионах. Впервые была создана электронная форма самоопросника по средиземноморской диете, ЗОЖ, факторам риска инсульта на двух языках. Проведено тестирование всех желающих на наличие факторов риска (электронный рискометр инсульта).

Результаты: Командой научного студенческого общества неврологии был проведен ряд мероприятий по предотвращению ССЗ и ЦВЗ: 31 мая 2016 года - "Всемирный день против табакокурения"; 21 сентября 2016 года - Всемирный день борьбы с деменцией (World Dementia Day), 28-29 октября 2016 года "Всемирный день борьбы с инсультом (World Stroke Day)", 10-17 ноября 2016 года "Средиземноморскую диету - в Кыргызстан", с 28 января по 3 февраля "Красный день борьбы с ССЗ и ЦВЗ Go Red Day", 21 февраля 2017 года"День защиты мозга - World Brain Day" и 7 апреля 2017 года "Всемирный день здоровья" (World health day). **31 мая 2016 года - "Всемирный день против табакокурения".** Мероприятие было организовано командой НСО Неврологии с курсом медицинской генетики КГМА, а также кафедрой госпитальной терапии. На пересечении двух улиц около КГМА студенты осуществляли ознакомительные беседы со всеми прохожими о вреде и последствиях табакокурения. Беседы проводились на кыргызском, русском и на английском языках и сопровождались презентациями постеров, созданных руками самих студентов. Кроме этого, также подробно была проведена беседа о том, «что такое инсульт, как его распознать и какие меры помощи может привести любой гражданин». Помимо информативной части, любой желающий мог выявить у себя факторы риска инсульта. Для этого на месте была сформирована «Станция Выявления Риска», по данным которой выявлено большое количество лиц, предрасположенных к высоким цифрам артериального давления, что не может не вызывать беспокойство. Акция была завершена маршем здоровья вокруг главного корпуса КГМА и Zumba-флешмобом с участием иностранных студентов и участников НСО Неврологии. **21 сентября 2016 года - Всемирный день борьбы с деменцией (World Dementia Day).** Понятие "деменции"относится не в котдельному заболеванию, а к комплексу синдромов, характеризующихся нарушениями поведения, когнитивного статуса и эмоциональной сферы [14]. Люди с деменцией обычно страдают от нарушений в профессиональной и социальной сферах, а также от поведенческих нарушений. Многие виды деменции предотвратимы и обратимы (дефицит витамина В, дисфункция щитовидной железы, нелеченаая артериальная гипертензия, нормотезнивная гидроцефалия). В нашем исследовании по когнитивным нарушениям после инсульта у 35% больных согласно когнитивным тестам мы выявили лобную деменцию. В День Борьбы с деменцией мы провели мини-лекции для пациентов ангионеврологических отделений по профилактике деменции и когнитивных расстройств, обучили методам "тренировки" функций когнитивного статуса родставенников и самих пациентов. Такие же мероприятия мы повторили **21 февраля 2017 года "День защиты мозга - World Brain Day". 28-29 октября 2016 года "Всемирный день борьбы с инсультом (World Stroke Day)".** Впервые Кыргызстан присоединился к инициативе World Stroke Campaign (Всемирной Кампании по борьбе с инсультом) и силами НСО неврологии провели 2 дня мероприятий : 28 и 29 октября. Благодаря информационной программе, нам удалось обучить не только взрослое население города Бишкек, но и школьников (УВК № 63 и школа-гимназия № 67). Аудитория состояла из учеников 9-11 классов и преподавателей и охватила около 500 человек. Мы рассказали об инсульте, о причинах его возникновения, первичной и вторичной профилактике инсульта в домашних условиях или на улице, в

местах скопления людей, а также об оказании первой помощи пострадавшему по принципу УДАР (FAST). Вся информация была преподнесена на понятном для школьников языке с яркими картинами и постерами. Студенты НСО инициировали сценку, в которой воссоздали ситуацию на улице, где у обычного мужчины из-за стресса после потери работы, случился инсульт. Ему вовремя помогли прохожие, которые вспомнили алгоритм "УДАР", опознали инсульт и быстро действовали дальше, то есть вызвали специализированную бригаду скорой медицинской помощи. Этот пример помог школьникам понять и визуально запомнить, как действовать в такой ситуации, так как дети лучше воспринимают информацию именно при интерактивных демонстрациях. **29 октября** мы инициировали акцию "Инсульт можно лечить - Stroke is treatable" в торговом центре Бишкек-Парк. Данный слоган являлся основным в событии Всемирного Дня Против Инсульта (World Stroke Day), инициированного ежегодно Кампанией по Борьбе с Инсультом (World Stroke Campaign). В нашей программе были выступления заведующего ангионеврологическим отделением Городской Клинической Больницы №1, ординаторов данного отделения и студентов НСО Неврологии. Программа включила мини-лекции об инсульте и его профилактике, Zumba-флешмоб с участием зрителей, танцевальные выступления студентов КГМА. В конце мероприятия были сформированы 4 станции: 1) Станция выявления риска, 2) Станция правильного питания, 3) Станция здорового образа жизни, 4) Станция бесплатного консультирования. По материалам выступлений был создан видеофильм на английском языке, который был загружен в сеть YouTube, а также вместе с отчетом о проведенной акции был отправлен в Европейское Сообщество по Инсульту (ESO), где членами ESO была дана высокая оценка нашему мероприятию. **10-17 ноября 2016 года "Средиземноморскую диету - в Кыргызстан".** Средиземноморская диета (СД) характеризуется употреблением большого количества овощей, оливок, фруктов, орехов, цельнозерновых злаков, жидкости; в среднем количестве- морепродуктов постного мяса, натурального красного вина; в малом количестве-легко усвояемых углеводов, красного мяса, сладостей [16]. Основным источником жирных кислот является натуральное оливковое масло [17]. Оливковое масло отличается от других масел тем, что содержит в себе олеиновую кислоту, которая обладает протекторными свойствами, так как предотвращает откладыванию холестерина [18]. Употребление грубой клетчатки в достаточном количестве снижает риск развития ожирения, которое в свою очередь является фактором риска не только инсульта, но и сахарного диабета второго типа и острого инфаркта миокарда [20]. В составе красного вина имеется много фенолов, которые обладают противовоспалительным, антиатерогенными эффектами и держат сосуды в тонусе [19].Употребление продуктов средиземноморской диеты вместе с физической активностью снижает риск развития ишемического инсульта [16,22]. Это было доказано в исследовании PREDIMED, которое было опубликовано в 2013 году [22, 23]. СД с оливковым маслом или с орехами может снизить комбинированный риск инсульта, инфаркта и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, а также является причиной сокращения окисленных липопротеидов низкой плотности. [20-23]. В неделю 10-17 ноября 2016 года НСО неврологии провело мастер-классы по обучению СД пациентов ангионеврологических, кардиологических отделений и их родственников. Студенты приготовили "греческий" салат на глазах у пациентов и мотивировали их включить последний в свой рацион 1-2 раза в неделю. Мы объяснили о пользе красного вина в малых дозах, но вреде нерационального употребления алкоголя. По материалам нашей акции был создан видеоролик с призывом включить здорове питание в жизнь каждого Кыргызстанца. **28 января по 3 февраля "Красный день борьбы с ССЗ и ЦВЗ Go Red Day"** первая пятница февраля каждый год считается днем Go Red Day в США. Данная инициатива предпринята двумя организациями: Американской Ассоциацией Сердца (American Heart Association) и Американской Ассоциацией по борьбе с инсультом (American Stroke Association) с 2004 года. В 2003 году Национальный Институт Сердца, Легких и Крови (The National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI), Американская Ассоциация Сердца (АНА) и другие организации создали мероприятие, направленное на распространение знаний о ССЗ и их профилактику. По результатам интервью, только 55% женщин осознавали, что ССЗ являются первой причиной смерти именно у женщин, и меньше половины знали, что цифры артериального давления и уровень холестерина в крови ассоциируется с образом жизни (здоровый /нездоровый) и напрямую связаны с риском ССЗ. За неделю с 28.01.17 по 3.02.17 года НСО кафедры неврологии с курсом медицинский генетики КГМА провело ряд мероприятий, посвященных Go Red Day. Стратегия Американской Ассоциации Сердца "Life is Simple "(7 простых правил здоровой жизни) включает следующие направления: 1) контроль артериального давления, 2) контроль уровня холестерина крови и липопротеидов, 3) коррекция уровня сахара крови, 4) оставаться активным, 5) правильное питание, 6) потеря лишнего веса, 7) отказ от курения. В каждое из наших мероприятий мы постарались включить основные направления «Life is Simple» 7. Важными

цифрами, которые необходимо запомнить являются сокращение употребления соли до 1.500 мг в день и 150 минут средней интенсивности аэробной физической нагрузки, 75 минут интенсивной физической нагрузки или их комбинация. Достичь этого можно, выполняя 30-минутный комплекс упражнений 5 раз в неделю. 28.01.17. Студенты НСО неврологии посетили отделение ангионеврологии, где провели выступления "Факторы риска инсульта и коронарной болезни сердца", "Здоровая диета для профилактики кардиоваскулярных заболеваний", выявляли факторы риска индивидуально для каждого пациента. 29.01.17 мы сделали забег под девизом " Go Red Day : Здоровый Образ Жизни в твоих руках". НСО Неврологии на стадионе КГАФК ссовершили забег, тренировку Zumba на свежем воздухе и правильный перекус здоровой пищей. В данном мероприятии участвовали 50 студентов лечебного факультета и студенты факультета иностранных граждан из Индии. 30.01.17 и 31.01.17. были сняты обучающие видео на русском и английском языках по профилактике ССЗ. Каждое из видео мы посвятили отдельным факторам риска: фибрилляции предсердий, мерцательной аритмии, гипертонической болезни, ожирению, сахарному диабету. Видео добавлены в открытый доступ в сети Youtube на обучающий медицинский канал НСО Неврологии, в обучающую группу в сети Facebook (KSMA Neurology Department with Medical Genetics Course), в Twiter. Цель видео - помочь в обучении студентов медицинских ВУЗов с помощью наглядных видеоматериалов, а также распространить знания о профилактике в сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызстане и за его пределами. **7 апреля 2017 года** "**Всемирный день здоровья" (World Health Bay).** Всемирный День Здоровья, проводится ежегодно 7 апреля, под эгидой ВОЗ, целью данного мероприятия является мобилизовать все силы людей планеты на одной, конкретной проблеме. Темой Всемирного Дня Здоровья в 2017 году стала депрессия. Депрессия, является частым спутником больных перенесших инсульт, и приводит к таким нежелательным последствиям как усиление инвалидности, когнитивных нарушения и даже смерти больных. Своеобразный тандем (депрессии и цереброваскулярных заболеваний) часто обнаруживается у лиц пожилого возраста, и этому есть объяснения: 1) депрессия может привести к цереброваскулярным заболеваниям, инсульту и транзиторным ишемическим атакам; и 2) субкортикальные цереброваскулярные заболевания увеличивают риск развития депрессии у данных больных. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году, в общей структуре заболеваемости депрессия лишь упрочит свои позиции [14]. В последнее время, появляются всё новые данные об немедикаментозном лечении депрессии, одним из таких методов является дозированная физическая активность, которая позволяет снизить нежелательных побочные эффекты от антидепрессантов. 7 апреля 2017 г. будет проведен Всемирный День Здоровья в Кыргызстане, который включит массовый забег всех желающих на площади Ала-Тоо, а также беседы со всеми желающими о важности раннего выявления и лечения депрессии. С сентября 2016 г по февраль 2017 г. были протестированы 152 студента КГМА на наличие депрессии и тревоги, с помощью шкал Цунга и Спилбергера-Ханина, по которым выявлен высокий уровень депрессии у студентов 4 курсов, средний уровень реактивной и высокий уровень личностной тревоги. Со студентами проведены беседы о возможных путях немедикаментозной коррекции депрессии путем включения регулярных физических упражнений в образ жизни. 83 пациента с инсультом, находящихся на лечении в ГКБ1 были обследованы на наличие депрессии и тревоги. Мы выявили выраженные нарушения эмоциональном (показатели личностной и ситуативной тревоги) статусах при кардиоэмболическом инсульте. Нелеченная тревога усугубляла когнитивный дефицит и должна быть вовремя выявлена нейропсихологом для сокращения инвалидизации.

Обсуждение. Во время проведения данных профилактических информационных мероприятий мы наблюдали большой интерес со стороны населения г. Бишкек, особенно молодежи, которая хочет учиться новому и более энергична, чем пожилое население. Люди включались в беседы, с удовольствием проходили тесты по "рискометру", рассказывали о своем образе жизни. Электронная форма тестирования населения (Google Forms) по "Здоровому образу жизни и факторам питания" проявила высокую эффективность и доступность: мы получили ответы сразу же после заполнения формы в виде файла Excel и могли их использовать в общих статистических подсчетах. При заполнении формы пациент вносил лишь свои инициалы, поэтому данный вид самоопросника был анонимным, что повысило процент искренних ответов и достоверность исследования. Все опрашиваемые произвели замеры талии, бедер, что помогло нам высчитать уникальный индекс WHR (waist hip ratio, индекс талия/бедра), который впервые был высчитан в исследования по питанию и ЗОЖ в Кыргызстане. В Кыргызстане недостаточно публикаций, где имеются данные по ИМТ пациентов с седечно-сосудистой патологией, метаболическим синдромом и инсультом. Наше исследование по средиземноморской диете позволило высчитать ИМТ и WHR у пациентов с перенесенным инсультом и сравнить с данными показателями у здоровых людей. Согласно нашим данным, из всей охваченной популяции, 78,1% людей

не курят, 56,8% физически активны, но нормальный ИМТ наблюдается лишь у 45% населения. 87% населения никогда не слышали о средиземноморской диете, 68% никогда не прибегали к регулярным физическим нагрузкам и не оценивали данный фактор как защитный от ССЗ. У пациентов с инсультом, низкие показатели базисных знаний отмечались у лиц старшего возраста и при стаже заболевания менее одного года. Итак, информационное воздействие охватило более 1500 человек в Кыргызстане и за его пределами: мероприятия в 63 и 67 школах г. Бишкек, в ТРЦ "Бишкек-Парк, в кардиологических и ангионеврологических отделениях г. Бишкек, в Американском Университете в Центральной Азии. распространение результатов выступлений в масс-медиа (Zanoza, Facebook, Twitter, Акипресс).

Заключение. Согласно многочисленным отзывам, обучение населения повысило уровень информированности о профилактике ССЗ. Кыргызстан впервые участвовал в международном Дне Борьбы С Инсультом, включился в мировой флешмоб, событие было размещено на международном сайте http://www.worldstrokecampaign.org/get-involved/world-stroke-day-events/235-stroke-is-preventable-1.html. Наша деятельность высоко оценена такими международными организациями, как World Stroke Campaign, European Stroke Organisation, American Heart Association, с включением деятельности НСО неврологии КГМА в информационные отчеты данных ассоциаций. Наиболее эффективная профилактика сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний (ССЗ и ЦВЗ) осуществляется путем коррекции поведенческих факторов риска (курение, избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни). На основании информации, полученной путем проведения эпидемиологических национальных исследований, можно формировать группы повышенного риска при построении стратегии первичной и вторичной профилактики ССЗ и ЦВЗ, что позволит сделать профилактику экономически более целесообразной. Данные обучающие мероприятия мы оцениваем как приоритет в научной деятельности кафедр медицинского ВУЗа: это побуждает студентов мотивировать их сокурсников, родителей, родственников и знакомых вести здоровый образ жизни, следить за своим сердцем и показателями сердечно-сосудистого здоровья. Мы верим, что подобные мероприятия оказывают благоприятное влияние на статус флагмана медицинского образования - нашей КГМА, в социальном и мировом пространстве.

Литература:

1. Сводка CDC in Kyrgyzstan. https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/kyrgyzstan/pdf/kyrgyzstan.pdf

2. Kyrgyzstan in numbers. National Statistical Committee of Republic of Kyrgyzstan. Statistical reports of 2000-2011. Bishkek.

3. National report on human development. Kyrgyzstan. UNDP. Bishkek. 1997-2011.

4. The world health report, 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life.

5. Strbian D1, Michel P, Ringleb P, Numminen H, Breuer L, Bodenant M, Seiffge DJ, Jung S, Obach V, Weder B, Tiainen M, Eskandari A, Gumbinger C, Gensicke H, Chamorro A, Mattle HP, Engelter ST, Leys D, Köhrmann M, Parkkila AK, Hacke W, Tatlisumak T. Relationship between onset-to-door time and door-to-thrombolysis time: a pooled analysis of 10 dedicated stroke centers. Stroke. 2013 Oct;44(10):2808-13. doi: 10.1161/STROKEAHA.113.000995. Epub 2013 Jul 25.

6. Атлас статистики цереброваскулярных заболеваний ВОЗ за 2012 год.

7. National Heart Lung and Blood Institute. Prevent and control America's high blood pressure: Mission possible. Bethesda: National Heart Lung and Blood Institute, 2005. Available at http://hp2010.nhlbihin.net/mission/ (accessed 7 August 2009).

8. Campbell N, Petrella R, Kaczorowski J. Public education on hypertension: a new initiative to improve the prevention, treatment and control of hypertension in Canada. Can J Cardiol 2006; 22:601–2.

9. Blood Pressure Association. Know your numbers! Campaign. United Kingdom. London: Blood Pressure Association, 2006. Available at http://www.bpassoc.org.uk/microsites/kyn/Home/AboutKYN (accessed 7 August 2009).

10. Cadilhac DA, Carter RC, Thrift AG, Dewey HM. Why invest in a national public health program for stroke? An example using Australian data to estimate the potential benefits and cost implications. Health Policy 2007; 83:287–94.

11. Kilkenny M., Roslyn R. Johnson, Dominique A..Cadilhac on behalf of the National Stroke Foundation. Feasibility of a pilot programme to increase awareness of blood pressure as an important risk factor for stroke in Australia. Journal compilation & 2010 World Stroke Organization International Journal of Stroke Vol 5, October 2010, 344–350.

12. KesslerR.C. The cost of depression Psychiatr Clin North Am, 35 (2012), pp. 1–14

13. Lopez A.D.,Mathers C.D. , Ezzati M., Jamison D. , Maurray C.J.L. Measuring the global burden of disease and risk factors, 1990–2001. In Global burden of diseases and risk factors. Oxford University Press, New York (2006)

14. Chapman D., et al. Dementia and its implications for public health. Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice and policy.

15. WHO. Depression. www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/, 2010.

16. Estruch,R., Ros E., et al.Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. N Engl J Med 2013; 368:1279-1290April 4, 2013DOI: 10.1056/NEJMoa120030.

17. Serra-Majem L., Roman B., Estruch,R. Scientific Evidence of Interventions Using the Mediterranean Diet: A Systematic Review. Nutrition Reviews, Vol. 64, No. 2

18. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis *BMJ* 2008; 337 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.a1344 (Published 11 September 2008). Cite this as: BMJ 2008;337:a1344.

19. Шамшева Д.С., БогдановА.Р.. Кардиопротективные эффекты средиземноморской диеты//ФГБУ «Научный институт питания» РАМН; Каширское шоссе, 21, Москва, 115446, Российская Федерация 2014.

20. Kurth T. Gaziano M. et al. Body mass index and the risk of stroke in men.

21. J. Krogh, M. Nordentoft, J. Sterne, D. Lawlor . The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Clin Psychol, 72 (2011), pp. 529–538.

22. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Ramón Estruch, at al. for the PREDIMED Study Investigators*. N Engl J Med 2013; 368:1279-1290April 4, 2013DOI: 10.1056/NEJMoa1200303

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

Кожанов А.С., Усубалиев М.Б., Ибраимова А.Д., Шабданбекова А.Ш.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье представлены результаты комплексного лечения 62 пациентов распространенным вульгарным псориазом, которые были распределены по методу лечения на 2 группы: контрольная (n=30) и основная (n=32). Наряду с традиционной терапией, больные основной группы получали Тимоцин, L-карнитин и Афобазол, что привело к нормализации Т-клеточного звена иммунной системы и иммуноглобулинов класса А и G, снижению уровня тревоги и нормализации показателей депрессии. Индекс PASI снизился от исходного показателя равной 34,1±2,4 до 6,7±0,7, что говорит о хорошем клиническом эффекте данной терапии.

Ключевые слова: вульгарный псориаз, Тимоцин, L-карнитин, лечение.

КЕНИРИ ТАРАЛГАН ЖӨНӨКӨЙ КАБЫРЧЫКТУУ ЧАКАЛАЙ ООРУСУН КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛОО

Кожанов А.С., Усубалиев М.Б., Ибраимова А.Д., Шабданбекова А.Ш.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада кеңири таралганка бырчыктуу чакалай илдети дартына чалдыккан оорулуулардын комплекстүү дарылоосу берилген. Ооркчандар контролдук (n=30) жана негизги (n=32) эки топко бөлүнгөн. Негизги топтогу бейтаптарды Тимоцин, L-карнитин и Афобазол менен дарылоо Т-клеткалык звенодогу иммундук системасынын жана А, G иммуноглобулиндеринин нормага келишине, тынчсызданууну жана депрессиянын азаюусуна алыпкелген. PASI индексинин 34,1±2,4 төн 6,7±0,7 ге чейин түшүшү булл дарылоо ыкмасынын жакшы клиникалык эффективдүүлүгүн көрсөтөт.

Негизги сөздөр: жөнөкөй кабырчыктуу чакалай, Тимоцин, L-карнитин, дарылоо.

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTENSIVE PSORIASIS VULGAR

Kozhanov A.S., Usubaliev M.B., Ibraimova A.D., ShabdanbekovaA.Sh.
I.K. AkhunbaevKyrgyz State Medical Academy,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: the article presents the results of treatment of 62 patients common psoriasis vulgaris, which were distributed by the method of treatment in 2 groups: control (n = 30) and primary (n = 32). Along with conventional therapy, the patients received basic group Timotsin, L-carnitine and Afobazol that resulted in normalization of T-cell immune system and immunoglobulin A and G, and reduce levels of anxiety normalization of depression. PASI scores decreased from baseline equal to 34,1±2,4 to 6,7±0,7, which indicates a good clinical effect of this therapy.

Keywords: psoriasis vulgaris, Timotsin, L-carnitine, treatment.

Введение.

Псориаз является одной из актуальных проблем современной медицины, что обусловлено широкой распространенностью, неуклонным ростом заболеваемости, системным характером клинических проявлений, увеличением числа тяжелых форм заболевания и несовершенством методов существующей терапии [1,2,6].

Несмотря на наличие множественных методов наружной и системной терапии псориаза из-за неясности этиологии и патогенеза, лечение заболевания остается трудной и не до конца решенной задачей современной дерматологии [3,4,5]. Существуют топическая, системная, физиотерапевтические методы и комбинированное лечение псориаза, которые направлены на подавление повышенной пролиферации и нарушения дифференцировки эпидермальных клеток, снятие воспаления и симптомов заболевания.

Учитывая дороговизну биологических системных препаратов, для лечения псориаза актуальным является поиск доступных средств.

Цель исследования: на основе психоэмоциональных, иммунологических и биохимических исследований больныхвульгарным псориазом оптимизировать терапию заболевания.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились62 пациента страдающих вульгарным псориазом в прогрессирующей стадии в возрасте от 20 до 64 лет, со средним возрастом 46,8±3,7 лет. Мужчин было 37, женщин – 25. Продолжительность заболевания у 24 больных не превышала 5 лет, у остальных 34 больных составила 5-10 лет и у 4 была больше 10 лет. У всех пациентов кожный патологический процесс был распространенным, локализовался на коже волосистой части головы, разгибательных и сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, а также на коже туловища.

Для оценки тяжести псориаза и эффективности проводимой терапии использовали индекс PASI (Psoriasis Areaand Severity Index).

Психоэмоциональный статус исследовандо начала и в процессе лечения (на второй и четвертой неделе). Использованы клинические шкалы депрессии и тревоги Гамильтона.

Биохимические исследования крови с определением печеночных тестов: трансаминаз (АЛТ, АСТ), щелочной фосфатазы, билирубина, тимоловой пробы; сахара крови натощак; липидного обмена (концентрации холестерина, ЛПВП, ЛПНП) проводились по общепринятой методике.

Комплекс иммунологических методов включал исследование Т и В-лимфоцитов (Т-хелперов, Т-супрессоров, киллеров/супрессоров и NK-лимфоцитов человека) методом иммуннофлуоресценции, количество IgA, M, G в сыворотках крови человека методом радиальной диффузии в геле по Манчини.

Результаты и их обсуждение. Пациенты распределены на две группы: основная (n=32) и контрольная (n=30).

Уровень тревоги при поступлении по шкале тревоги Гамильтона в основной группе составил 25,8±1,8 балла, в контрольной – 26,5±1,46, что соответствовал симптоматической тревоге. Уровень депрессии также был высоким, и составили в основной – 18,8±1,44, контрольной – 19,2±1,2 балла, соответствуя депрессивному расстройству тяжелой степени по клинической шкале депрессии Гамильтона.

При исследовании Т-клеточного иммунитета наблюдались существенные изменения. По сравнению со здоровыми лицами у больных вульгарным псориазом отмечалась относительная лимфопения: уменьшение общего количества CD3+ клеток как в основной ($p<0,02$), так и в контрольной

группах (p<0,05). Количество CD8+ клеток также снижались в обеих группах по сравнению с показателями здоровых людей (p<0,001). Однако, наблюдалось повышение активности CD4+ клеток в основной (38,0±1,06%) и контрольной группе пациентов (37,55±1,2%) по сравнению с нормой (31,3±2,8%) (p<0,001).

Вследствие дисбаланса между CD4+ и CD8+ клетками показатели ИРИ (CD4+/CD8+) были повышены в обеих группах (p<0,001), в то время отмечалось снижение натуральных киллеров – CD16+ клеток (p<0,02).

Оценивая состояние В-системы иммунитета, следует отметить повышенный уровень CD19+ клеток по сравнению со здоровыми лицами (22,2±2,1%): основная группа (28,45±1,0%) (p<0,02), контрольная группа (29,0±1,14%) (p<0,01).

Функциональная активность В-лимфоцитов при вульгарном псориазе характеризовалась и достоверным увеличением уровня в крови иммуноглобулинов А и Gв обеих группах больных (p<0,001), иммуноглобулины класса М оставались в пределах нормы (p>0,01).

Среднее содержание билирубина, ферментов печеночного профиля (АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы), холестерина, ЛПНП и ЛПВП как в основной, так и в контрольной группе достоверно был выше, чем у показателей здоровых людей (p<0,05), однако не выходили за уровни референтных значений.

Тимоловая проба достоверно выше в обеих группах по сравнению со здоровыми лицами (p<0,05), а также был выше нормы (0-4 Ед), составляя в основной 5,95±0,46 Ед, в контрольной - 5,60±0,30 Ед.

Таблица 1 - Состояние иммунного статуса у больных распространенным вульгарным псориазом до и после лечения

Показатели	Показате-ли здоровых людей $M_1±m_1$	Контрольная (n=30)		Основная (n=32)	
		до лечения $M_2±m_2$	после лечения $M_3±m_3$	до лечения $M_4±m_4$	после лечения $M_5±m_5$
CD3+, %	40,4±3,20	32,75±1,08	33,25±1,30	32,68±0,83	42,14±1,50
P	*M_1-M_3<0,05*	*M_1-M_5>0,05*		*M_3-M_5<0,001*	
CD4+, %	31,3±2,80	37,55±1,20	32,85±1,30	38,0±1,06	28,55±0,9
P	*M_1-M_3>0,05M_1-M_5>0,05M_3-M_5<0,01*				
CD8+, %	16,2±1,45	8,15±0,60	9,10±0,53	9,0±0,60	15,54±1,0
P	*M_1-M_3<0,001M_1-M_5>0,05M_3-M_5<0,001*				
CD19+, %	22,2±2,10	29,0±1,14	24,0±1,07	28,45±1,00	22,80±1,11
P	*M_1-M_3>0,05M_1-M_5>0,05M_3-M_5>0,05*				
CD16+, %	16,5±2,0	11,10±0,60	15,9±0,90	11,36±0,83	17,70±0,90
P	*M_1-M_3>0,05M_1-M_5>0,05M_3-M_5>0,02*				
ИРИ (CD4+/ CD8+)	1,63±0,59	4,90±0,16	3,86±0,28	4,60±0,20	1,99±0,14
P	*M_1-M_3<0,001 M_1-M_5>0,05M_3-M_5<0,001*				
Ig A, мг/мл	1,82±0,02	2,90±0,20	1,88±0,10	2,76±0,20	1,84±0,09
P	*M_1-M_3>0,05M_1-M_5>0,05M_3-M_5>0,05*				
IgM, мг/мл	1,34±0,16	1,64±0,12	1,46±0,09	1,70±0,12	1,30±0,07
P	*M_1-M_3>0,05*	*M_1-M_5>0,05*		*M_3-M_5>0,01*	
Ig G, мг/мл	11,4±0,16	16,30±0,77	15,20±0,53	16,95±0,68	10,57±0,80
P	*M_1-M_3<0,001*	*M_1-M_5>0,05M_3-M_5<0,001*			

Пациенты вульгарным распространенным псориазом по методу лечения были разделены на две группы.

Первая группа (контрольная, n=30)получала стандартную терапию, включающая гипоаллергенную диету; хлоропирамина гидрохлорид 2%-1,0 х 2 раза в день, в/м, 10 дней; тиосульфат натрия 30%-10,0, в/в, медленно, струйно 10 дней; «Композитал» (комплекс витаминов группы В) 2,0, в/м, 10 дней; «Аевит» 0,2 по 1 капсуле 2 раза в день 15 дней.Наружно: утром смазывали на очаги поражения 2% салициловую мазь, вечером – крем Унны с синафланом.

Второй группе больных (основной, n=32) наряду со стандартной терапией учитывая показатели иммунного и психоэмоционального статуса, биохимических показателей, мы включили в комплекс лечения иммуномодулятор «Тимоцин» (Изолейцин триптофан+ионы цинка) 2,0, в/м, 10 дней; «Левокарнитин» (L-карнитин) по 0,75 г (1/2 мерной ложки или 2,5 мл) в течение двух недель; анксиолитик «Афобазол» (Фабомотизол) по 10 мг 3 раза в день.

Показатели CD3+ клеток в контрольной группе оставались сниженными ($p<0,05$), тогда так в основной группе больных достоверно не отличались от показателей здоровых людей ($p>0,05$). В свою очередьCD4+ клетки нормализовались в обеих группах больных ($p<0,05$), однако показатели пациентов основной группы были ниже чем у контрольной группы пациентов ($p<0,01$).

В контрольной группе больных уровень CD8+ клеток оставался сниженным, тогда как в основной группе наблюдалось нормализация Т-лимфоцитов супрессоров.

Показатели CD19+ и CD16+ клеток в конце лечения не отличались от показателей здоровых людей ($p<0,05$).

У больных основной группы отметили нормализацию ИРИ ($p<0,05$), а контрольной группе этот показатель оставался повышенным($p>0,001$)

При анализе показателей гуморального звена иммунитета в контрольной группе к концу лечения наблюдалось повышенное содержание иммуноглобулинов классаG. У больных основной группы повышенное содержание иммуноглобулинов А и Gнормализовались и достоверно не отличались от показателей здоровых лиц.

При исследовании биохимических показателей сыворотки крови после лечения отмечено, что все показатели в контрольной группе больных получавших традиционное лечение были в пределах нормальных референтных значений, но оставались повышенными по отношению к здоровым лицам, не страдающих псориазом ($p<0,05$). Тогда как в основной группе пациентов биохимические показатели снизились и достоверно не отличались от показателей нормальных людей ($p>0,05$). Следует отметить, что после терапии в исследуемых группах уровни тимоловой пробы, холестерина, ЛНПН и ЛПВП статистически не были значимы ($p>0,05$).

В ходе исследования была проведена оценка динамики параметров оценочной шкалы Гамильтона до и в процессе лечения (на вторые и четвертые недели от момента начала лечения).

Уже к концу 2-й недели была отмечена редукция симптомов тревоги и депрессии на фоне применения комплексного лечения с применением селективного анксиолитика афобазола. К моменту окончания курса терапии у всех больных основной группы зафиксировано статистически значимое ($p<0,05$) улучшение, выражающееся в уменьшении депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона с 18,8±1,44 до 8,3±1,12 балла и уровня тревоги с 25,8±1,80 до 13,1±1,2 к концу 4-й недели лечения.

В контрольной группе больных при традиционной терапии также отмечался регресс симптомов тревоги и депрессии, однако достоверно меньше по сравнению с основной группой пациентов. К концу лечения уровень депрессии был равен 13,15±1,16 баллам, что соответствует депрессивному расстройству средней степени, а уровень тревоги - 17,54±1,42 баллам, что говорит о сохранении тревоги у пациентов контрольной группы.

До лечения в обеих исследуемых группах больных показатели индекса PASI достоверно не отличались составляя в контрольной группе 32,8±1,6, в основной - 34,1±2,4 ($p>0,05$). В большинстве случаев отчетливый клинический эффект наблюдали на 5-8 день после начала комплексного лечения. К этому моменту, как правило, значительно уменьшалось шелушение, папулы и бляшки заметно бледнели, к 15-18 суткам после начала лечения значительное просветление в центре крупных бляшек дополнялось формированием псевдоатрофического ободка Воронова, а к 22-25 суткам мелкие и средние папулы разрешались вторичной депигментацией.

На 21-сутки от момента начала лечения индекс PASI снизился в обеих группах больных, однако снижение в основной группе пациентов составил 6,7±0,7, тогда как в контрольной - 14,2±1,1 ($p<0,01$).

Вывод. На основании исследования иммунного статуса, биохимических показателей сыворотки крови, а также психоэмоционального статуса по шкале Гамильтонапациентов распространенным вульгарным псориазом можно заключить, что применение в их лечении иммуномодулятора Тимоцина, L-карнитина и Афобазола обеспечивает нормализацию Т-клеточного звена иммунной системы и иммуноглобулинов класса Аи G, показал достоверные изменения биохимических данных, сопоставимых с показателями здоровых лиц и снижение уровня тревоги и нормализации показателей депрессии. Индекс PASI в основной группе на 21-сутки от начала лечения, снизился от исходного уровня равной 34,1±2,4 до 6,7±0,7, что говорит о хорошем клиническом эффекте данной терапии.

Таблица 2 - Индекс PASIбольных распространенным вульгарным псориазом до и на 21-сутки лечения

Показатель	1-группа – контрольная (n=20)		2-группа – основная (n=22)	
	до лечения $M_1 \pm m_1$	после лечения (на 21-е сутки) $M_2 \pm m_2$	до лечения $M_3 \pm m_3$	после лечения (на 21-е сутки) $M_4 \pm m_4$
Индекс PASI	32,8±1,6	14,2±1,1	34,1±2,4	6,7±0,7
P	M_1-M_3>0,05M_1-M_2<0,01M_3-M_4<0,01M_2-M_4<0,01			

Литература:

1. Балтабаев М.К. Псориаз (патогенетические аспекты и терапия). – Б.: Издательство КРСУ, 2005. – 262 с.

2. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации [Текст] / [Л.Ф. Знаменская, Л.Е. Мелехина, Е.В. Богданова и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – №5. – С. 20-29.

3. Ильина С.А. Анализ эффективности лечения псориаза и поиск новых мишеней для фармакотерапии [Текст] : автореф. дис. … канд. мед.наук / С.А. Ильина. – Москва, 2011. – 23 с.

4. Кунгуров Н.В. Псориатическая болезнь [Текст] / Н.В. Кунгуров, Н.Н. Филимонкова, И.А. Тузанкина. - Махачкала: Изд-во Уральского университета, 2002. – 193 с.

5. Lowes M.A. Pathogenesis and therapy of psoriasis [Text] / M.A. Lowes, A.M. Bowcock, J.G. Krueger // Nature. – 2007. – Vol.445, N 7130. – P. 866-873.

6. Nickoloff B.J. Recent insights into the immunopathogene-sis of psoriasis provide new therapeutic opportunities [Text] / B.J. Nickoloff, F.O. Nestle // J. Clin. Invest. – 2004. – Vol.113, N 12. – P. 1664-1675.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ С УЧЕТОМ ИММУННОГО СТАТУСА

Усубалиев М.Б., Койбагарова А.А., Ибраимова А.Д., Нурмаматова Б.Н.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье представлен иммунный статус больных инфильтративно-нагноительной трихофитией до начала и в процессе лечения тимогеном. До лечения наблюдается лейкоцитоз, дисбаланс Т-клеточного иммунитета, повышение Ig M, G в обеих группах пациентов. После лечения процентное соотношение CD4+ - клеток нормализовались в обеих группах. При этом CD3+ не достигали до показателей здоровых лиц, однако в основной группе наблюдалось достоверно высокое содержание их по сравнению с контрольной ($p<0,05$). Сроки исчезновения клинических проявлений инфильтративно-нагноительной трихофитии в основной группе, где применялся тимоген, наступал на 5 дней раньше по сравнению с группой контроля.

Ключевые слова: трихофития, иммунный статус, лечение, Тимоген.

БЕЙТАПТАРДЫН ИММУНДУК СТАТУСУН ЭСКЕ АЛЫП БАШТЫН ИНФИЛЬТРАТИВДИК-ИРИҢДУУ ТРИХОФИТИЯ ИЛДЕТИН ДАРЫЛОО

Усубалиев М.Б., Койбагарова А.А., Ибраимова А.Д. Нурмаматова Б.Н.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: макалада инфильтративдик-ириңдуу трихофития илдетине чалдыккан бейтаптарды тимоген менен дарылоодо иммундук статусу берилген. Дарылоого чейин лейкоцитоз, Т-клеткалык звеносунун балансынын өзгөрүшү, Ig M, G көбөйүшү эки топто тең кездешкен. Дарылоодон кийин CD4+ - клеткалардын нормага келиши эки топ тобайкалган. CD3+ дени сак адамдардыкына жеткен жок, бирок негизги топтогулардыкы контролдук топтогулардыкына караганда көбүрөөк болгон ($p<0,05$). Тимоген дарысын колдонулган негизги топто клиникалык көрүнүштөрү салыштырмалуу 5 күнгө эртерээк болгон.

Негизги сөздөр: трихофития, иммундук статус, дарылоо, тимоген.

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH INFILTRATIVE-SUPPURATIVE TRICHOPHYTOSIS SCALP BASED ON IMMUNE STATUS

Usubaliev M.B., KoybagarovaA.A., Ibraimova A.D., Nurmamatova B.N.
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The article presents the immune status of patients with infiltrative-suppurativetrichophytosis before and during treatment timogen. Before treatment there leukocytosis, imbalance of T cell immunity, increased Ig M, G in both groups of patients. After treatment, the percentage of CD4 + - cells normalized in both groups. Thus CD3 + did not reach to healthy individuals, but in the test group showed significantly higher content of compared to the control ($p < 0.05$). Dates disappearance of clinical manifestations of infiltrative-suppurativetrichophytosis in the main group, where timogen applied, advancing by 5 days earlier than the control group.

Keywords: trichophytia, immune status, treatment, timogen.

Введение.

Трихофития является одной из актуальных проблем современной дерматовенерологии, в связи с широкой распространенностью, разнообразием клинических форм, определенными трудностями в лечении и профилактике [3,4,6,7]. В республиках Центральной Азии, в том числе и в Кыргызской Республике, в последние годы наметилась тенденция к увеличению заболеваемости населения зооантропонозной трихофитией [1,5].

Основными возбудителями зооантропонозной трихофитии являются Trichophytonverrucosum и Trichophytongypseum, частота заболеваемости, которые они вызывают, различна как в различных регионах мира, так и внутри отдельных стран [2].

Дерматофитии, вызванные зоофильными трихофитонами, характеризуются глубоким проникновением возбудителя в кожу и сопровождаются выраженным воспалением, часто носящим деструктивный характер [1].

Несмотря на наличие многочисленных исследований направленных на изучение патогенеза зооантропонозных трихофитий, вопросы иммунитета и иммунопатологии при данном микозе нуждаются в дальнейшем изучении для разработки адекватной терапии.

Цель исследования:изучить эффективность комплексной терапии инфильтративно-нагноительной трихофитии волосистой части головы с применением тимогена.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился 61ребенок, страдающих инфильтративно-нагноительной формой зооантропонозной трихофитии, обусловленной, как бородавчатым, так и гипсовым трихофитоном в возрасте от 4 до 12 лет. Среди них 39 мальчиков и 22 девочек. У всех пациентов отмечались выраженные островоспалительные явления с наличием медовых сот Цельса на волосистой части головы, количество очагов варьировало от двух до пяти, диаметром от 2 до 7 см. Для постановки диагноза всем больным проведена микроскопия и культуральное исследование с посевом патологического материала на среду Сабуро с пенициллином, стрептомицином и циклогексимидом. Комплекс иммунологических методов включал исследование Т и В-лимфоцитов (Т-хелперов, Т-супрессоров, киллеров/супрессоров и NK-лимфоцитов человека) методом иммунофлюоресценции, количество Ig A, M, G в сыворотках крови человека методом радиальной диффузии в геле по Манчини.

Результаты и их обсуждение.

Иммунный статус исследован у всех 61 больных, до начала (табл. 1) и в процессе лечения (на 14-е сутки от момента начала терапии).

У детей с инфильтративно-нагноительной трихофитией волосистой части головы, как в контрольной, так и в основной группе отмечалось формирование нейтрофильного лейкоцитоза ($p<0,01$ и $p<0,001$ соответственно) за счет повышения палочкоядерных нейтрофилов по сравнению со здоровыми лицами ($p<0,001$ и $p<0,01$ соответственно). Следует отметить, что у больных основной группы нейтрофилы были достоверно выше, чем у больных контрольной группы ($p<0,05$).

Со стороны клеточного иммунитета нами выявлены следующие изменения: в обеих группах отмечалось уменьшение общей популяции Т-лимфоцитов ($p<0,001$) и их субпопуляций: CD4+ ($p<0,05$ и $p<0,001$), уменьшилось количество CD8+ клеток, однако результат был не достоверным ($p>0,05$). В основной группе больных процентное соотношение CD4+ было достоверно ниже, чем в контрольной группе пациентов ($p<0,001$). ИРИ (CD4+/ CD8+) был в пределах нормы в обеих группах.

Процентное соотношение CD16+ (NK клеток) не отличалось от показателей здоровых лиц.

Со стороны гуморального иммунитета определялось достоверное повышение его активности ($p<0,05$), за счет увеличения содержания в сыворотке крови иммуноглобулинов М и G, иммуноглобулины класса А в обеих группах не отличались от показателей здоровых детей.

Учитываяпоказатели иммунного статуса, где наблюдался дисбаланс со стороны Т-популяции лимфоцитов с активацией гуморальной системы иммунитета, больным инфильтративно-нагноительной формой трихофитии мы включили в комплекс лечения препарат тимоген (глутамил-триптофан).

Тимоген назначался 31 больным, страдающим инфильтративно-нагноительной трихофитией волосистой части головы (основная группа). Препарат принимали внутрь в один прием в течение 10 дней, дети от 2 до 3 лет – 10-20 мкг (3-5 капель), от 4 до 6 лет – 20-30 мкг (5-7 капель), от 7 до 14 лет 50 мкг/сутки.

Пациентам назначался также системный антимикотик тербинафин (тербизил), аскорбиновая кислота по 0,05×2-3 раза в день в течение 10 дней и проводилась местная терапия. Прием тербинафина проводился по общепринятой схеме в течение 16-28 суток. Для наружной терапии применяли стандартные наружные средства (гипертонические примочки, 10% или 20% ихтиоловая мазь до элиминации гноя и уплощения инфильтрата, затем 2-3 % йод, 5% или 10% серно-дегтярные, серно-салициловые мази).

Таблица 1 - Показатели иммунного статуса больных инфильтративно-нагноительной трихофитией волосистой части головы до лечения

Показатели	Показатели здоровых людей (n=30)	1-группа - контрольная (n=30)	2-группа - основная (n=31)
	$M_1 \pm m_1$	$M_2 \pm m_2$	$M_3 \pm m_3$
Абсолютное число лейкоцитов, 10^9/л,	5,95±0,35	8,12±0,76	10,41±0,60
P	*M_1-M_2<0,01 M_1-M_3<0,001 M_2-M_3<0,05*		
Сегментоядерные нейтрофилы, %	62,0±2,05	61,25±2,22	60,5±2,57
P	*M_1-M_2>0,05 M_1-M_3>0,05 M_2-M_3>0,05*		
Палочкоядерные нейтрофилы, %	3,2±0,38	6,4±0,70	6,25±0,97
P	*M_1-M_2<0,001 M_1-M_3<0,01 M_2-M_3>0,05*		
Моноциты, %	3,04±0,40	3,41±0,62	3,75±0,53
P	*M_1-M_2>0,05 M_1-M_3>0,05 M_2-M_3>0,05*		
Лимфоциты, %	28,7±1,03	26,3±1,86	26,33±1,63
P	*M_1-M_2>0,05 M_1-M_3>0,05 M_2-M_3>0,05*		
CD3+, %	40,4±1,20	33,16±1,06	31,66±0,97
P	*M_1-M_2<0,001 M_1-M_3<0,001 M_2-M_3>0,05*		
CD4+, %	26,4±0,74	23,16±1,33	31,66±0,97
P	*M_1-M_2<0,05 M_1-M_3<0,001 M_2-M_3<0,001*		
CD8+, %	16,2±0,44	14,91±1,06	14,75±1,06
P	*M_1-M_2>0,05 M_1-M_3>0,05 M_2-M_3>0,05*		
CD19+, %	22,2±2,10	24,83±0,97	23,75±0,97
P	*M_1-M_2>0,05 M_1-M_3>0,05 M_2-M_3>0,05*		
CD16+ (NK клетки), %	16,5±2,02	15,83±1,24	17,33±1,33
P	*M_1-M_2>0,05 M_1-M_3>0,05 M_2-M_3>0,05*		
ИРИ (CD4+/ CD8+)	1,63±0,59	1,7±0,10	1,72±0,16
P	*M_1-M_2>0,05 M_1-M_3>0,05 M_2-M_3>0,05*		
Ig A, мг/мл	1,65±0,25	1,89±0,07	1,88±0,10
P	*M_1-M_2>0,05 M_1-M_3>0,05 M_2-M_3>0,05*		
IgM, мг/мл	1,45±0,88	3,42±0,08	3,41±0,09
P	*M_1-M_2<0,05 M_1-M_3<0,05 M_2-M_3>0,05*		
Ig G, мг/мл	11,15±0,70	14,0±0,77	13,13±0,10
P	*M_1-M_2<0,05 M_1-M_3<0,01 M_2-M_3>0,05*		

В качестве сравнения взяты 30 пациентов (контрольная группа) инфильтративно-нагноительной формой трихофитии волосистой части головы, которая получала то же лечение, только без применения тимогена.

Процесс выздоровления контролировался клиническими (разрешение воспалительных признаков в очагах) и микологическими исследованиями (трехкратные отрицательные результаты микроскопии на грибы).

Показатели иммунного статуса больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии волосистой части головы до лечения и на 14-сутки лечения представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Иммунный статус больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии волосистой части головы до начала и на 14-сутки лечения

Показатели	Показате-ли здоровых людей (n=30) $M_1 \pm m_1$	Контрольная группа (n=30)		Основная группа (n=31)	
		до лечения $M_2 \pm m_2$	14-сутки лечения $M_3 \pm m_3$	до лечения $M_4 \pm m_4$	14-сутки лечения $M_5 \pm m_5$
Абс. число лейкоцитов, 10^9/л, *P*	5,95±0,35	8,12±0,76	8,23±0,56	10,41±0,60	7,26±0,59
	M_1-M_3<0,001 M_1-M_5>0,05 M_3-M_5<0,05				
СЯН, %	62,0±2,05	61,25±2,22	58,08±2,30	60,5±2,57	63,0±1,42
P	*M_1-M_3>0,05 M_1-M_5>0,05 M_3-M_5>0,05*				
ПЯН, %	3,2±0,38	6,4±0,70	5,16±0,62	6,25±0,97	4,83±0,53
P	*M_1-M_3<0,01 M_1-M_5<0,05 M_3-M_5>0,05*				
Моноциты, %	3,04±0,40	3,41±0,62	4,25±0,88	3,75±0,53	3,75±0,35
P	*M_1-M_3>0,05 M_1-M_5>0,05 M_3-M_5>0,05*				
Лимфоциты, %	28,7±1,03	26,3±1,86	29,25±1,86	26,33±1,63	27,42±1,24
P	*M_1-M_3>0,05 M_1-M_5>0,05 M_3-M_5>0,05*				
CD3+, %	40,4±1,20	33,16±1,06	31,0±1,15	31,66±0,97	35,0±1,10
P	*M_1-M_3<0,001 M_1-M_5<0,01 M_3-M_5<0,05*				
CD4+, %	26,4±0,74	23,16±1,33	25,83±0,97	24,16±1,33	24,5±0,88
P	*M_1-M_3>0,05 M_1-M_5>0,05 M_3-M_5>0,05*				
CD8+, %	16,2±0,44	14,91±1,06	15,75±1,24	14,75±1,06	15,83±0,62
P	*M_1-M_3>0,05 M_1-M_5>0,05 M_3-M_5>0,05*				
CD19+, %	22,2±2,10	24,83±0,97	22,33±0,79	23,75±0,97	22,08±0,7
P	*M_1-M_3>0,05 M_1-M_5>0,05 M_3-M_5>0,05*				
CD16+, %	16,5±2,02	15,83±1,24	17,33±0,97	17,33±1,33	17,58±0,88
P	*M_1-M_3>0,05 M_1-M_5>0,05 M_3-M_5>0,05*				
ИРИ (CD4+/ CD8+)	1,63±0,59	1,7±0,10	1,73±0,17	1,72±0,16	1,55±0,05
P	*M_1-M_3>0,05 M_1-M_5>0,05 M_3-M_5>0,05*				
Ig A, мг/мл	1,65±0,25	1,89±0,07	2,0±0,07	1,88±0,106	2,15±0,09
P	*M_1-M_3<0,05 M_1-M_5<0,01 M_3-M_5>0,05*				
Ig M, мг/мл	1,45±0,88	3,42±0,08	3,26±0,16	3,41±0,09	3,07±0,10
P	*M_1-M_3<0,001 M_1-M_5<0,001 M_3-M_5>0,05*				
Ig G, мг/мл	11,15±0,7	14,0±0,77	13,1±0,57	13,13±0,10	11,62±0,56
P	*M_1-M_3<0,01 M_1-M_5>0,05 M_3-M_5<0,05*				

В процессе лечения больных инфильтративно-нагноительной трихофитией волосистой части головы как в контрольной, так в основной группе с использованием препарата тимоген, отмечено сохранение лейкоцитоза, однако имеется более быстрая тенденция к снижению лейкоцитов в основной

группе, по сравнению с контрольной ($p<0,05$). Показатели палочкоядерных нейтрофилов на 14-сутки лечения также оставались повышенными в обеих группах больных.

Процентное соотношение CD4+ - клеток нормализовались в обеих группах больных. При этом общее количество Т-лимфоцитов (CD3+) не достигали до показателей здоровых лиц, однако в основной группе наблюдалось достоверно высокое содержание их по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$).

Уровень концентрации иммуноглобулина М на 14-сутки лечения сохранялись на высоком уровне, в свою очередь уровень иммуноглобулина А повысился в обеих группах больных. Иммуноглобулин класса G на 14-сутки от момента начала лечения у больных основной группы были в пределах нормы, тогда как в контрольной группе они сохранялись на высоком уровне.

Таблица 3 - Результаты лечения пациентов инфильтративно-нагноительной формой трихофитии волосистой части головы

Группы больных	Число больных	Сроки исчезновения клинических проявлений, дни		Длительность лечения до первого отрицательного результата исследования на грибы, дни
		уплощение инфильтрата, очищение от гноя, гнойно-геморрагических корок	полное разрешение кожного процесса	
Контрольная группа $M_1 \pm m_1$	30	8,1±0,72	29,8±0,65	13,2±0,34
Основная группа $M_2 \pm m_2$	31	4,2±0,53	24,3±0,47	8,2±0,30
P	*M_1-M_2*	*<0,001*	*<0,001*	*<0,001*

Сроки исчезновения клинических проявлений инфильтративно-нагноительной трихофитии волосистой части головы наблюдались достоверно раньше ($p<0,001$) у пациентов, получавших комплексную терапию с применением тимогена, о чем свидетельствует сокращение сроков получения первого отрицательного результата исследования на грибы на 5 дней ($p<0,001$) (табл. 3).

Выводы. На основании исследования иммунного статуса пациентов инфильтративно-нагноительной формой трихофитии волосистой части головы можно заключить, что применение в их лечении иммуномодулятора тимогена обеспечивает нормализацию показателей Т-звена иммунной системы и иммуноглобулинов класса G, а также к более быстрому клиническому и микологическому эффекту.

Литература:

1. Абидова З.М. Клиническое течение и методы лечения зооантропонозной трихофитии у взрослых с локализацией в лобковой области / З.М. Абидова, У.Б. Нурматов // Проблемы медицинской микологии. – 2009. – Том 11, № 2. – С. 31-36.

2. Касымов О.И. Заболеваемость дерматомикозами с преимущественным поражением волос в Таджикистане в последнее время / О.И. Касымов, М.Н. Максудова, С.Х. Муниева // Проблемы медицинской микологии. – 2001. – Т. 3, № 4. – С. 15-17.

3. Поздняков А.Л. Факторы, влияющие на качество лабораторной диагностики трихомикозов / А.Л. Поздняков, И.А. Гулинова, М.В. Кузьмина // Материалы первого Всероссийского конгресса по медицинской микологии. – М., 2003. – Т. 2. – С. 128-129.

4. Степанова Ж.В. Современные методы терапии микозов у детей / Ж.В. Степанова // Успехи медицинской микологии: Материалы первого Всероссийского конгресса по медицинской микологии. – М., 2003. – Т. 2. – С. 178-179.

5. Усубалиев М.Б. Клинико-эпидемиологические аспекты зооантропонозной трихофитии, обусловленной Trichophyton verrucosum / М.Б. Усубалиев, М.Т. Ахмедов, А.Ж. Касымова // Материалы 16-ой межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицины» – Абакан, 2013. - №3. – С. 323-330.

6. Brhel P. Contagious and parasitic occupational diseases in the Czech Republic / P. Brhel // PracovniLekarstvi. – 2002. – Vol.54, N 2. – P. 59 64.

7. Oyeka C. Depmatophytoses in Nigeria / C. Oyeka // West Afr. J. Med. – 1990. – Vol.9, N 2. – P. 120-123.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ

Р.В. Дмитриев, Ы.А. Анварбекова, Д.К. Сманова
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра клинической реабилитологии и физиотерапии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Применение немедикаментозной реабилитации является необходимым аспектом в системе комплексной реабилитации спортсменов и восстановления их здоровья. Путем использования этих методов обеспечивается более легкое прохождение спортсменом всех этапов физической реабилитации, которая улучшает его самочувствие, здоровье и поможет, в итоге, добиться наилучших результатов в соревнованиях; использование методик очищения желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, кожи, легких способствует повышению физической работоспособности; применение данных методик не вызывает побочных эффектов. Бани, сауны, ароматерапия, лечения травами, солью и диетой является наилучшим подходом для немедикаментозной реабилитации; формирование у спортсменов адекватного восприятия реабилитационных мероприятий. Дальнейшие исследования предполагается провести в направлении изучения других проблем реабилитации спортсменов немедикаментозными методами.

Ключевые слова: реабилитация, спортсмены, детоксикация.

ДААРЫ-ДАРМЕКСИЗ ДЕТОКСИКАЦИЯЛОО - БУЛ СПОРТСМЕНДЕРДИН ДЕН СООЛУГУН КАЛЫБЫНА КЕЛТИРУУЧУ ЫКМА

Р.В. Дмитриев, Ы.А Анварбекова, Д.К. Сманова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекетик Медициналык Академия,
Клиникалык калыбына келтирүү жана дене бөлүмү
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Даары-дармексиз калыбына келтирүү ыкмасы, спортсмендердин калыбына келүүсүнүн эффективдүүлүгүн жогорлатуучу
жана ден соолугун чыңдоодогу негизги аспект болуп саналат.

Бул ыкмаларды колдонуу жолу менен спортсмендердин физикалык калыбына келүүсун баардык тепкичтеринде женил өтүүшү, ден соолугунун чыналуусу жана озунун жакшы сезүүсү менен мелдештерде эн жогорку жетишкендиктерге жетүүсун камсыздайт; ичеги- карындарды, сийдик болуп чыгаруучу системаларды, терилерди, өпкөлөрүн тазалоо ыкмасын колдонгондо ишке жөндөмдүүлүгун күчөтөтүү менен, организимге терс тасирдүүлүгү жок. Мончо,сауна,ароматерапия,чөптөр, туздар менен мүнөздөп тамактануу, дары-дармексиз калыбына келтирүү учун эң мыкты багыт.

Мына ошентип спортсмендердин дары-дармексиз калыбына келүүсүнүн башка проблемаларынын багытарын мындан кийинки илимий изилдөө талап кылаарына шек жок.

Негизги сөздөр: спортчулар, детоксикация, калыбына келтирүү.

NON-MEDICATED DETOXICATION AS A METHOD OF REHABILITATION OF SPORTSMEN

R.V. Dmitriev, Y.A. Anvarbekova, D.K. Smanova
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Clinical Rehabilitation and physiotherapy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The use of non-medicated rehabilitation is a necessary aspect of the system of comprehensive rehabilitation of athletes and restore their health. By using these methods is provided: an easier passage of an athlete all stages of physical rehabilitation that improves the well-being, health, work, in the end, to achieve the

best results in the competition; the use of methods of purification of the gastrointestinal tract, urogenital system, skin, lungs, improves physical performance; to use of these techniques does not cause side effects. Steam baths, saunas, aromatherapy, herbal medicine, salt and diet it is best approach for non-drug rehabilitation; the formation of the athletes adequate perception of rehabilitation measures. Further research is expected to take place in the direction of studying other athletes rehabilitate problem non-medicated methods.

Keywords: rehabilitation, athletes, detoxification.

Введение. Проблема здоровья спортсменов остается одной из актуальных, так как вне зависимости от того, что спортсменам проводят лекции и у них достаточно высокие познания в области медицины и биохимии, они гонятся за конечным результатом и рекордами. В спорте постоянно увеличиваются требования, соответственно идет повышенная нагрузка на все органы и системы человека, в свою очередь увеличивается количество токсических веществ и продуктов метаболизма [1]. Поэтому одним из способов оздоровления и реабилитации спортсменов являются методы детоксикации. Спортивная медицина не является исключением. В последнее время вместе с медикаментозной фармакологической терапией и хирургическими вмешательствами все шире и чаще используются немедикаментозные методы лечения и реабилитации. Это очень актуально в спортивной медицине, в первую очередь, из-за необходимости допинг-контроля. Требования к самим спортсменам, функциональному состоянию их организма постоянно и неумолимо растут, растет уровень риска получения травм. Конечной целью любых реабилитационных программ является восстановление физического и психосоциального статуса. Для достижения этого необходим комплексный подход к спортсмену с учетом не только клинико-биологических закономерностей, но и психосоциальных факторов, особенностей окружающей среды, питания, а также разумного и адекватного сочетания различного рода процедур [2].

В последнее время спортсмены все чаще обращаются в лечебные учреждения с жалобами на неопределенную слабость, вялость, снижение работоспособности, плохой сон, недомогание, сонливость, головные боли. При лабораторно-инструментальных методах обследования у таких людей определяется нарушение кислотно-основного состояния межклеточной и внутриклеточной жидкости, ослабление функции внешнего дыхания, увеличение частоты дыхания, резкое снижение количества кислорода в крови, снижение сократительной способности миокарда, снижение детоксикационной функции печени и выделительной функции почек [3].

На всех стадиях аутоинтоксикации можно выделить два синдрома: «жар» и «холод». Синдром «жара» включает в себя следующий симптомокомплекс: раздражительность, нудные головные боли, головокружения, шум в ушах, тахикардия, одышка в покое, потливость, жгучие боли в конечностях, насыщенный желтый цвет мочи с неприятным запахом или с запахом ацетона, постоянная жажда, сухость во рту, боли в суставах. Синдром «холода» включает: замедленное сердцебиение, потемнение в глазах при резком подъеме из горизонтального положения, чувство онемения в конечностях, молочно-белый цвет мочи без запаха, чувство холода в области поясницы и в ногах, потеря аппетита, насморк без признаков простуды, потеря эластичности кожи [1]. Причиной в большинстве случаев является аутоинтоксикация организма, поэтому разработаны методы профилактической детоксикации организма спортсменов.

Детоксикация представляет собой совокупность строго регламентированных действий по обезвреживанию и удалению токсических веществ из организма разными методами (химическим, механическим, биологическим) и состоит из трех фрагментов или фаз: искусственное освобождение организма от шлаков механическими, химическими, биологическими, комбинированными средствами; наполнение организма витаминами, минералами, легко усвояемыми белками, жирами и углеводами; восстановление физиологических функций выделительных систем и достижение слаженности в работе всех звеньев выделительной системы [1]. Не меньшее значение имеет и профилактическая детоксикация, предусматривающая недопущение скопления шлаков в организме. Причинами скопления шлаков и токсических веществ являются повышенное содержание стабилизаторов, эмульгаторов, загустителей, подсластителей, усилителей вкуса, ароматизаторов в продуктах питания, загрязненность воздуха выхлопными газами машин и копотью [1,3]. Спортсмены подвержены повышенному риску интоксикации, так как интенсивные физические нагрузки увеличивают количество продуктов распада веществ и, соответственно, значительно повышается нагрузка на органы выделения.

В настоящее время разработаны методы профилактической детоксикации, которые включают в себя комплекс мероприятий, способствующий ускоренному выведению шлаков из организма и снижение рисков формирования повторной аутоинтоксикации. По степени выраженности

аутоинтоксикация у спортсменов может проявляться от нестабильных функциональных проявлений до нарушения функции выделительных систем.

Детоксикационные мероприятия требуют к себе тщательно продуманного подхода, а также планирования. Временная структура детоксикации делится на: основной (10-30 дней), период оптимального результата (5-6 месяцев). Основной период – предполагает проведение необходимых детоксикационных процедур, которые начинают с того органа или системы, который вызывает ощущение дискомфорта у спортсмена. Период оптимального режима включает в себя: здоровый образ жизни, сбалансированное питание [1,2].

Профилактическая детоксикация, как метод реабилитации, известен со времен Абу – Али Ибн Сины и обозначена им как: чистое тело, чистый язык и чистая душа [4]. Авиценна говорил: « Если человек заболел, первое, что он должен сделать – это отказаться от пищи [5]. Второе – сделать очистительные процедуры для кишечника [6]. Третье – изменить характер питания и промыть «канализационные системы организма» [7]. А тибетские врачеватели также пришли к выводу, что многие функциональные расстройства связаны с нарушением деятельности ЖКТ и выделительной системы [8,9].

Современная медицина установила, что отсутствие культуры потребления пищи ведет к развитию дисбактериозов [1,3]. Можно утверждать, что здоровый кишечник – это здоровая жизнь. Каждый человек должен знать как очищать свой организм. Методы очищения желудочно-кишечного тракта проверены временем и начинаются с ротовой полости и заканчиваются прямым кишечником. Инфекции ротовой полости способны вызвать многие внутренние заболевания и серьезные нарушения в работе различных органов и систем. Ежедневная гигиена ротовой полости предусматривает очищение не только зубов, но и поверхности языка, щечно-десневых карманов и зева.

Очищение прямой кишки. Необходимо ее регулярное освобождение каждые 6 - 12 часов, т.е. минимум 2 раза в день. Задержка каловых масс в толстой кишке обуславливает обратное всасывание токсических веществ в кровь, что усугубляет степень аутоинтоксикации. Предпочтительной является естественная регулярная стимуляция перестальтики кишечника, а именно ежедневное употребление в пищу продуктов, богатых клетчаткой: пшенные каши, абрикос, кунжут, бобовые цельнозерновой хлеб, капуста, свекла, помидоры, огурцы и т.д. [10].

Синдромальная организация питания построена на двух синдромах: «холода» - недостаток энергии и «жара» - избыток энергии. Ограничение поступления в организм определенных продуктов способствуют формированию того или иного синдрома. Немаловажное значение имеет коррекция минералов, витаминов, жиров, белков и углеводов. Для достижения максимального эффекта до начала детоксикации организма спортсмена необходимо переходить на специальное питание, которое поможет снизить уровень аутоинтоксикации. При синдроме «холода» питание должно быть высококалорийным, из натуральных продуктов. Пища принимается в горячем виде, исключаются замороженные полуфабрикаты, пища преимущественно в жидком виде с добавлением корицы, имбиря и перца. Также применяется активированный уголь и употребляется в пищу вареный рис. При синдроме «жара» исключается жареная и острая пища. Питание четырехразовое, состоит преимущественно из белков, жиров и углеводов растительного происхождения. При организации питания необходимо помнить, что вредна не только недостаточность отдельных факторов питания, но опасен и их избыток, особенно аминокислот, витаминов и других пищевых веществ. Коррекция минерального и витаминного состава осуществляется смесями натуральных продуктов, а также свежеприготовленными соками.

Основная регулирующая система у спортсменов - это центральная нервная система [11]. Детоксикационные процедуры по воздействию на нервную систему включают в себя: прием легкого успокоительного (валериана, пустырник, боярышник), сон, медитация (аутотренинг и ауторелаксацию), расслабляющие ванны, гипнотерапия, восточные упражнения, ванны, точечный массаж, стоун массаж, прижигание, криотерапию [12,13]. Детоксикационные процедуры по воздействию на ЖКТ включают в себя: разгрузочную диетическую терапию, очищения языка, полоскание с настойкой аира и прополиса, употребление кобыльего молока, молочной сыворотки со сметаной, травы чистотел, очищение желчного пузыря и печени при помощи растительного масла и магнезии, очищающие фитоклизмы и тюбажа печени (утром натощак выпить желчегонное, лечь на левый бок, на правый на область печени положить грелку, лежать в течении полутора часов). Детоксикационные процедуры по воздействию на мочевыделительную систему включают в себя: прием соков и отваров, сока хрена и настоек различных лекарственных растений – тысячелистник, зверобой, хвощ полевой, бессмертник, кровохлебка, толокнянка, а также обильное питье (не менее 3-5 литров в день), в летнее время употребление арбузов [14].

Детоксикацинные процедуры по воздействию на кожу и организменный уровень включают в себя: русскую баню, финскую сауну. Одним из действенных приемов является баня. Эта процедура помогает приспособиться к разнообразным условиям внешней среды и смене температур. Жар бани – сильный раздражитель, под воздействием которого происходит ускорение функциональных процессов в организме. Прежде всего, повышается активность кровообращения, увеличивается потоотделение, что способствует энергичному выводу шлаков, облегчая работу почек, печени и улучшая водно-солевой обмен. Улучшается воздухообмен в легочных альвеолах и возрастает вентиляция легких. Снимается утомление, так как с потом удаляются излишки молочной кислоты. В целях закаливания рекомендуется после посещения парной окунаться в бассейн с холодной водой [15, 16].

Некоторые приемы детоксикации нельзя проводить одновременно, так как они вызывают противоположные эффекты: медитация и гипноз, криотерапия и баня, прием молочной сыворотки и прием кобыльего молока, оливковое масло и раствор магнезии и т.д.

Таким образом, мероприятия по немедикаментозной детоксикации организма спортсменов (профилактическая, регулярная или по обращению) снижает уровень аутоинтоксикации, улучшает регуляторную функцию ЦНС, функциональную активность выделительных систем, что, несомненно, повышает потенциал, физическую работоспособность и, в последующем, спортивные результаты [17, 18, 19, 20].

Литература:

1. Карасаева А.Х., Анварбекова Ы.А. Профилактическая детоксикация организма спортсменов. Учебное пособие для студентов ВУЗов. - Б: Салам. - 2014. – 296 с.
2. Исаев А.П. Адаптация человека к спортивной деятельности [Текст] / А.П. Исаев, С.А. Личагина, Р.У. Гаттаров и др. -Ростов н/Д: РГПУ. - 2004. – 236 с.
3. Анварбекова Ы.А. Корреляция между жалобами и биохимическими параметрами крови у спортсменов / Карасаева А.Х., Анварбекова Ы.А.// Вестник КГМА им И.К.Ахунбаева.- 2014. - № 3.- С. 12.
4. Абу Али Ибн Сино (Авиценна). Канон врачебной науки. – Ташкент. - 1996.- Т.4. – 398 с.
5. Абу Али Ибн Сино (Авиценна). Канон врачебной науки. – Ташкент. - 1996.- Т.6. – 318 с.
6. Абу Али Ибн Сино (Авиценна). Канон врачебной науки. – Ташкент. - 1996.- Т.5. – 408 с.
7. Абу Али Ибн Сино (Авиценна). Канон врачебной науки. – Ташкент. - 1996.- Т.7. – 308 с.
8. Аюрведа – наука самоисцеления (пер.с англ). – СПб.: Изд. ОВК. -1992. – 206 с.
9. Базарон Э. Трактак индо-тибетской медицины. – Новосибирск: Наука. -1984. – 42 с.
10. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. - М.: Медицина. - 1975. – 402с.
11. Анварбекова Ы.А. Корреляция психосоматического перенапряжения у высококвалифицированных спортсменов методами классической и восточной медицины / Анварбекова Ы.А., Белов Г.В., Карасаева А.Х. // Медицина Кыргызстана. - 2015.- № 2. – С. 65.
12. Гаваа Лувсан. Очерки методов в восточной рефлексотерапии. - Новосибирск: наука. -1991. – 432 с.
13. Васичкин В.И. Большой справочник по массажу. - АСТ Москва. - 2008. – 415 с.
14. Дудин С.А. / Цыдыпов Ч.Ц. Пульсовая диагностика тибетской медицины. – Новосибирск; Наука. - 1988. – 133 с.
15. Дубровский В.И. Экогигиена физической культуры и спорта. Руководство для спортивных врачей и тренеров [Текст] / Дубровский В.И., Рахманин Ю.А., Разумов А.Н. Москва. - 2008. – 551 с.
16. Бородин Ю.И Способы эндоэкологической реабилитации организма [Текст] / Бородин Ю.И., В. А.Труфакин, В.В. Асташов и др. Новосибирск. - 1999. – 245 с.
17. Стаценко Е.А. Эндогенная интоксикация как проявление дезадаптации у высококвалифицированных спортсменов // Физиотерапия, бальнеология, реабилитация. - 2011. - № 6. – С. 43.
18. Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови // Лаб. Дело. - 1983. - №3. – С. 33.
19. Афанасьева А.Н. Сравнительная оценка уровня эндогенной интоксикации у лиц разных возрастных групп [Текст] // Клиническая лабораторная диагностика 2004. - № 6. – С. 12.
20. Афанасьева И.А. Заболеваемость спортсменов на разных этапах тренировочного цикла и ее связь с биохимическими и гормональными маркерами перетренированности [Текст] / И.А.Афанасьева, В.А. Таймазов // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2011. № 11 (81). С.15.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ г. БИШКЕК С РАЗНОЙ СИСТЕМОЙ ОБУЧЕНИЯ

А.А. Джорбаева, Э.С. Жангазиева
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор - д.м.н, проф. Кудайбергенова И.О.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной работе проведено задачи по подготовке всесторонне развитой личности, способной не только усваивать большое количество знаний, но и обладающей определенными профессиональными навыками. Увеличение учебной нагрузки, увеличение потока информации, решают проблему эффективности образования, но тем самым ухудшается физическое и психическое самочувствие школьников.

Ключевые слова: школа, гимназия, микроклимат, освещенность, состояние здоровья.

ГИГИЕНАЛЫК БААЛОО БАШТАЛГЫЧ КЛАССТАРЫНЫН БИШКЕК ШААРЫНДА АР КАНДАЙ ОКУУТУУ СИСТЕМАЛАРЫ

А.А. Джорбаева, Э.С. Жангазиева
Кыргыз Мамлекеттик медицина академиясы И.К.Ахунбаева
(ректор - д.м.н, проф. Кудайбергенова И.О.)
Бишкек ш., Кыргызская Республика

Корутунду: Бул изилдоодо орто мектептердин жана гимназиялардын окуу процессинин баало жыйынтыгы каралган. Мындагы эн негизги белгилей кетчуу маселе: окуу талабын кучотуу менен билим денгээлин остуруп, бирок ошол эле учурда окуучулардын психикалык жана физикалык абалынын начарлоосун эске алуу.

Негизги создор: мектеп, гимназия, микроклимат,жарыктык, ден соолук.

HYGIENIC ASSESSMENT OF THE EDUCATIONAL PROCESS OF PRIMARY SCHOOL IN BISHKEK WITH A DIFFERENT EDUCATION SYSTEM

A.A. Djorbaeva, E.S.Jangazieva
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy (rector –d.m.n, prof. Kudaibergenova I.O.),
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The tasks of preparing comprehensively developed personality (was) were provided in this work, who capable of not only acquire a large amount of knowledge, but also has certain professional skills. Increasing the study load and the flow of information solve the problem of efficiency of education, but because of this physical and mental heals of schoolchildren getting worse.

Key words: school, gymnasium, microclimate, lighting, health.

Введение. Правильно организованное обучение способствует не только приобретению прочных знаний, но и благоприятному росту и развитию учащихся, укреплению их здоровья. Организацию учебного процесса необходимо строить с учетом физиологических принципов изменения работоспособности учащихся и незавершенностью развития некоторых органов и функциональных систем.

Основным критерием гигиенической оценки учебной нагрузки является ее соответствие функциональным возможностям организма ребенка на каждом возрастном этапе. Перенапряжение функциональных систем может привести к переутомлению и затем к нарушению состояния здоровья.

Современное общество ставит перед школой самостоятельно и быстро решать возникающие проблемы. Все эти требования вызывают выраженное психологическое и функциональное напряжение в организме. Необходимо отметить, что современные технические средства обучения создают повышенную нагрузку на ЦНС, особенно на зрительный и слуховой анализаторы.

Для достижения более высоких показателей в усвоении материала в школах приветствуется применение новых авторских и инновационных подходов, приводящихся зачастую в нетрадиционных формах обучения.

Кроме усиления системы контроля и оценки знаний применяются состязательность процесса, что еще больше усиливает психологическое воздействие, из-за боязни ребенка совершить ошибку.

Детский организм наиболее чувствителен к воздействующим факторам внешней среды: температура, влажность, бактериальная загрязненность, ухудшение ионного состава воздуха. Все эти факторы изменяют самочувствие школьников, а также способствуют быстрому нарастанию утомления и ухудшению состояния здоровья.

Цель исследования: гигиеническая оценка условий обучения и изучение влияния учебной нагрузки на здоровье школьников г. Бишкек с разной системой обучения.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в школе – гимназии №62 и в средней школе №10 г. Бишкек.

Под наблюдением находилось 80 школьников первых классов.

Параметры микроклимата измерялись в зимний период года с использованием прибора MASTECH MS6300. Принцип работы MASTECH MS6300 основан на преобразовании физических величин, таких как температура, освещенность, уровень звука, относительная влажность в напряжение с преобразованием в цифровую форму и отображением на цифровом дисплее.

Оценка параметров осуществлялась согласно санитарным правилам и нормам СанПин 2.4.2.2821-10 «Санитарно – эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».

Нервно – психическое и функциональное состояние организма определяли по анкетам «Здоровье» и «Учебная нагрузка».

Усталость и утомление оценивали после каждого урока на перемене. Учитывалась также учебная нагрузка в течение всей недели, оценивающаяся в баллах по ранговой шкале трудности Сивкова И.Г. Снижение продуктивности труда выявляли по количеству ошибок и неправильных ответов. Методика "Корректурная проба" (буквенный вариант) используется для определения объема внимания (по количеству просмотренных букв) и его концентрации - по количеству сделанных ошибок. Норма объема внимания для детей 6-7 лет - 400 знаков и выше, норма концентрации - 10 ошибок и менее.

Также устанавливали степень функционального перенапряжения центральной нервной системы с помощью прибора «Тремометра», позволяющего определить координацию и точность воспроизведения движений и их пространственную оценку. Принцип работы прибора заключается в том, что испытуемый специальным щупом совершает движение над прибором вдоль прорезей определенной формы, не касаясь их краев. Увеличение же коэффициента касаний свидетельствует о снижении работоспособности школьников, в то время как уменьшение коэффициента касаний будет указывать на повышение работоспособности.

Результаты исследования и их обсуждение. Параметры микроклимата в обоих учебных заведениях соответствовали СанПин 2.4.2.2821-10. Параметры общей освещенности не соответствовали нормативам ни на рабочих столах, ни на классных досках. Так, в школе №10 на рабочих столах показатель освещенности составлял 260 лк, при норме 300лк, на классной доске - 320 лк при норме 500 лк. В УВК – гимназии №62 на рабочих столах освещенность составляет 235 лк, при норме 300 лк, на классной доске – 300 лк, при норме 500 лк. Низкая освещенность приводит к напряжению зрительного анализатора, что в свою очередь способствует не только быстрому утомлению, но и развитию патологических процессов: миопатии разной степени (Рис. 1), температура в классах в среднем от 20 до 22°С в обоих заведениях (Рис. 2). Влажность в средней школе №10 около 38% ±7%, УВК – гимназии №62 45% ±8,9% (Рис 3). Уровень шума в обоих учебных заведениях превышал допустимые значения: в сш. №10 составил 50 дБ, в УВК – гимназии №62 – 65дб, при норме 35 дБ, что в свою очередь приводит к напряжению ЦНС и затрудняет процессы сосредоточенности и внимания во время уроков (Рис. 4).

Результаты анкеты «Здоровье» позволили нам судить о том, что дети, учащиеся в гимназии также активно, как и обычные школьники занимаются спортом, а показатели выполнений физических зарядок по утрам у гимназистов оказались даже выше, чем у учащихся средней школы. Однако, не смотря на это, показатель пропусков занятий по причине болезни в гимназии стоит выше, чем в обычной школе. Объяснить этот факт и разобраться в его причинах помогли результаты анкет «Учебная нагрузка». Так, нам удалось выявить, что в связи со сложностью обучения, дети гимназисты испытывают нагрузку в двое больше, чем обычные школьники. Следствием этого является стресс,

влекущий за собой негативное отношение детей к школе, поскольку именно гимназисты в большинстве своем, дали отрицательный ответ на вопрос «нравится ли им школа». Таким образом, мы установили, что повышенная нагрузка оказывает непосредственное влияние на состояние здоровья детей, становясь причиной частых их болезней.

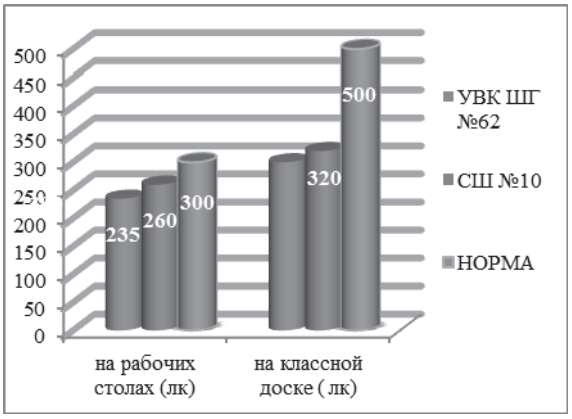


Рис. 1. Освещенность учебных классов.

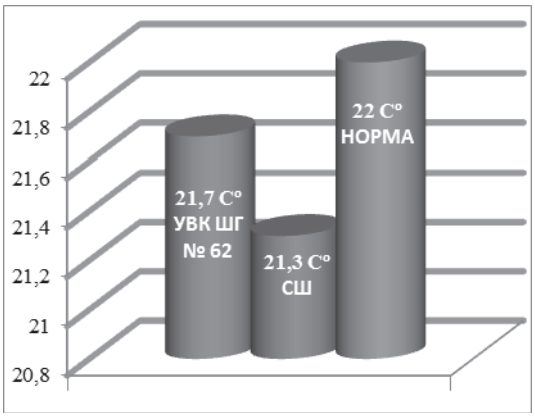


Рис. 2. Температура воздуха учебных классах.

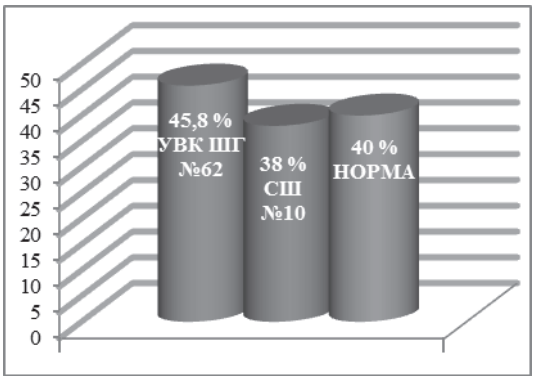


Рис. 3. Влажность воздуха учебных

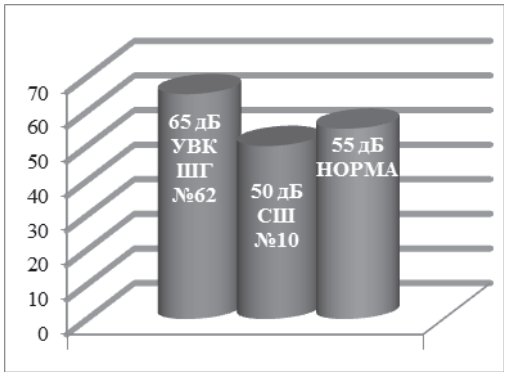


Рис. 4. Уровень шума. помещений.

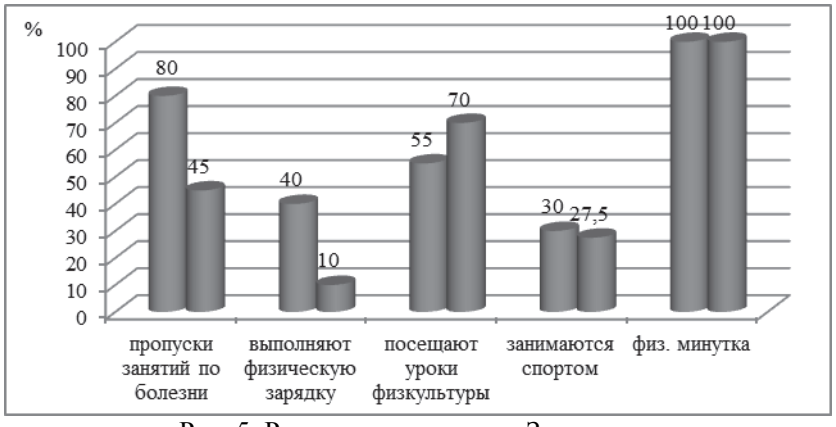


Рис. 5. Результаты анкеты «Здоровье».

Анализ учебной нагрузки выявил разность по количеству учебных часов в обоих школах, что показано на графике №1. В школе гимназии преподаются более сложные дисциплины, такие как иностранный язык, содержание предмета математики выше, чем в обычной школе, эти же часы в школе №10 отведены на уроки природоведения, что не представляет особой сложности.

При сравнении степени усталости учеников выявилась разница. У учеников гимназии усталость наступает уже на втором уроке и нарастает она на 4 уроке, в обычных же школах усталость нарастает

только на третьем уроке, что еще раз демонстрирует более объемное содержание учебного материала в гимназии.

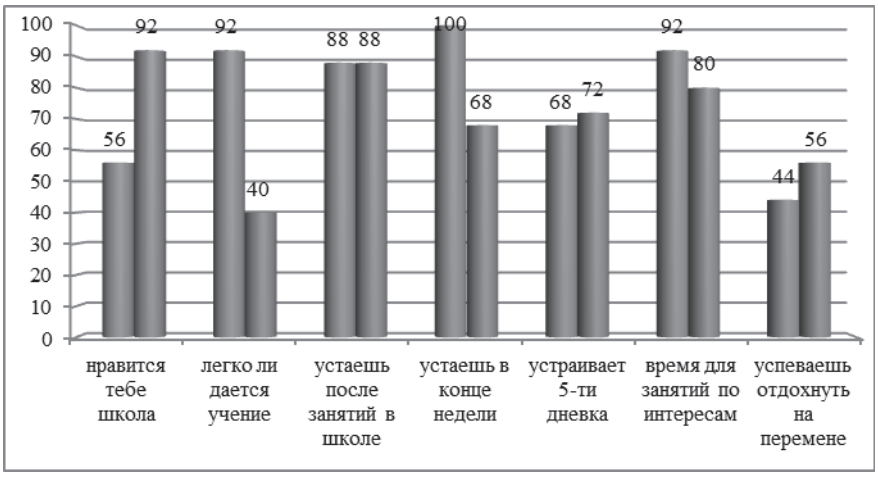


Рис. 6. Результаты анкеты «Учебная нагрузка».

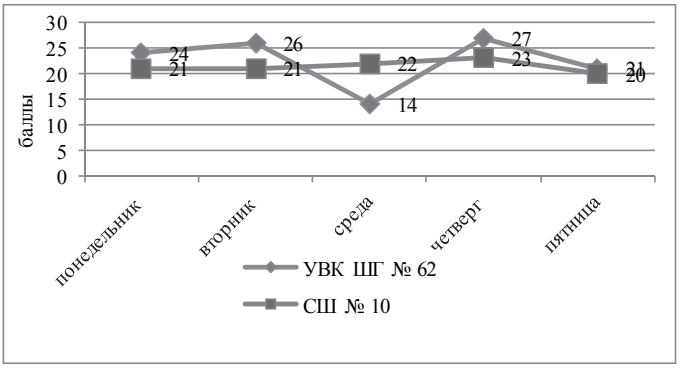


Рис. 7. График недельной нагрузки (в баллах по ранговой шкале трудности Сивкова И.Г.)

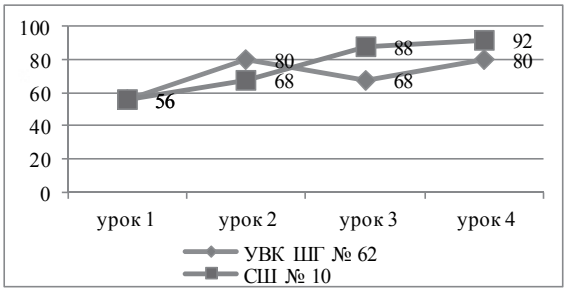


Рис. 8. График сравнения степени усталости учеников на уроках.

Методика «Корректурная проба» - этот показатель выявляет закономерное повышение усталости с каждым занятием, как у гимназистов, так и у обычных школьников. Однако, у гимназистов величина усталости и утомления имеют значение приблизительно на 20% больше, чем у обычных школьников.

И так результаты исследования прибора тремометра выявили коэффициент касаний гимназистов в 71 %, в обычной же школе этот показатель равен всего 47%. Данные тремометрии показали о перенапряжении функциональной системы ЦНС у гимназистов выше на 24%, чем у обычных школьников. Это, видимо, связано с более высокими учебными нагрузками, что может привести к истощению организма ребенка. Необходимо также учесть, что организму детей данного возраста свойственна незавершенность развития важных для обучения органов и функциональных систем. Нервные клетки головного мозга детей обладают еще относительно низкими функциональными возможностями.

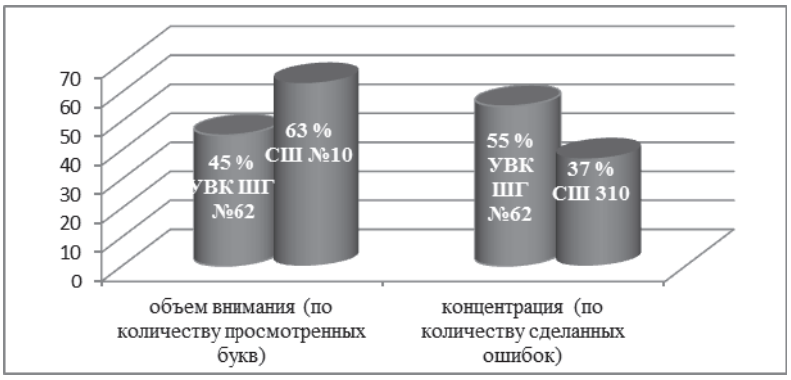


Рис. 9. Методика «Корректурная проба».

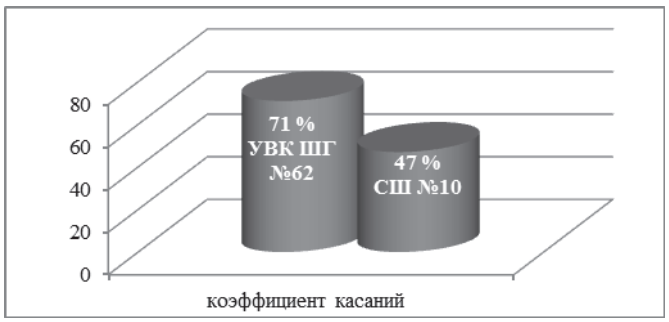


Рис. 10. Результаты исследования прибора «Тремометр».

Заключение. Исследование позволило выявить разницу в организации образовательного процесса учащихся средней школы и гимназии: при сохранении общего объема учебной нагрузки сложность преподаваемых дисциплин в школе ниже, чем в гимназии на 52 %; заболеваемость у учащихся гимназии выше, чем у обучающихся в средней школе на 35 % .

Простое увеличение учебной нагрузки в день, в неделю, увеличение потока информации, решают проблему эффективности образования, но совершенно очевидно, ухудшают физическое и часто психическое самочувствие школьников.

Литература:

1. Гончарова Ю.А. Возрастная анатомия, физиология и гигиена: Учебно-методическое пособие. - Воронеж: Изд-во ВГУ, 2005. - С.112-325.

2. Гигиена детей и подростков: учебное руководство / под ред. Кучмы В.Р.).- 2008. – С.238-412.

3. Зайцев Г.К., Зайцев А.Г. Твое здоровье. Укрепление организма. - СПб., 1998-1999. С.116-280.

4. Дубровский В.И. Валеология. Здоровый образ жизни : Учебник для студентов пед. вузов и институтов физ. культуры. – М.: Флинта: Ritorika-A, 1999. – С. 241-297.

5. Шлозберг С., Непорент Л. О здоровом образе жизни: Учебное пособие. – М-СПб. – Киев: Диалектика, 2000. - С. 110-254.

6. Шепелин О.П. Экология человека и гигиена // Гигиена и санитария. - 1991.-С. 95-118.

7. Баранов А.А. Окружающая среда и здоровье // Педиатрия. - 1994. - С. 114-204.

8. Гигиена детей и подростков: Сердюковская Г.Н. Москва. 2014. – С. 178-216.

ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ ПИТАНИЯ ВРАЧЕЙ ХИРУРГОВ г. БИШКЕК

Турсунбекова А.С., Ботбаева Э., Асылбекова А., Темирбекова А., Темиркулова З., Чолпонбаева А.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Цель данного исследования заключалась в оценке адекватности питания врачей хирургов г. Бишкек в современных условиях.

Опрос врачей проводился опросно-анкетным методом. Расчет калорийности рационов, соотношение основных нутриентов проводился методом суточного воспроизведения. Полученные результаты свидетельствовали о существенных нарушениях основных принципов рационального питания врачей хирургов г. Бишкек.

Ключевые слова: рациональное питание, врачи хирурги, адекватность питания, режим питания.

ХИРУРГ ДАРЫГЕРЛЕРДИН АЗЫРКЫ УЧУРДАГЫ ТАМАКТАНУУСУНУН ШАЙКЕШТИГИНЕ БАА БЕРҮҮ

Турсунбекова А.С., Ботбаева Э., Асылбекова А., Темирбекова А., Темиркулова З., Чолпонбаева А.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициниалык академиясы.
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме: Бул изилдоодо Бишкек шаарындагы хирург дарыгерлердин азыркы учурдагы тамактануусунун шайкештиги корсотулгон.

Дарыгерлердин сураксбилуусу сурак-анкета ыкмасы аркылуу жургузулгон. Калорийди изилдоодо негизги нутриентердин катышы, кунумдук кайталоо ыкма аркылуу жургузулгон. Алынган жыйынтыктар Бишкек шаарындагы хирург дарыгерлердин кунумдук туура тамактануусунун бузулгандыгын далилдеп турат.

Негизги создор: туура тамактануу, хирург дарыгерлер, тамактануу режими, тамактануунун шайкештиги.

EVALUATION OF THE ADEQUACY OF NUTRITION OF THE SURGEONS IN BISHKEK IN CURRENT CONDITIONS.

Tursunbekova A.S., Botbaeva E., Asylbekova A., Temirbekova A., Temirkulova Z., Cholponbaeva A.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaev
Bishkek. Kyrgyz Republic

Resume: The purpose of this study was to assess the adequacy of nutrition of the surgeons in Bishkek in current conditions. The interview was held as a survey-questionnaire. The calculation of the calorific value of each meal the ratio of nutrients were done as daily play back. The results indicated that surgeons of Bishkek city have serious eating disorders.

Key words: balances diet, surgeons, supply adequate, diet.

Актуальность. Приоритетным направлением гигиенической науки на современном этапе является изучение фактического питания отдельных групп населения, оценка причинно-следственных связей между питанием и состоянием здоровья, обоснование и реализация практических мероприятий по рационализации питания.

В связи с переменами, а также демократизацией общества объективно усиливается роль социального измерения труда, здоровья, питания и социального благополучия работников. Медицинские работники, прежде всего врачи хирурги в процессе работы подвергаются повышенному риску нервно-эмоционального перенапряжения, а также многочасовые операции и нерегламентированные перерывы часто приводят к нарушению режима питания. Нарушения питания обусловлены дисбалансом нутриентов в составе рациона при их недостаточном или избыточном поступлении. Оно влечет за собой ряд последствий, которые отрицательно сказываются на различных системах, органах и тканях организма.

В связи с этим, весьма актуальной остается проблема, связанная с организацией рационального питания врачей хирургов, и , прежде всего, соблюдения режима питания. И решение этой проблемы, приводит к ликвидации возможных последствий высокой нервно-психической нагрузки на организм врачей.

Материалы и методы исследования. Изучение фактического питания врачей хирургов проведено в городской клинической больнице №1 и в национальном хирургическом центре г.Бишкек. Объектами изучения явились врачи хирурги, работающие в этих больницах. Отбор врачей хирургов производился методом случайной выборки. Всего было изучено фактическое питание 40 врачей хирургов. Фактическое питание врачей хирургов оценивалось анкетно-опросным методом. Методом суточного воспроизведения проводился расчет калорийности рационов, оценивали содержание основных нутриентов, потребляемых врачами хирургами, а так же сбалансированность и режим питания, и сопоставили их с нормами. Математические методы осуществлены с помощью Microsoft Excel для Windows 2010.

Результаты и обсуждения. В результате проведенных исследований было установлено, что среднее суточное потребление пищи в расчете на калорийность рациона на одного врача в период наблюдения составило 1814,8 ккал, в то время, как средними физиологическими нормами является 3150 ккал. Таким образом, среднесуточный режим врача по калорийности за период наблюдения был с дефицитом на 42%. Далеко не рациональным было представлено и содержание основных питательных веществ в рационе врачей хирургов. Так, среднее суточное потребление белков в рационе составило: белков 24%, жиров 18%, углеводов 58%. При оценке качественной адекватности питания выявляется несбалансированность по ряду основных компонентов. Соотношение основных питательных веществ (белков, жиров, углеводов) в рационе вместо оптимальных (1:1,2:4,6) было представлено как 1:0,74:2,35. Режим питания составил: завтрак -26%, обед-31%, ужин-43%, вместо оптимального: завтрак-30%, обед-45%, ужин-25%. Нарушение режима питания обусловлено отсутствием регламентированных режимов труда и отдыха.

Анализ потребления основных пищевых продуктов выявил определенные стереотипы пищевого поведения с преобладающим потреблением макаронных изделий, хлебопродуктов, круп, мучных изделий, при сниженном потреблении рыбных продуктов, овощей и фруктов.

Выводы. Питание врачей ГКБ №1 и НХЦ г. Бишкек по изученным характеристикам не соответствует существующим физиологическим нормам. Фактическое питание врачей хирургов характеризуется некоторыми нарушениями как структуры (количественного и качественного состава рациона, сбалансированности основных пищевых веществ) так и режима (несоблюдения оптимальной кратности и фиксированных часов приема пищи, длительные перерывы в еде с последующей массивной пищевой нагрузкой) питания.

Литература:

1. Агаджанян Н. А. «экология, здоровье, качество жизни» Астрахань: изд-во АГМА, 1996.
2. Джорбаева А. А. автореферат дис.канд.мед.наук «Значение питания в состоянии здоровья рабочих высокогорных рудников Кыргызстана»- Алматы, 1997.
3. Скурихина И. М., Волгарева М.Н. «Химический состав пищевых продуктов».
4. «Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия». Ежемесячный научны журнал №10. 2015. – С.44-45.
5. Эсенаманова М. К., Касымов О. Т., Джусупов К. О. «Питание и здоровье». Бишкек, 2000.

СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ИЗ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Т.Т. Мамырбаева [1], Г.К. Кожоназарова [2], В.К. Шукурова [3]
1 – Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н.Ельцина,
2 – Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
3 – Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье показано, что в сельской местности большинство матерей имеет адекватные знания о важности грудного вскармливания, но не все они следуют своим знаниям, поскольку каждый десятый новорожденный начинает получать дополнительное питание уже в стенах родильного дома.

Более половины детей в возрасте от 6-ти месяцев до 2-х лет не получают приемлемого разнообразия продуктов в сутки, каждый третий ребенок – в минимально допустимой частоты приема пищи в течение сутки. Нерациональное, преимущественно дефицитное питание является причиной высокой распространенности железодефицитной анемии (44,7%) и низкорослости (15,9%) среди детей в возрасте от 6-ти месяцев до 2-х лет.

Ключевые слова. дети, нарушения питания, низкорослость, истощение, избыточная масса, анемия.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН АЙЫЛ ЖЕРГЕСИНДЕГИ БАЛДАРДЫН ТАМАКТАНУУ ЖАГДАЙЫ

Т.Т. Мамырбаева [1], Г.К. Кожоназарова [2], В.К. Шукурова [3]
1 – Б.Н.Ельцин атындагы Кыргыз-Россиялык Славяндык университети,
2 – И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,
3 – Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдо жана квалификацияны жогорлотуу институту,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул илимий макалада айыл жергесинде жашаган көпчүлүк энелер баланы эмчек эмизип багуунун пайдасын жакшы түшүнүшөрү аныкталган. Бирок, ар бир онунчу ымыркай төрөлгөндөн баштап кошумча тамак ала баштаганы бардык эле энелер баланы багууда өз билимин толук колдонушпаганынан кабар берет. 6 айдан 2 жашка чейинки балдардын жарымынан көбүнүн тамагы жетишээрлик өлчөмдө ар турдүү эмес, ал эми ар бир үчүнчү бала керектүү маалынан аз тамактанат. 6 айдан 2 жашка чейинки балдардын арасында аз кандуулуктун (44,7%) жана жапыз бойлуулуктун (15,9%) негизги себеби толук кандуу эмес, манилүү азык-заттарга кедей тамак болгону аныкталган.

Негизги сөздөр:. балдар, тамактануунун бузулушу, жапыз бойлуулук, арык, салмагы ашык, аз кандуулук.

NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN FROM RURAL AREAS INKYRGYZ REPUBLIC

T.T.Mamyrbaeva[1], G.K.Kozhonazarova[2],V.K.Shukurova[3]
1 - Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.Yelsin,
2 - The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Ahunbaeva,
3 - The Kyrgyz State Medical Institute of retraining and advanced training
Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume. In rural areas, most of the mothers has adequate knowledge about the importance of breast-feeding, but not all of them followed their knowledge, because every tenth newborn starts to get complementary feeding is already in the walls of the maternity hospital. More than half of children aged from 6 months to 2 years old do not receive a reasonable variety of foods a day, every third child - in the minimum allowable multiplicity of eating for a day. Irrational, mostly deficit diet is the cause of the high prevalence of iron deficiency anemia (44,7%) and stunting (15,9%) among children aged from 6 months to 2 years.

Keywords: children, malnutrition, stunting, wasting, overweight, anemia.

Введение. Среди детей первых 5-ти лет жизни наиболее распространенными формами нарушений питания являются микронутриентная недостаточность, низкорослость, избыточная масса и истощение. На глобальном уровне 17 млн. детей страдают от острого тяжелого истощения, 161 млн. детей являются низкорослыми, и 43 млн. детей имеют избыточный вес. Недоедание становится причиной смерти у более, чем 3 млн. детей, что составляет 45% всех смертей в год.

Концепция «программирования питанием» (импринтинг питанием) сформулирована на основании многолетних исследований отрицательного воздействия нарушений питания на ранних этапах развития ребенка, то есть с момента зачатия до 2-х летнего возраста (1000 дней жизни) [2]. Согласно этой концепции воздействие дефицитного питания в критические периоды развития организма вызывает стойкие обменные изменения, которые сохраняются в течение всей жизни.

Более того, негативное влияние дефицитного питания в критические периоды развития мозга на размер мозга, число нервных клеток, поведение и память может быть необратимым [1, 4].

Недостаточное питание в первые 1000 дней жизни ребенка является причиной задержки роста и интеллектуального развития, высокой заболеваемости, смертности и возникновения хронических болезней во взрослой жизни: сердечнососудистых заболеваний, некоторых видов рака, диабета, анемии и других болезней [3].

Таким образом, проблемы с недостаточным потреблением продуктов питания среди детей представляют собой реальную угрозу для будущего страны и требуют разработки инновационных методов профилактики наиболее распространенных форм нарушений питания.

Целью данного исследования явилось изучение распространенности и факторов, способствующих развитию нарушений питания среди детей в возрасте от 6-ти месяцев до 2-х лет, и разработать научно-обоснованные рекомендации по их профилактике.

Материал и методы исследования.

Целевой группой населения, в которой проводилась оценка нарушений питания, были дети в возрасте от 6-ти месяцев до 2-х лет, проживающие в сельской местности.

Размер выборки для исследования был определен при помощи стандартных статистических процедур. На первом этапе проведения выборки единицей выборки был кластер. Кластеры были отобраны на основе выборки с вероятностями, пропорциональными размеру (ВПР). При использовании ВПР вероятность отбора единицы выборки пропорциональна размеру населения. Участники в каждом селе (кластере) отбирались по методике случайной выборки из списка целевой группы детей. Общую численность выборки составили 570 детей в возрасте от 6-ти месяцев до 2-х лет и их матери. Сбор информации о питании ребенка и информированности матери по вопросам питания детей и медико-социальных факторах проводился по специально разработанному вопроснику, который включал следующие разделы: демографические данные, данные о матери (возраст, уровень образования, репродуктивный статус и знания о питании ребенка), грудное вскармливание и кормление ребенка, отношение матери к грудному вскармливанию и знания о прикорме, источники информации о питании ребенка.

Определяли уровень гемоглобина (Hb) с помощью фотометрического прибора «Hemocue®» Hb 301, (Sweden), а содержание ферритина в плазме крови – иммуноферментного анализа. Анемия у детей диагностировалась при уровне Hb ниже 110 г/л. Железодефицитная анемия определялась по низкому низкому уровню Hb и ферритина плазмы (ниже 12,0 мкг/л).

Выражаем благодарность Проекту SPRING за поддержку внедрения мероприятий по улучшению питания детей первых 2-х лет жизни, что позволило продемонстрировать возможность внедрения мероприятий по улучшению питания детей в возрасте от 6-ти месяцев до 2-х лет.

Результаты исследования и их обсуждение.

Как уже указано выше в исследовании приняли участие 570 детей и их матери. Почти все опрошенные матери были кыргызской национальности (95,4%). Возраст матерей колебался от 17 до 45 лет: до 25 лет – 37,7%, от 25 до 35 лет – 48,1%, от 35 лет и старше – 14,4%.

Образовательный уровень респондентов был довольно высоким. Полное среднее образование имели более 64,4% матерей, среднее специальное – 18,8% женщин, высшее – 16,1%. Единичные (0,7%) матери закончили 5-9 классов общеобразовательной школы или никогда не посещали школу.

На момент опроса 77,2% матерей работали на полях, 17% матерей были заняты трудом, соответствующим их специальности, остальные (5,8%) – в сфере коммерции.

Основными источниками информации по вопросам питания ребенка являлись медицинские работники (75,1%). 17,7% матерей вопросы по питанию обсуждали со знакомыми, соседями, друзьями. 5,1% матерей получали информацию о питании детей из средств массовой информации, 2,1% – от членов Сельских комитетов здоровья (СКЗ).

Все (100%) матери считали, что ребенка следует кормить грудью, и понимали важность грудного вскармливания для здоровья ребенка. Так, 85,3% матерей считали, что грудное вскармливание имеет очень важное и 14,4% опрошенных – важное значение для здорового роста и развития ребенка. При этом абсолютное большинство (91,8%) матерей уверено в том, что грудное вскармливание важно для здоровья ребенка и матери, оно богато витаминами и минералами (80,9%) и защищает ребенка от инфекционных заболеваний (63,2%). Отметили также экономию времени (9,6%), денег (8,4%) и безопасность грудного вскармливания (5,4%). Только единичные матери (0,2%) ответили, что грудное вскармливание не так важно для ребенка. В момент опроса 53,7% матерей продолжали кормить детей грудью.

Обобщая вышеизложенное можно заключить, что большинство опрошенных матерей имело адекватные знания о важности грудного вскармливания.

Изучение фактической практики кормления детей показало, что не все матери следуют своим знаниям. В течение первых трех дней после родов 87,7% детей получали только грудное молоко, 12,3% новорожденных – молочные смеси, молоко животных, курдючный жир, воду и чай, хотя со слов матерей «врачи и медицинские сестры запрещали давать дополнительную еду или жидкости новорожденному ребенку», «врачи и медицинские сестры советовали кормить новорожденного только грудью».

91,2% матерей кормили грудью детей до 12 месяцев и дольше. 77,9% матерей детям течение первых 6-ти месяцев жизни давали воду или чай, а в возрасте 10 мес. все дети в селах получали чай. При этом большинство (58,5%) матерей было уверено в том, что детям необходимо давать чай.

В то же время 29,1% из числа опрошенных считали, что детям раннего возраста не следует давать чай, поскольку чай не содержит необходимые ребенку питательные вещества, дача чая ребенку приведет к развитию анемии и вызывает привыкание.

Рекомендации по исключительно грудному вскармливанию в течение первых 6-ти месяцев соблюдали только 14,0% матерей (табл. 1).

Таблица 1 – Фактическое питание детей в возрасте от 6-ти месяцев до 2-х лет, проживающих в сельской местности

Индикаторы	%	95% ДИ
Раннее начало грудного вскармливания	47,0	(39,32-54,63)
Исключительно грудное вскармливание до 6 мес.	14,0	(9,60-18,33)
Дети, когда-либо вскармливавшиеся грудью	98,2	(96,81-99,51)
Продолжение грудного вскармливания до 1 года	48,7	(38,21-59,18)
Продолжение грудного вскармливания до 2 лет	6,7	(1,61-11,72)
Употребление минимально разнообразного пищевого рациона	46,5	(40.48-52.55)
Употребление пищи богатой или обогащенной железом	59,2	(53,50-64,94)
Надлежащая частота кормления молоком среди детей, не вскармливаемых грудью	68,8	(62,54-75,01)

Примечание: ДИ – доверительный интервал.

35,1% детям прикорм вводился с рекомендуемого возраста, т.е. с 6-ти месяцев. 19,2% детей начали получать прикорм позже рекомендуемых сроков введения.

Большинство матерей считало, что для питания детей подходят: молоко и кисломолочные продукты (97%), морковь (91,8%), мясо (87,5%), фрукты (89,6%), картофель (85,3%), помидоры (74%), свекла (69,5%) и рыба (60%). В то же время, каждая вторая женщина была уверена в том, что зелень (51,6%), тыква (52,3%), фасоль (61,9%) и огурцы (50,9%) не должны использоваться в питании детей раннего возраста. При этом только у 46,5% детей питание состояло из приемлемого минимального разнообразия продуктов, у 68,8% детей число кормлений в течение сутки соответствовало минимально допустимой кратности прикорма для детей данного возраста (табл. 1).

Таким образом, исследование фактической ситуации по питанию детей раннего возраста, показало, что основными источниками информации по вопросам питания ребенка являлись медицинские работники (75,1%), советы которых матери оценивали как «очень полезными» или «полезными». У каждого второго ребенка в возрасте от 6-ти месяцев до 2-х лет питание не соответствовало рекомендуемому минимальному разнообразию и рекомендуемой минимальной частоте кормления, что могло стать причиной различных болезней, связанных с недостаточным питанием (табл. 2).

Таблица 2 - Распространенность нарушений питания среди детей в возрасте от 6-ти месс. до 2-х лет

Виды нарушений питания	Число детей, n = 570	
	Абс.	%
Низкорослость (рост/возраст < -2СО)	91	15,9
Недостаточная масса (вес/возраст < -2СО)	16	2,8
Истощение (вес/рост < - 2СО)	15	2,6
Избыточная масса тела (вес/рост > 2СО)	52	9,1

Из данных, приведенных в табл.2, видно, что наиболее распространенной формой нарушений питания среди детей в возрасте от 6-ти месяцев до 2-х лет явилась низкорослость, т.е. хроническое

недоедание. На втором месте диагностируется избыточная масса тела. Другим довольно частым проявлением недостаточного питания детей была анемия (табл. 3).

Таблица 3 - Распространенность анемии и дефицита железа среди детей в возрасте от 6-ти месяцев до 2-х лет

Показатели	Число детей, n = 570		
	Абс.	%	95% ДИ
Низкий ферритин	296	51,9	(57,3-66.8)
Железодефицитная анемия	255	44,7	(40,9-50.1)
Всего анемия	270	50,0	(45,5-55.7)

Примечание: ДИ – доверительный интервал.

Анемия обнаружена каждого второго ребенка в возрасте от 6-ти месяцев до 2-х лет, средний уровень гемоглобина у которых составил 108 г/гл. Тяжелая анемия с уровнем гемоглобина ниже 70 г/л была обнаружена у 1,1% детей.

Наиболее высокие показатели распространенности анемии установлены среди детей в возрастной группе от 12-ти до 17-ти месяцев (рис.).

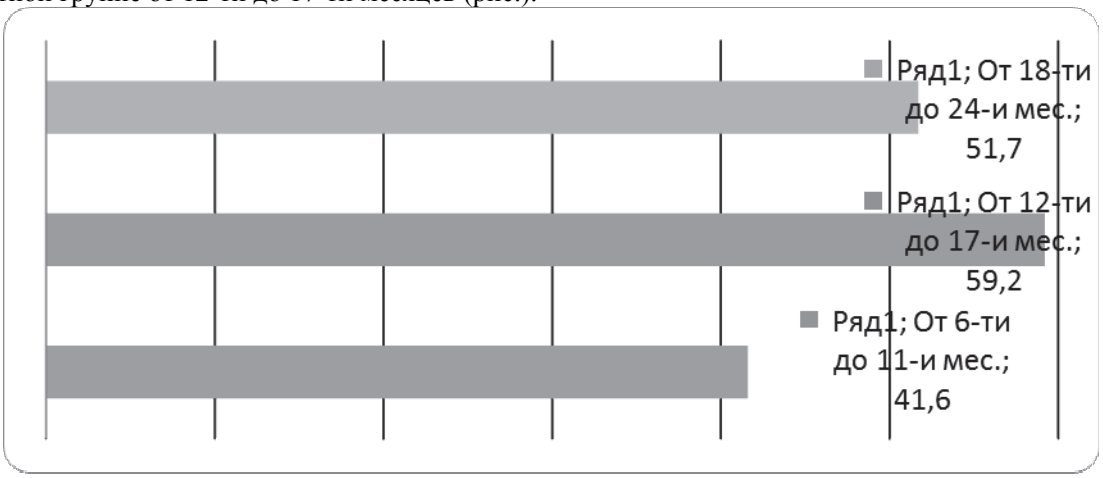


Рис. Распространенность дефицита железа и анемии в зависимости от возраста

Анемия несколько чаще обнаруживалась среди мальчиков (53,7%), чем среди девочек (46,3%).

Таким образом, среди детей в возрасте от 6-ти месяцев до 2-х лет на фоне нерационального питания обнаружена высокая распространенность железодефицитной анемии, низкорослости и избыточной массы тела.

В целях улучшения информированности матерей и других членов семьи по вопросам адекватного кормления детей с учетом международного опыта борьбы с недоеданием при поддержке Проекта SPRING проводились следующие мероприятия:

- повышение квалификации и навыков у медицинских работников по консультированию матерей по вопросам питания детей;
- продвижение раннего прикладывания к груди на уровне родильных домов и исключительно грудного вскармливания в течение первых 6-ти месяцев и грудного вскармливания до 2-х лет и более и своевременного введения адекватного прикорма на уровне ЦСМ/ГСВ и ФАП;
- информирование и обучение населения через активистов по принципу «равный-равному» и средства массовой информации.

Выводы:

1. Большинство матерей имеет адекватные знания о важности грудного вскармливания. Однако не все матери следуют своим знаниям, поскольку каждый десятый новорожденный начинает получать дополнительное питание уже в стенах родильного дома.
2. Более половины детей в возрасте от 6-ти месяцев до 2-х лет не получают приемлемого разнообразия продуктов в сутки, каждый третий ребенок – в минимально допустимой частоты приема пищи в течение сутки.

3. Нерациональное, преимущественно дефицитное питание является причиной высокой распространенности железодефицитной анемии и низкорослости среди детей в возрасте от 6-ти месяцев до 2-х лет.

4. Информацию по вопросам питания ребенка предоставляют медицинские работники (75,1%). Советы медицинских работников матери оценивают как «очень полезными» или «полезными».

Литература:

1. Коровина, Н.А. Микронутриентная недостаточность и нервно-психическое развитие детей /Н.А.Коровина, И.Н.Захарова, Л.Л.Науменко // Педиатрия. – 2006. - №2. - С.52-55.

2. Black, R. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital /R. Black, Z. Bhutta, J. Bryce et al. // The lancet. – 2008. - Vol. 371. – No 9608. – P. 243-260.

3. Lucas, A. Programming by early nutrition: an experimental approach. / A. Lucas //J.Nutr. - 1998. - №128(2). P. - 401S-406S.

4. Smart, J. Undernutrition, learning and memory: review of the experimental studies. / J.Smart // Proceeding of XII international congress of nutrition. / eds. TG Taylor, NK Jenkins. - London: John Libbey, 1986. - P. 74-78.

УДК 616.12-008:616.831-005]-084(575.2-25)

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ Г. БИШКЕК

Исмаилова А., Луценко И.Л. Жумакеева С., Эрнисова М., Омурбеков С., Нажмудинова Д., Русланова Л., Титаренко Д., Асылбек к. Н., Triloki Nath P., Muzammil U., Sharma G., Kumar P., Ahamed Khan F.

Науч. руководитель - ассистент кафедры неврологии с курсом медицинской генетики **Луценко И.Л.**
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Исмаилова Азиза-студентка 4 курса, лечебного факультета КГМА, e-mail: azizaismailova96@gmail.com
Жумакеева Саламат-студентка 6 курса, лечебного факультета КГМА, e-mail: salamatka06@gmail.com

Актуальность: В Кыргызской Республике смертность от ССЗ составляет 48,8% в структуре общей смертности населения. При этом по стандартизованному показателю смертности от коронарной болезни сердца Кыргызстан занимает 6-е место среди стран Евразийского региона, а по смертности от мозгового инсульта находится на первом месте (ВОЗ, 2004). Данная негативная тенденция обусловлена тем, что в республике из-за финансовых ограничений не реализованы своевременные подходы по ранней диагностике и использованию эффективных профилактических и лечебных вмешательств при наиболее распространенных и социально-значимых заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Цель: Повысить осведомленность населения о наиболее распространенных ССЗ, факторах их развития и возможностях их предотвращения; сформировать потребность в ведении здорового образа жизни (ЗОЖ). Задачи: 1) провести образовательные кампании путем выступления в школах, торговых центрах, больницах по принципам здорового образа жизни и контролю модифицируемых факторов риска ССЗ, 2) осведомить население о правильном питании через акцию “Средиземноморскую диету - в Кыргызстан”, 3) провести борьбу с табачными изделиями и их вредным воздействием на здоровье людей Кыргызстана , 4) мотивировать население на ежедневную физическую активность путем собственного примера и обучить эффективным упражнениям, 5) разработать образовательные материалы (постеры, листовки, видеоролики по профилактике ССЗ и внедрить их в масс-медиа в Кыргызстане на русском и кыргызском языках и за его пределами на английском языке.

Материалы и методы: Мы использовали презентации, публичные выступления, мастер-классы, подготовили мотивационных и обучающие видео в YouTube. Организовали массовые Zumba флешмобы, марши ЗОЖ, спортивные забеги на стадионах. Впервые была создана электронная форма самоопросника по средиземноморской диете, ЗОЖ, факторам риска инсульта на двух языках. Проведено тестирование всех желающих на наличие факторов риска (электронный рискометр инсульта).

Результаты: Командой научного студенческого общества неврологии был проведен ряд мероприятий по предотвращению ССЗ и ЦВЗ: 31 мая 2016 года - “Всемирный день против табакокурения”; 21 сентября 2016 года - Всемирный день борьбы с деменцией (World Dementia Day), 28-29 октября 2016 года “Всемирный день борьбы с инсультом (World Stroke Day)”, “Средиземноморскую диету - в Кыргызстан” 10-17 ноября 2016 года , “Красный день борьбы с ССЗ и ЦВЗ Go Red Day”с 28 января по 3 февраля и “День защиты мозга - World Brain Day” 21 февраля 2017 года, Всемирный день здоровья (World health day) 7 апреля 2017 года. Информационное воздействие охватило более 1500 человек в Кыргызстане и за его пределами: мероприятия в 63 и 67 школах г. Бишкек, в ТРЦ “Бишкек-Парк, в кардиологических и ангионеврологических отделениях г. Бишкек, в Американском Университете в Центральной Азии. распространение результатов выступлений в масс-медиа (Zanoza, Facebook, Twitter, Акипресс). Из всей охваченной популяции, 78,1% людей не курят, 56,8% физически активны, но нормальный ИМТ наблюдается лишь у 45% населения. 87% населения никогда не слышали о средиземноморской диете, 68% никогда не прибегали к регулярным физическим нагрузкам и не оценивали данный фактор как защитный от ССЗ. У пациентов с инсультом, низкие показатели базисных знаний отмечались у лиц старшего возраста и при стаже заболевания менее одного года.

Заключение: Согласно многочисленным отзывам, обучение населения повысило уровень информированности о профилактике ССЗ. Кыргызстан впервые участвовал в международном Дне Борьбы С Инсультом, включился в мировой флешмоб, событие было размещено на международном сайте http://www.worldstrokecampaign.org/get-involved/world-stroke-day-events/235-stroke-is-preventable-1.html. Наша деятельность высоко оценена такими международными организациями, как World Stroke Campaign, European Stroke Organisation, American Heart Association, с включением деятельности НСО неврологии КГМА в информационные отчеты данных ассоциаций. Наиболее эффективная профилактика сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний (ССЗ и ЦВЗ) осуществляется путем коррекции поведенческих факторов риска (курение, избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни). На основании информации, полученной путем проведения эпидемиологических национальных исследований, можно формировать группы повышенного риска при построении стратегии первичной и вторичной профилактики ССЗ и ЦВЗ, что позволит сделать профилактику экономически более целесообразной.

Литература:

1. Сводка CDC in Kyrgyzstan. - https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/kyrgyzstan/pdf/kyrgyzstan.pdf
2. Kyrgyzstan in numbers. National Statistical Committee of Republic of Kyrgyzstan. Statistical reports of 2000-2011. Bishkek.
3. National report on human development. Kyrgyzstan. UNDP. Bishkek. 1997-2011.
4. The world health report, 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life

УДК 616.89:616.1

МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ КОГНИТИВНУЮ ДИСФУНКЦИЮ ПРИ БОЛЕЗНИ МЕЛКИХ СОСУДОВ СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ ШКАЛЕ FAZEKAS

Асылбек кызы Н., Нажмудинова Д., Русланова Л., науч. руководитель – асс. каф. неврологии с курсом медицинской генетики Луценко И.Л.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Асылбек кызы Нуриза, студентка 3 курса лечебного факультета КГМА
e-mail: nuriza0208@gmail.com
Нажмудинова Даяна, студентка 4 курса педиатрического факультета КГМА
e-mail: winchesterdayana@gmail.com

Актуальность: В формировании когнитивных нарушений значительная роль отведена диффузному поражению белого вещества, особенно лобных долей [1]. Его раннее распознавание с учетом нейровизуализации нарушений, комплексное лечение, основанное на современном понимании механизмов развития может создать возможности для контроля патологического процесса и получить долгосрочное улучшение качества жизни [2,3].

Цель: изучить клинико-МР-томографические характеристики различных клинических вариантов множественного очагового поражения белого вещества головного мозга и выявить связь со степенью поражения белого вещества головного мозга и уровнем когнитивных нарушений(КН). Дизайн: исследование по типу случай-контроль.

Материалы и методы. Критериями включения в исследования служили больные с изменениями белого вещества на МРТ головного мозга, в группу сравнения внесли больных с ишемическим инсультом (ИИ) другой локализации и в контрольную группу - больных без изменения в белом веществе головного мозга (БВГМ). МРТ больных оценивалось шкалой нарушения белого вещества Фазекас, которая состоит из следующих показателей: PVH (0-отсутствуют изменения, 1-вокруг желудочков есть линии толщиной с карандашную, 2-мягкие очаги вокруг желудочков (6-10мм),3-нерегулярные очаги(>10мм)) и DWMH(0-отсутствуют изменения, 1-мелкие фокальные очаги (>5мм), 2-ранние сливные поражения белого вещества, 3-сливные поражения белого вещества). КН были оценены по Монреальской Шкале оценки когнитивных функций (МоСА), функциональная активность (ФА) больных оценивалась по шкале Бартела, уровень депрессии оценивался при помощи шкалы Цунга.

Результаты. В исследование было включено 35 пациентов, мужчин в наблюдении было 40%, женщин 60%.Средний возраст больных в выборке составил 61,60±11,46 лет. Основная группа: 14,3% человек с поражением БВГМ и гипертонической болезнью(ГБ), 34,3% - с БВГМ и лакунарными инсультами, 28,6% - с поражением БВГМ и другой локализацией ИИ и 22,9% - без изменений в БВГМ были взяты в контрольную группу. Больные были распределены согласно следующим диагнозам: мультиинфарктная деменция - 5,7%,единичный лакунарный ИИ с поражением БВГМ - 31,4%, ИИ локализацией не в глубинном веществе и с поражением БВГМ- 25,7%, транзиторная ишемическая атака - 5,7%, другое - 25,7% и без неврологического диагноза - 5,7%. При сравнении среднего результата по МОСА-тесту между пациентами с изменением БВГМ по шкале Фазекас с показателями PVH 3 и PVH 0, получилось, чтобы средний балл у пациентов с показателем PVH0 (23±2,97) по Фазекас больше среднего балла пациентов с показателем PVH3 (17,83±6,08). Мы выявили связь между баллами по шкале Бартела и МОСА-тесту, которая оказалась значительно положительной достоверной (p=0,01), что значит: чем выраженнее когнитивный дефицит у пациента, тем больше он зависим от окружающих. По результатам теста “рисования часов” неудовлетворительное выполнение больше наблюдалось в группе с БВГМ и множеством лакунарных инсультов 58,4(%) и с поражением БВГМ и очагами ИИ другой локализации 60,0(%).

Выводы: У пациентов с выраженными нарушением в белом веществе головного мозга (лакунарные инфаркты, лейкоареоз) значительно страдают такие навыки, как конструктивный праксис, зрительно-пространственные навыки, кратковременная память и внимание, абстракция и отсроченное воспроизведение, по сравнению с другими группами наблюдения. Учитывая, что все нарушения были выявлены у групп с поражением БВГМ, мы считаем, что ранняя диагностика поражения БВГМ предупредила бы степень когнитивного дефицита, и в свою очередь, создала бы возможности для контроля патологического процесса и улучшения качества жизни пациента.

Литература:

1. Бугрова С.Г. Когнитивные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии //Неврологичекий вестник-2008-T.XL.-вып.3-С.9-13

2. О.С. Левин, Патология белого вещества при дисциркуляторной энцефалопатии: диагностические и терапевтические аспекты // «Трудный пациент» 2011.

3. Захаров В.В., Локшина А.Б. Когнитивные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии // РМЖ. 2009. №20. С. 1325.

УДК 616.831-005-036.11(575.2):164

ЛОГИСТИКА ИНСУЛЬТА В КЫРГЫЗСТАНЕ: ТРУДНОСТИ ВЕДЕНИЯ ИНСУЛЬТА В ОСТРОМ И РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ СОГЛАСНО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОННОГО РЕГИСТРА SITS-КЫРГЫЗСТАН

Луценко И.Л. – науч. руководитель, Жумакеева С.Ж.,
Титаренко Д.Б., Эрнисова М.
Кыргызская Государственная медицинская академия им.И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Луценко Инна Леонидовна ilutsenko555@gmail.com
Жумакеева Саламат - студентка 6 курса, лечебного факультета КГМА, e-mail: salamatka06@gmail.com

Актуальность: во всем мире, инсульт представляет собой большое бремя для структуры здравоохранения, и Кыргызстан не исключение. Это обусловлено высоким процентом инвалидизации и смертности больных с инсультом согласно показателю DALY [1]. Логистический параметр “время от события до поступления” и “время от поступления до иглы” являются основными для оценки антикоагулянтной и тромболизисной терапии при ишемическом инсульте. “Время от события до поступления” не должно превышать 2 часов, а “время от поступления до иглы” - 70 минут для эффективности терапии [2-4]. Одним из наиболее эффективных методов уменьшения данных параметров является наличие нейровизуализационных устройств внутри отделения и прямое поступление в отделение диагностики, минуя отделение приема.

Цели. Мы разработали исследование, целью которого являлось выявление значимых факторов, приводящих к утяжелению состояния больных по шкалам NIHSS (NationalInstitutesofHealthstrokescale) и Рэнкина. Данные были получены из международного электронного регистра инсульта SITS (SafeImplementationTreatmentofStrokes) - Кыргызстан. Возраст, NIHSS при поступлении, уровень артериального давления при поступлении, отсутствие TOAST критериев в клиниках, время от начала инсульта до поступления, высота над уровнем моря (высоко- и среднегорье), наличие МРТ в больнице, были взяты в качестве прогностических факторов исхода инсульта.

Методы и материалы.Скрининговый анализ собранных данных SITS, был проведен в 2 больницах г.Бишкек, Кыргызстан. Для кодировки ишемического инсульта мы использовали TOAST критерии. Все пациенты оценивались на 1, 7, и день выписке, также повторно были опрошены на 3 месяц от инсульта по шкалам NIHSS и Рэнкина. Многофакторный анализ факторов риска был выполнен с учётом возраста пациентов.

Результаты. Исследуемая группа была состояла из 425 человек, в том числе 229 (53,5%) мужчин и 199 (46,5%) женщин. Средний возраст у мужчин был 62,02 (±11.7) и у женщин 67,84 (±14,2) лет. Пожилой возраст являлся независимым фактором риска для инсульта (OR 3.8, 95%, 3.1 - 4.2). У пациентов в группе 18-45 лет отмечался больший промежуток времени пребывания дома, и позднее прибытие в больницу (p=0.001). Мы выявили прямую корреляцию между баллом NIHSS при поступлении и на 7 день от заболевания, то есть чем тяжелее состояние при инсульте, тем достоверное тяжелее состояние на 7 день (p=0.01). Только 18% из общего числа пациентов были закодированы врачами согласно критериям TOAST, и они продемонстрировали лучший исход, по сравнению с другими группами (OR=0.6, 0.8-1.1), потому что им было оказано дифференцированное лечение. Среднее значение времени от начала инсульта до поступления в стационар (“время от события до поступления”) составило 1460,19±2672,5 минут (24,28 +-44,58 ч), минимальное 30 минут, и максимальное 24000 минуты (400 ч), однако “время от поступления до иглы” составило . Длительное время прибытия связано с тем, что больные не решались обращаться в больницы, даже в столице. Количество больных попадающих в “терапевтическое окно” и которым возможно проведение тромболизиса составило 26,4%. Пациенты продемонстрировали низкий уровень приверженности гипотензивной (78%) и гипогликемической терапии (64%) до наступления инсульта. 65% больных прекратили приём гипотензивных средств через 1 месяц от инсульта, согласно телефонному контролю. Только 45% больных имели доступ к МРТ головного мозга при наступлении инсульта, и они показали лучший исход по шкале NIHSS (OR=0.7 95% 0.8-1.2).

Выводы. Главными причинами низкого качества оказываемой помощи больным с ишемическим инсультом в Кыргызстане явились следующие: длительное время от начала инсульта до поступления в

больницу, низкая приверженность гипотензивной и гипогликемической терапии, высокие баллы по шкале NIHSS (при поступлении), проживание в высокогорной местности, и недифференцированный подход к лечению ишемического инсульта в связи с отсутствием кодировки согласно критериям TOAST.

Литература:

1. Murphy A.,Jakab M., McKee M., Richardson E. Persistent low adherence to hypertension treatment in Kyrgyzstan: How can we understand the role of drug affordability? HealthPolicyPlan. (2016)doi: 10.1093/heapol/czw080First publishedonline: June 16, 2016.
2. Jakab M, Lundeen E, Akkazieva B. 2007a. Health System Effectiveness in Hypertension Control in Kyrgyzstan. Bishkek, Kyrgyzstan: CenterforHealthSystemDevelopment.
3. World Health Organization. 2013. Country health profiles: Kyrgyzstan [Online]. Geneva: World Health Organization. Available: http://www.who. int/gho/countries/kgz.pdf?ua¼1 [Accessed May 01 2016].
4. Wahlgren N, Ahmed N, Davalos A, et al. Thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): an observational study. Lancet 2007;369:275-282[Erratum, Lancet 2007;369:826.] CrossRef | WebofScience | Medline.

УДК 614.8.026.1(23.01/.03)(575.2):303.446.34

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗНЫХ ВЫСОТАХ В КЫРГЫЗСТАНЕ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В АНГИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ

Жумакеева С.Ж., Луценко И.Л. – науч. руководитель, Эсенбек к. Ж.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Жумакеева Саламат - студентка 6 курса, лечебного факультета КГМА, e-mail: salamatka06@gmail.com

Актуальность: Согласно данным Всемирного Банка, в Кыргызстане данные факторы риска влияют на 92.1% всех смертей от ишемического инсульта: факторы традиционного питания, нелеченая артериальная гипертензия, повышенный индекс массы тела и курение [5]. Три лидирующих поведенческих фактора включают малое употребление овощей (15.3%), значительное употребление углеводов (23.2%), малое употребление фруктов (11.2%). В исследованиях, проведенных Тянь-Шане была показана высокая заболеваемость нарушений мозгового кровообращения (НМК) в высокогорном г. Нарыне по сравнению с г. Бишкек [4].

Цель исследования: Учитывая разделение Всемирным Банком факторов риска на 3 группы, выявить поведенческие (приверженность неправильному питанию, употребление табака и алкоголя), метаболические (артериальная гипертензия, повышенный ИМТ, повышенный сахар сыворотки крови) и средовые (высота проживания) факторы риска у пациентов перенесших ишемический инсульт в Кыргызстане согласно опросу пациентов после перенесенного инсульта.

Материалы и методы: Мы наблюдали 250 пациентов с подтвержденным диагнозом ишемический инсульт, проходивших лечение в Городской Клинической Больнице № 1 г Бишкек, Кыргызстан в период с октября 2015 по март 2017 года. Диагноз “ишемический инсульт” был выставлен согласно данным клинической картины, анамнеза и данных нейровизуализации. Всем больным было проведено комплексное обследование, тщательное изучение индивидуального и семейного анамнеза с уточнением всех возможных факторов риска. Впервые были рассчитаны отношения шансов, рисков и риск развития повторного инсульта в течении 10 лет.

Результаты исследования: По нашему наблюдению, согласно классификации TOAST, на всех высотах преобладает инсульт по типу “атеросклероз магистральной артерии”. У 30 (16,5%) пациентов инсульт развился на фоне мерцательной аритмии, 153 (83,5%) на фоне артериальной гипертензии (АГ). Медиана цифр систолического артериального давления(САД) составила 150 мм.рт.ст. У 90,1% больных была выявлена сопутствующая патология: 21(11,5%) больных страдали сердечной недостаточностью(СН), 66 (36,3%) пациентов имели подтвержденный диагноз коронарная болезнь сердца (КБС), 6 (3,2%) пациентов имели пороки сердца. Несмотря на рекомендации по профилактике, повторный инсульт развился у 37(20,32%) пациентов. Артериальная гипертензия выступила

лидирующим фактором риска у больных на всех высотах. На высокогорье преобладали значительное употребление животного жира (78,3%) и преимущественное употребление углеводов - 69,6%. У лиц, проживающих на низкогорье, наследственность заняла второе место (40,7%), как и курение (31.4%). Злоупотребление алкоголем (20%) больше встречалось на низкогорье. 20,3% страдали СД 2 типа. 18,1% имели ИМТ более 24,9. Гиподинамия наблюдалась у 79(43,4%) пациентов, преимущественно на низкогорье. Средние значения ИМТ преобладали в группе с атеросклерозом крупных артерий (27,40±4,5), а минимальными были в группе с инсультом по типу болезни мелкого сосуда (25,25±4,5). Сочетание двух факторов таких как АГ и прием алкоголя увеличивает риск развития КЭ у женщин в 5 раз (OR=5,475(1,066; 28,122))**.** Десятилетний риск развития инсульта лидировал для лакунарных инсультов (74,15 ± 14,070 %), для инсульта по типу атеросклероза магистральной артерии составил 47,85 ± 24,139% и для кардиоэмболического инсульта 48,22 ± 26,711%.

Выводы: Таким образом, на всех высотах, артериальная гипертензия занимает лидирующую позицию как фактор риска. Были выявлены различия между факторами риска для высокогорья и низкогорья, в частности в рационе питания, наличия физической активности, виду сопутствующей патологии. Риск развития повторного инсульта в течении 10 лет преобладает у больных с инсультом по типу по типу “болезни мелкого сосуда”.

Литература:

1. Клиническое руководство по ведению больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения на догоспитальном этапе принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР № 114 от 28.03.2011.
2. Яхно Н.Н., ШтульманД.Р”.Болезни нервной системы”- 2001.
3. Тушемилов В. В. Автореферат “Повторный ишемический инсульт: факторы риска, прогнозирование и профилактика” .Нервные болезни.2009.
4. Н.Т. Кудайбергенова. Клиническое течение заболевания у больных, перенесших ишемический инсульт в различных горных условиях КыргызскойРеспублики..Вестник Казахского Национального медицинского университета. 4 / 2014.
5. Сводка Всемирного Банка о статистике ишемического и геморрагического инсульта в Кыргызстане http://global-disease-burden.healthgrove.com/l/43048/Hemorrhagic-Stroke-in-Kyrgyzstan.

УДК 613.2:616.831-005.4-036.11-009.86(575.2-25)

АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ: ВНЕДРЕНИЕ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ДИЕТЫ В АНГИОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ Г. БИШКЕК

Исмаилова Азиза, науч. руководитель – асс. каф. неврологии с курсом медицинской генетики Луценко И.Л.
Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Исмаилова Азиза-студентка 4 курса, лечебного факультета КГМА, e-mail: azizaismailova96@gmail.com

Актуальность: Некоторые пищевые продукты оказывают защитное действие на сосуды, и их употребление является защитным фактором от ишемического инсульта (ИИ) [1,3]. Средиземноморская диета (СД) имеет положительное влияние на уровень липопротеидов, эндотелий, уменьшает резистентность к инсулину, предотвращает метаболический синдром, достоверно снижает смертность от сердечно-сосудистых заболеваний [4,5].

Цель: Изучить характер питания и наличие здорового образа жизни (ЗОЖ) у больных с ишемическим инсультом в Бишкеке. Задачами являлись рассчитать балл ЗОЖ в обеих группах, а также внедрить средиземноморскую диету для вторичной профилактики цереброваскулярных заболеваний у пациентов, перенесших ишемический инсульт.

Дизайн: Исследование по типу случай-контроль.

Материалы и методы: В исследование было включено 2 группы наблюдения: 55 больных с ишемическим инсультом, получавших лечение в Городской Клинической Больнице № 1. В контрольную

группу вошли 53 человека без сердечно-сосудистых заболеваний. Все эти лица были протестированы по специально составленному опроснику, а также рассчитывался баллы ЗОЖ: максимальный балл ЗОЖ равен 4: 1 балл-не курит, 1 балл-не употребляет алкоголь, 1 балл -правильно питается, 1 балл-физически активен.

Результаты: Средний возраст больных в основной группе составил 60,16 +-16,293 лет, а в контрольной группе 53,1 +-13,441 лет. Женщин было 47%, мужчин 53%. Согласно классификации ишемического инсульта по TOAST, этиология распределилась следующим образом: атеросклероз крупной артерии (АКА) -22,4%, кардиоэмболический -14,3%, лакунарный - 36,7%. Употребление животного жира и углеводов в 2.8 раз увеличивают шансы возникновения ИИ в группе АКА (OR=2.8 (95% 3.1-4.6)). Больные с с ИИ этиологии АКА употребляют малое количество фруктов и овощей в неделю (p=0.0001), не употребляют злаки и пьют менее 2 литров воды в день[2]. 34% пациентов рассматривают употребление животного жира как традиционное питание в Кыргызстане, от чего не могут отказаться. 87,5% (p=0,0001) пациентов с ИИ не употребляют оливки и оливковое масло, для 56,3% из них это дорогостоящий продукт[2]. 87,5% пациентов не соблюдают здоровый образ жизни (OR=2.1 (95% 2.1-11.1) и физически неактивны. Средний балл ЗОЖ составил 1,42 +- 1,048 в основной и 2,91 в КГ. 36,7% были курильщиками в группе ИИ, а в контрольной группе - 21,9%. Всего 6,3% больных , перенесших ИИ могли найти время для выполнения упражнений или зарядки по 20 минут в день, а в контрольной группе -56,8% людей физически активны. ИМТ у пациентов всех подтипов ИИ по TOAST составил 25-29 (p=0.01), но в контрольной группе ИМТ меньше-составил 24 [2].

Выводы: Таким образом, было выявлено, что пациенты с ИИ не соблюдают ЗОЖ (87,5%), предпочитают жирную и углеводную пищу и имеют повышенный вес (32,7%). В контрольной группе 78,1% людей не курят, 56,8% физически активны, 43,6% употребляют много овощей, у 70,5% из них имеют нормальный вес (ИМТ <25). 38,6 % больных из контрольной группы придерживались правил СД, и только 6.1% из основной. СД и ЗОЖ являются достоверными факторами предотвращения сердечно-сосудистой и церебральной патологии. Нам удалось провести внедрение СД в информационные листы при выписке из ангионеврологических отделений для каждого больного.

Литература:

1. Teresa T. Fung, Meir J. Stumpfer, JoAnn E. Manson, Kathryn M. Rexrode, Walter C. Willett, Frank B. Hu. Prospective study of major dietary patterns and stroke risk in women//Stroke 2004.-P.17-20.
2. Tobias Kurth, Michael Gaziano, Klaus Berger, Carlos S. Kase, Kathryn M. Rexrode, Nancy R. Cook, Julie E. Buring, JoAnn E. Manson. Body mass index and the risk of stroke in men//American medical association 2002.-vol 162.
3. Susan S Cho,Lu Qi,George C Fahey Jr, David M Klurfeld. Consumption of cereal fiber, mixtures of whole grains and bran, and whole grains and risk reduction in type 2 diabetes, obesity, and cardiovascular disease//The american jurnal of clinical nutrition 2004-2006.-P.23-26.
4. Шамшева Д.С., Богданов А.Р. Кардиопротективные эффекты средиземноморской диеты//ФГБУ «Научный институт питания» РАМН, 2014-С.6-14.
5. Lluı´s Serra-Majem, PhD, MD, Blanca Roman, MD, and Ramón Estruch, PhD, MD. Scientific Evidence of Interventions Using the Mediterranean Diet: A Systematic Review// Nutrition Reviews, Vol. 64, No. 2.-P.10-13.

УДК 616.8:616.134.9-053.8/.9

ВАРИАНТЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Омурбеков С.О., науч. руководитель - Луценко И.Л., Жумакеева С.Ж., Турусбекова А. К., Абдраманова А. К.,
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Республика Кыргызстан.

Омурбеков С. О. - студент 4 курса, педиатрического факультета, КГМА им. И. К. Ахунбаева, e-mail: sultanbekomurbekov@gmail.com

Турусбекова А.К. - врач функциональной диагностики, МПЦ “Кардиоцентр”
Абдраманова А.К. - врач функциональной диагностики, МПЦ “Кардиоцентр”
Жумакеева Саламат - студентка 6 курса, лечебного факультета КГМА им. И.К. Ахунбаева, e-mail: salamatka06@gmail.com

Актуальность: По данным отдела эпидемиологии и демографии ВОЗ расстройства гемодинамики в сосудах вертебрально-базилярного бассейна составляют более 30% всех сосудистых заболеваний головного мозга [1]. Широкая распространенность, поражение преимущественно людей активного возраста, частая склонность к упорному, затяжному течению с неоднократными рецидивами, отсутствие единых взглядов на этиологию, патогенез, диагностику и лечение вертеброгенных заболеваний нервной системы определяют важность изучения синдрома позвоночной артерии (СПА) [2].

Цель: Выявить варианты неврологических расстройств при синдроме позвоночной артерии различного генеза у пациентов среднего и пожилого возраста. Задачи: 1) сравнить клинические и допплерографические особенности у больных с нарушениями гемодинамики в вертебрально-базилярном бассейне различного генеза, 2) выявить долю этиологических факторов, лежащих в основе синдрома позвоночной артерии у обследованных больных, 3) определить корреляционные взаимоотношения параметров церебральной гемодинамики с выраженностью клинических симптомов у больных с синдромом позвоночной артерии и вертебрально-базилярной недостаточностью.

Материалы и методы: В исследование было включено 27 пациентов, проходящих обследование в частном центре “Кардиоцентр” в г. Бишкек, а также в ангионеврологическом отделении Городской Клинической Больницы №1. Всем больным проводилось триплексное сканирование магистральных артерий головы на экстракраниальном уровне на УЗДГ аппарате Vivid S5. Неврологическое обследование проводилось при помощи проб Ромберга, Унтербергера и шкалы МАСТ, помимо этого собирались некоторые данные анамнеза.

Результаты: Средний возраст больных в выборке составил 52,89±10.10 лет, мужчин было 40,74%, женщин 59,25%. Больные были распределены по клиническим стадиям: функциональная стадия = 25(90,6%), органическая стадия=2(7,4%). Распределялись также согласно следующим патогенетическим подтипам синдрома позвоночной артерии:1) СПА гемодинамического генеза 17(63,0%), 2) СПА атеросклеротический + гемодинамический 3 (11,1%), 3) СПА гемодинамический + вертеброгенный 3 (11,1%), 4) СПА вертеброгенного генеза 2(7,4%), 5) СПА миогенный + вертеброгенный 2 (7,4%). Самыми частыми жалобами былиголовокружение (85,2%), скованность в шее (55,6%), нарушения слуха (40,7%), шум в ушах (59,3%), шаткость при походке (48,1%), нарушения зрения (63,0%), ощущение инородного тела в глазу(48,1%), боли в сердце=13(48,1%). Больные были неустойчивы в пробе Унтербергера при наличии вестибулоатаксического синдрома (p=0,001), который превалировал в функциональной стадии СПА. Головная боль и нарушение зрения были характерными симптомами функциональной стадии СПА (p=0,001, p=0,004 соответственно). Пробу Унтербергера при всех подтипах СМА не выполнили 29,6%, а 96,3% больных неустойчивы в позе Ромберга. Были выявлены достоверные различия между СПА гемодинамического генеза и СПА сочетанного генеза (миогенный+вертеброгенный) в спектральных характеристиках кровотока. Атеросклеротическое поражение было выявлено у 14,86% больных, самая частая локализация бляшек - зона каротидной бифуркации.

Выводы: Таким образом, в выборке превалировала функциональная стадия, самый частый генез СПА - гемодинамический. Большее количество жалоб наблюдалось в функциональной стадии, а в органической выявлены неврологические нарушения по шкале МАСТ. СПА по своей природе полиэтиологичен и всегда нуждается в допплерографическом подтверждения для выявления гемодинамических механизмов, атеросклероза.

Литература:

1. Самсонова И.В. Вертебро-базилярная недостаточность: проблемы и перспективы решения //Вестник Витебского государственного медицинского университета. - 2006. - №4, том 5. - С.15.
2. Бабанина Л.П. Вертеброгенный синдром позвоночной артерии: Диссертация кандидата медицинских наук : 14.00.13/Бабанина Людмила Петровна; [Место проведения: Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агенства РФ]. Москва, 2006. -17 с.

УДК 616.89:616.831-005.1/.4-036.11

КОГНИТИВНЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Эрнисова М.. науч. руководитель - - асс. каф. неврологии с курсом медицинской генетики Луценко И.Л.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Эрнисова Майрам – 4-курс лечебный факультет КГМА им. И. К. Ахунбаева,
e-mail: mairamernisova@gmail.com

Актуальность. Своевременная диагностика и адекватная реабилитация когнитивного дефицита способствуют повышению качества жизни человека [1]. При этом первоочередной задачей, является выявление на ранней стадии степени когнитивных нарушений (КН) [2].

Цель исследования. Выявить степень когнитивных и эмоционально - аффективных нарушений у пациентов в остром периоде ишемического (ИИ) и геморрагического инсульта (ГИ) по данным выборки из Городской клинической больницы №1.

Материалы и методы. Было проведено исследование по типу случай-контроль. В основную группу входили больные с кардиоэмболическим (КЭИ) и лакунарным инсультом (ЛИ), а в группу сравнения больные с атеротромботическим инсультом (АТИ). Исследовано 100 человек, из них мужчины - 54,8%, женщины - 45,2% в остром периоде ИИ и ГИ, находившихся на обследовании и лечении в отделении ангионеврологии ГКБ №1 г. Бишкек. Определяли подтип ИИ по классификации Шмидта и критериям TOAST, а ГИ устанавливали по локализации кровоизлияния. В опросник входили шкала NIHSS для оценки тяжести инсульта; Монреальская шкала когнитивной оценки (МоСА), тест батареи лобной дисфункции (FAB), тест рисования часов, методика “Таблица Шульте” для оценки степени КН; шкала Спилбергера-Ханина (С-Х) для оценки реактивной и личностной тревожности, а также индекс Бартелл для определения функциональной зависимости больных.

Результаты. Показатели возрастов достоверно различались в группах ИИ и ГИ: 62,9±11,7 и 50,5±9,8 (p=0.046). В группе ИИ наблюдались умеренные неврологические нарушения по NIHSS (6,46±3,7), а в группе ГИ тяжелые 9,5±2,6 (p=0.012). Выявлены достоверные различия в группе ИИ и ГИ по результатам МОСА теста: 20,9±5,4 и 14,7±3,8 (p=0,03) что говорит о легких КН при ИИ и умеренных КН при ГИ. Средний возраст больных в группе АТИ составил 62±10,1 лет, у данных больных выявлены умеренные неврологические нарушения по NIHSS (6,1±4,1). По результатам МОСА теста найдены легкие КН (21,2±5,7), однако по результатам FAB выявлены признаки лобной деменции (11,06±3,7), что возможно связано с длительным течением атеросклероза сосудов головного мозга и наличием дисциркуляторной энцефалопатии. По тесту рисования часов определена визуальная пространственная дезорганизация средней степени. Больные с АТИ проявили умеренную личностную (ЛТ) и ситуативную тревожность (СТ). Данные больные были умеренно зависимы от окружающих (Балл шкалы Бартелла 82,5±7,9).

Больные с КЭИ были старше (средний возраст составил 70,1±8,9лет), и проявили более тяжелое состояние по шкале NIHSS (тяжелые неврологические нарушения (11,1±3,5)). КН также были более выраженными: по МОСА тесту грубые КН (9,89±1,05) и умеренная лобная дисфункция по FAB (4,1±4,5). Больные с КЭИ проявили также более высокую тревожность (высокая ЛТ (47,1±6,4) и умеренная СТ (34,7±13,1), имеющая прямую сильную связь с тяжестью состояния по шкале NIHSS (p=0,006). Определена выраженная видимая пространственная дезорганизация в связи с чем возникли большие трудности при рисовании часов (4±1,5). При КЭИ выявлено резкое замедление скорости переключения внимания, способности к концентрации и удержанию внимания 124±75,1 сек (N=50сек).

Больные с КЭИ оказались более зависимы от окружающих по шкале Бартелл (74,4±3,7).

Средний возраст при ЛИ составил 64±8,9лет. Данный вид инсульта оказался самым легким по шкале NIHSS (легкие неврологические нарушения (5,53±2,9)), поэтому у больных с ЛИ , т.е. у них нет проблем с самостоятельным уходом за собой (92±2,1 баллов по шкале Бартелла). При прохождении когнитивных шкал у больных с ЛИ не возникло трудностей (20,1±5,9 баллов), как и при выполнении проб на праксис: рисунок часов визуально и пространственно выглядит нормально (2±2,1). Однако у

данной категории больных определена высокая ситуативная тревожность 40,5±7,8 (p=0,11). Определена связь между размером очага и степенью КН, выявлены легкие КН при малом размере очага и грубые при большом размере очага 14,7±3,8 (p=0,03). Грубые КН нарушения определены у больных с длительностью течения гипертонической болезни более 10 лет 14,6±6,8 (p=0,2), легкие при длительности 1-5 лет 21,5±5,5 (p=0,004). 39,1% больных отмечают факт перенесения инсульта со стороны родителей.

Выводы. Мы выявили выраженные нарушения в неврологическом (тяжесть состояния в дебюте, праксис), когнитивном (когнитивный статус) и эмоциональном (показатели личностной и ситуативной тревоги) статусах при кардиоэмболическом инсульте. Больные с лакунарным инсультом проявили менее выраженный когнитивный дефицит и независимы от окружающих. При больших очагах инсульта и длительном анамнезе гипертонической болезни наблюдаются выраженные когнитивные нарушения. Мы рекомендуем принимать во внимание подтип инсульта для определения как когнитивного, так и функционального прогноза восстановления в остром периоде. Нелеченная тревога усугубляет когнитивный дефицит и должна быть вовремя выявлена нейропсихологом для сокращения инвалидизации.

Литература:

1. Емелин А.Ю. Когнитивные нарушения при цереброваскулярной болезни что между нормой и деменцией? // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015. №1 С.94-98.
2. Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш. Когнитивная реабилитация больных с инсультом и черепно-мозговой травмой: монография / – 2-е изд. – Н. Новгород: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2013. – 324 с.
3. Мищенко Т.С., Шестопалова Л.Ф., Мищенко В.Н.. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции. Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ И ТЕХНИЧЕСКИХ ВУЗОВ

А.Б. Логинова, Научный руководитель: д.м.н. профессор Осипенко М.Ф.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета, Новосибирский государственный медицинский университет.

Актуальность. Патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения. Проведенные популяционные исследования показали, что распространенность основных симптомов патологии ЖКТ у взрослых составляет 20-40%. В России впервые в 2003-2005 гг. С.А. Курилович и О.В. Решетниковым (Новосибирск) среди взрослого населения и подростков 14-17 лет была исследована распространенность гастроинтестинальных симптомов с определением их наличия почти в половине исследованной популяции.

Цель: определить распространенность гастроинтестинальных симптомов/синдромов среди студентов Новосибирского государственного медицинского университета (НГМУ) и Новосибирского государственного технического университета (НГТУ).

Материалы и методы. Методом сплошной выборки проведено анкетирование 300 студентов с использованием валидизированного международного опросника GSRS. Всего в исследовании участвовало 145 лиц женского пола и 155 мужского. Статистическая обработка проведена с применением программы IBM SPSS 19.

Результаты исследования. В группе студентов НГМУ преобладали представители женского пола (67,3%), а среди студентов НГТУ мужского (70,7%). У студентов НГМУ средний возраст составил 19,9±2.01 лет, у студентов НГТУ 18,9 ±1.45 лет. Средний индекс массы тела в обеих группах студентов статистически не различался.

По данным исследования установлено, что синдром абдоминальной боли возникает у студентов обоих ВУЗов практически с одинаковой частотой: в 80% (НГМУ) и 72% (НГТУ). Синдром диспепсии чаще беспокоит студентов НГМУ (88,7%), а студентов НГТУ в 66.9% ($p < 0.05$). Наличие синдрома кислого рефлюкса выявили у каждого второго студент, соответственно 50,7% в НГМУ и 48% в НГТУ. Нарушение пассажа по кишечнику чаще отмечают студенты НГМУ. Так синдром запора присутствует в

48% у студентов НГМУ и у 19,2% студентов НГТУ ($p < 0.01$). Синдром диареи отмечают у себя 30% учащихся в НГМУ и 18,7% учащихся в НГТУ ($p < 0.05$).

Выводы. Наиболее частыми гастроинтестинальными синдромами среди опрошеных являются синдром диспепсии и абдоминальной боли. Практически каждый второй студент жалуется на симптомы гастроэзофагеального рефлюкса. Достоверно чаще у студентов НГМУ встречается синдром диспепсии и все виды нарушений пассажа по кишечнику.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ Г.БИШКЕК

Абдыжапарова М., Ботбаева Э., Буржубаева А.К., Сыдыкова С.Ж., Жайлообаева А.Т.
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызстан

Целью данного исследования явилось определение распространенности курения и уровня приверженности к ряду мероприятий, направленных на контроль табакокурениясреди общей популяции жителей г.Бишкека.

Материалы и методы: сбор данных производился путем анкетирования посетителей крупного торгового центра г.Бишкек. Респондентам предлагалось заполнить небольшую анкету, содержащую вопросы о статусе курения и осведомленности о запрете курения в общественном транспорте. Полностью анкету заполнили 163 человека, из них женщин – 37,4%, мужчин – 62,6%. Большая часть респондентов была представлена студентами (47,2%) и работниками различных сфер (39,9%), еще несколько респондентов являлись школьниками (1,2%), безработными (4,3%) и пенсионерами (2,5%), а 8 участников анкетирования воздержались от указания вида их деятельности (4,9%).

Результаты: распространенность курения среди респондентов составила 25,2%: 41 из 163 респондентов признали, что курят в настоящее время. При этом среднее количество выкуриваемых сигарет в день составило 9,45 ± 8,1 сигарет, возраст начала курения – 17,8 ± 4,6 лет, а стаж курения – 9,1 ± 10,4 лет. Как и ожидалось, распространенность курения среди мужчин была гораздо выше, чем среди женщин: 31,4% и 13,3%, соответственно, при этом ОШ составляло 2,97 (ДИ от 1,27 до 6,98). Дополнительно была проанализирована осведомленность посетителей торгового центра о наличии запрета курения в общественных местах. Среди мужчин отмечалась более высокая тенденция к осведомленности (83,3%), чем среди женщин (76,7%), однако различие не являлось статистически значимым (ОШ – 1,52, ДИ от 0,69 до 3,36). Анализ отношения респондентов к ряду актуальных аспектов табакокурения показал, что 85,8% респондентов считали, что курение следует запретить во всех общественных местах, в том числе местах общественного питания, 74,1% респондентов считали, что следует повысить акцизный налог на табачную продукцию, 67,3% респондентов считали, что размер предупреждений о вреде табака для здоровья на упаковках табачных изделий следует увеличить, и 79,6% респондентов считали, что демонстрационную выкладку сигарет и насвая в местах торговли необходимо запретить.

Выводы: высокая распространенность курения среди респондентов требует усиления мер табакоконтроля, а также разработки более эффективных образовательных программ для всего населения в отношении профилактики основных неинфекционных заболеваний. Высокий процент респондентов, положительно относящихся к мерам контроля над табаком отражает положительную настроенность общества и готовность к внедрению более агрессивных мер контроля над табаком.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕЩЕВОГО РИККЕТСИОЗА СРЕДНЕЙ АЗИИ ПО МАТЕРИАЛАМ РКИБ

Алмазбекова А.А., Жуманадырова Э.Ж, Муканбеткеримова Г.М., науч. руководитель- к.м.н., доцент Джумагулова А.Ш.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Кафедра инфекционных болезней

Алмазбекова А.А.- студентка 5 курса лечебного факультета
Жуманадырова Э.Ж- студентка 5 курса лечебного факультета
Муканбеткеримова Г.М- ассистент кафедры инфекционных болезней

Эпидемически активные очаги клещевого риккетсиоза установлены в РФ, Казахстане, Средней Азии, Закавказье, Монголии, Китае, Пакистане. Так, показатель заболеваемости в Казахстане составляет 1,77 на 100 тыс.населения, в России -2,1, при этом Алтайский и Красноярские края имеют наиболее высокие показатели (80% всех случаев) [1-3]. В Кыргызской Республике нет официальной регистрации клещевого риккетсиоза. Но официальное отсутствие регистрации не является отражением фактического состояния заболеваемости, так как природные очаги с резервуарами инфекции (клещи) продолжают существовать и действовать. Поэтомуизучение эпидемиологических особенностей клещевого риккетсиоза, а также необходимость решения вопросов по своевременной диагностике и медицинской помощи больным, определили актуальность настоящего исследования.

Целью настоящего исследования является изучение эпидемиологических и клинических особенностей течения клещевого риккетсиоза для улучшения лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования: Был проведен анализ 37 историй болезней пациентов с клещевым риккетсиозом Средней Азии (КР), госпитализированных в РКИБ за2011-2016 гг. Были использованы эпидемиологические, клинические, лабораторные (общеклинические, ИФА на антитела клещевого энцефалита) методы исследования.

Результаты: Анализ показал стабильный рост числа случаев КР за наблюдаемый период, от 1 случая в 2011 г до 16 случаев в 2016 г. Среди наблюдаемых больных преобладали лица мужского пола в возрасте от 31 до 50 лет (44,4%), с пиком заболеваемости в мае месяце (24,3%). В большинстве случаев (56,7%) заражение происходило во время туризма или отдыха в лесных массивах и горной местности.На присасывание клеща указывали абсолютно все больные.Для КР характерны такие особенности, как преимущественно среднетяжелое течение (64,9%), с первичным кожным аффектом (64,8%), петехиальной или розеолезно-папулезной экзантемой (78,4%), регионарным лимфаденитом 54%. Отмечался положительный терапевтический эффект при назначении доксициклина. Среднее пребывание в стационаре больных с КР со среднетяжелой формой составило5,0±1 дня.

Заключение. На территории республики существуют активные природные очаги КР, обеспечивающие рост заболеваемости.Необходимо широкое внедрение современных методов лабораторной диагностики (ИФА, ПЦР) для расширения спектра этиологической расшифровки и совершенствования эпидемиологического надзора за клещевыми инфекциями в Кыргызстане.

Литература:

1. Рудаков Н.В., Самойленко И.В. Диагностика риккетсиозов группы клещевой пятнистой лихорадки в России//Клиническая лабораторная диагностика. – 2015.- №1, т.60.-С.50-52.

2. Егембердиева Р.А. Клещевой риккетсиоз в Северо-Казахстанской области //Мед.журнал Западного Казахстана.-2010.-№3.-С.39-42.

3. Козлова И.В., Злобин М.М. и др. Клещевой риккетсиоз в Прибайкалье: современная эпидемиологическая ситуация и генетическая вариабельность возбудителя // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2007. - № 6. – С.16-22.

УДК 378.096

ОЦЕНКА МОДУЛЯ «ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ МЕДИЦИНУ»

Канат к. Б., Раимжан к. М., Курумшиева А.Ш., Сыдыкова С.Ж.

Кафедра госпитальной терапии Кыргызской государственная медицинская академия им. И.К, Ахунбаева[1]

Канат к. Б. – асс. каф. госпитальной терапии, тел. 0559 394 559, e-mail lady.bazira@mail.ru

Раимжан к. М. – орд. 2 года каф. госпитальной терапии

Иманалиева Ф.Э. - асс. каф. госпитальной терапии

Курумшиева А.Ш. – к.м.н., доц. каф. госпитальной терапии

Сыдыкова С.Ж. – асс. каф. госпитальной терапии

Введение: Модуль «Введение в клиническую медицину» (далее ВВК) проводится у студентов 2 курса лечебного факультета на 3-м семестре по новой системе обучения. В этот модуль входят 6 предметов: основы врачебной коммуникации, медицинская визуализация, основы клинических

обследований во внутренней медицине, основы клинических обследований в акушерстве и гинекологии, основы клинических обследований в детских болезнях, основы пропедевтики в хирургических болезнях

Цель: оценка модуля ВВК для улучшения качества преподавания данного модуля

Материал и методы. В 2016 г. проведено поперечное исследование с использованием специально разработанной анкеты для студентов 2 курса. Анкета заполнялась анонимно, после окончания модуля ВВК.

Всего проанкетировано 295 студента 2 курса лечебного факультета, из них 66,1% (n=195) девушек и 33,9% (n=100) парней. Средний возраст составил 19,4±1,3 лет.

Результаты. Основная масса студентов (96,3%) считают, что модуль ВВК позволили им познакомиться и овладеть основными клиническими навыками. Однако дальнейший анализ по удовлетворенности студентами освоенными практическими навыками по различным дисциплинам модуля показал, что более половины студентов низко оценивают своим практические навыки с беременными, родильницами и гинекологическими пациентами.

13,7% студентов считают, что они абсолютно не усвоили навыки физикального обследования детей, и 10,2% - гинекологических пациентов, в то время как навыки физикального обследования взрослых пациентов не усвоили лишь 1,7%.

Основы коммуникаций с пациентами, схему клинического обследования взрослых, детей, методику расспроса взрослых и детей, основы асептики, антисептики и десмургии усвоили подавляющее количество студентов - более 70% студентов.

Выводы. Данные опроса студентов в дальнейшем необходимо учитывать и совершенствовать преподавание клинических навыков, в частности, по компоненту акушерства и гинекологии.

УДК 614.23

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВОСПРИЯТИЕ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА»

Нурдинов Б. [1], **Бримкулов Н.Н.** [2], **Сыдыкова С.Ж.** [1]

[1]Кафедра госпитальной терапии Кыргызской государственная медицинская академия им. И.К, Ахунбаева

[2]Кафедра семейной медицины КГМА им. И.К, Ахунбаева

Нурдинов Б. – ЛФ. ст. 6 к., тел. 0557 144 868, e-mail bai4ik.bn@gmail.com
Бримкулов – научный руководитель, зав. каф.семейной медицины
Сыдыкова С.Ж. – асс.каф. госпитальной терапии

Актуальность: Сегодня основной проблемой системы здравоохранения КР является нехватка врачей общей практики (семейных врачей). МЗ предпринимает различные пути решенияданной проблемы,в том числе предлагает схему последипломного образования, согласно которой каждый выпускник в обязательном порядке должен пройти 2-х годичную ординатуру по специальности “Врач общей практики”, после чего отработать в сельской местности 1 год в качестве ВОП, прежде чем выбрать узкую специализацию. Данное решение МЗКР вызвало большую взволнованность со стороны студентов медицинских ВУЗов, которые летом 2016 г. восприняли спасительное решение МЗКРкак «ущемление прав» студентов-выпускников.

Цель: Определить факторы, влияющие на восприятиеспециальности “семейной медицины” студентами КГМА, и выделить факторы, которые являютсянаиболее важными для студентов при выборе будущей специальности.

Материалы и методы:поперечное исследование с использованием специально разработанных анкет. Проведен опрос среди студентов 1, 5 и 6 курсов лечебного факультета КГМА им. И.К. Ахунбаева. Данные анкетирования обрабатывались в программе MicrosoftOfficeExcel 2007 с расчетом экстенсивных показателей (%).

Результаты: Всего опрошено 120 студентов 1, 5 и 6 курсов, из них женщин – 63 (52,5%), мужчин – 57 (47,5%). 25% студентов 1-курса, 13% студентов 6-курса и всего лишь 5% студентов 5 курса

заинтересованы в семейной медицине. 25% студентов 1курса, 55% 6курса и 90% студентов 5курса считают, что семейная медицина не ценится в нашем обществе.

95% студентов 1 и 5 курса указали, что зарплата является ключевым фактором при выборе специальности, такой показатель у 6-курса составляет 100%, т.е. все студенты 6-курса убеждены, что зарплата основная причина, по которой они выбирают специальность.

30% всех студентов считают, что семейный врач оказывает медицинскую помощь низкого качества. 25% студентов слышат негативные отзывы о семейной медицине со стороны администрации и ППС КГМА. 40% студентов также слышат плохие отзывы от узких специалистов и 50% всех студентов указали, что ординаторы и аспиранты негативно отзываются о профессии семейного врача.

Выводы. Результаты опроса среди студентов 1, 5 и 6 курсов однозначно свидетельствуют о необходимости срочных мер для формирования положительного отношения к специальности «семейная медицина», разработки комплексного стратегического подхода к решению этой проблемы. Выявленные факторы, которые формируют отношение студентов к профессии (представление о работе СВ, заработная плата, влияние ППС, наличие лидеров семейной медицины), должны стать мишенью стратегии.

Интересно, что сравнение результатов данного опроса (2017 г.) с данными предыдущих исследований (2014-2015 г.) говорят о положительных изменениях восприятия студентов данной специальности, так как в 2015 г. лишь 6% первокурсников положительно относились к выбору специальности «Семейный врач», а в 2017 г. – 25%. Несомненно, большой вклад внесла реформа учебных программ КГМА и ее ориентированность на подготовку ВОП.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ОБРАЩЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ НАРЫНСКОЙ ОБЛАСТИ К СЕМЕЙНОМУ ВРАЧУ

Ботбаева Э.[1], Кошукеева А.[1], Бримкулов Н.Н.[2], Сыдыкова С.Ж.[1]
[1]Кафедра госпитальной терапии
Кыргызской государственная медицинская академия им. И.К, Ахунбаева
[2]Кафедра семейной медицины
Кыргызской государственная медицинская академия им. И.К, Ахунбаева

Ботбаева Э. – докладчик, ст. ЛФ. 3 к. 40 гр., тел0558904744, e-mail botbaichik@list.ru
Кошукеева А. – ст. ЛФ 3 к.
Бримкулов – научный руководитель, зав. каф.семейной медицины
Сыдыкова С.Ж. – асс.каф. госпитальной терапии

Целью нашего исследования стало изучение структуры и частоты основных причин обращения пациентов в организации ПМСП в Нарынской области Кыргызской Республики.

Материалы и методы: Нами проведено поперечное исследование в условиях первичного звена здравоохранения в 3 населенных пунктахНарынской области: в Ат-Башинском районном ЦСМ, Кочкорском районном ЦСМ №1 и ЦСМ г. Нарын.

В течение пяти рабочих дней весной 2016 г. исследователи провели регистрацию всех посещений семейных врачей, используя специально разработанную карту посещения пациентов. В карту заносились демографические данные пациента и причина посещения. При этом причина посещения классифицировалась по двум международным классификациям: ICPC-2 и МКБ-Х. Участие пациентов происходило после получения информированного согласия. Врачам предварительно был проведен мини-тренинг с разъяснением цели, задач и методологии исследования. На проведение исследование предварительно было получено разрешение этического комитета.

Результаты: общее число зарегистрированных посещений ЦСМ Нарынской области, после исключения карт, имеющих технические погрешности, составило 1136. Количество обратившихся женщин превысило количество мужчин – 729 (64,2%) и 407 (35,8%) соответственно. Среди обратившихся были пациенты всех возрастных групп, однако наибольшей была группа в возрасте от 17 до 55 лет, составляя 43,4% (n=423) от общего числа всех обратившихся.

Изучение основных причин обращения на уровень ПМСП обнаружило, что с целью консультации по поводу заболевания обращались 41,5% всех пациентов. Второй самой частой целью

посещения семейных врачей является посещение по поводу диспансерного наблюдения хронических заболеваний, составляя 24,9%.

В структуре обращаемости в обеих группах преобладают респираторные симптомы - 21,1%. Основными жалобами, предъявляемыми пациентами Нарынской области, были: кашель–11,7% (n=114), лихорадка –9,4% (n=91), головная боль – 9,1% (n=88), слабость – 6,2% (n=60), боли в поясничной области - 5,8% (n=56).

Для дальнейшего анализа симптомы были сгруппированы по системному признаку, по классификатору ICPC-2. Наиболее распространенной группой симптомов в Нарынской области оказалась группа дыхательных симптомов (n=404, или 24,3%). Следующими по частоте были общие симптомы, включающие в себя лихорадку, озноб, усталость, слабость и др. (n=359, или 21,6%), группа симптомов системы пищеварения (n=189, или 11,4%), группа неврологических симптомов (n=179, или 10,8%), симптомы скелетно-мышечной системы (n=109, или 11,2%).

Заключение: Проведенное исследование позволяет получить реальную картину деятельности сельского семейного врача. Определены наиболее частые симптомы и заболевания, вынуждающие пациента обратиться к врачам. Выявление наиболее актуальных проблем населения позволяет улучшить подготовку семейных врачей на додипломном и последипломном уровне.

С КАКИМИ ПРОБЛЕМАМИ ОБРАЩАЮТСЯ ЖИТЕЛИ СТОЛИЦЫ К ВРАЧУ ЦСМ?

Кубанычбек к. М., [1], Бримкулов Н.Н. [2], Сыдыкова С.Ж. [1]
[1]Кафедра госпитальной терапии
Кыргызской государственная медицинская академия им. И.К, Ахунбаева
[2]Кафедры семейной медицины
Кыргызской государственная медицинская академия им. И.К, Ахунбаева

Кубанычбек к. М.– докладчик, ст. ЛФ. 5к. 43гр., тел 0558118106, e-mail myrza_0505@mail.ru
Бримкулов – научный руководитель, зав. каф.семейной медицины
Сыдыкова С.Ж. – асс.каф. госпитальной терапии

Целью нашего исследования стало изучение основных причин посещения городских жителей на первичный уровень здравоохранения на примере одной из ЦСМ г. Бишкек.

Материалы и методы: Нами проведено поперечное исследование среди врачей ГСВ одной из крупнейшей ЦСМ столицы КР. В течение 4 рабочих дней весны 2016 года зарегистрировано 782 пациента, обратившихся на прием к одному из врачей ГСВ: терапевту, гинекологу, или педиатру.

С помощью специально разработанной карты посещения осуществлялась регистрация посещений, с указанием демографических данных, длительности приема, причины посещения, сформулированной пациентом и причины посещения, указанной врачом. Кодировка причины посещения осуществлялась по международной классификации ICPC-2, разработанной специально для первичного здравоохранения.

Результаты: Проведена регистрация 782 пациентов, обратившихся в ЦСМ г. Бишкек. Средняя продолжительность консультации составила 8,9± 7,7 минут. Среди населения, обратившегося к семейным врачам, женщин было больше, чем мужчин — 503 (64,3%) и 279 (35,7%) соответственно. Среди обратившихся были пациенты всех возрастных групп, однако наибольшей была группа в возрасте от 17 до 55 лет, составляя 42,1%.При изучении основных причин обращения на уровень ПМСП обнаружено, что в г. Бишкек с целью консультации по поводу заболевания обращались 41,8% пациентов. Второй самой частой целью посещения семейных врачей среди городского населения является посещение по поводу диспансерного наблюдения хронических заболеваний, составляя 37,3% пациентов. В структуре обращаемости преобладают респираторные симптомы, 28,8%. Основными жалобами, предъявляемыми пациентами, были: кашель – 17,2% (n=119), лихорадка –10,4% (n=72), гинекологические жалобы -8,0% (n=55), слабость – 6,8% (n= 47), головная боль – 6,4% (n=44).

Заключение: Таким образом, более половины пациентов приходят не по поводу остро возникших симптомов, а с целью диспансерного наблюдения и другими целями. Учитывая, что основная лечебно-консультативная работа занимает менее половины рабочего времени, можно предположить, что некоторые функции, не относящиеся к лечебно-диагностическим, можно было бы делегировать среднему медперсоналу или организовать иначе. Крайне сжатые временые рамки приема

пациентов (в среднем 8,9±7,7 минут) требуют пересмотра и поиска путей оптимизации работы. Выявленная частота ведущих по частоте симптомов позволяет адаптировать программу подготовки врачей первичного уровня.

ИКСОДОВЫЕ КЛЕЩИ-ПЕРЕНОСЧИКИ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ИНФЕКЦИЙ

Сагалиева Н.Д.. Эргешова А.Б, науч. руководитель к.м.н., доцент Джумагулова А.Ш.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева?
Кафедра инфекционных болезней

Сагалиева Н.Д.- студентка 4 курса факультета МПД
Эргешова А.Б.-ассистент кафедры инфекционных болезней,e-mail: ainur_kgma@mail.ru Джумагулова А.Ш.-к.м.н., доцент, зав. кафедрой инфекционных болезней

В ландшафтно-климатическом отношении территория республики благоприятна для размножения и поддержания популяции клещей-переносчиков. Это сделало возможным циркуляцию возбудителей клещевого энцефалита, Конго-Крымской геморрагической лихорадки, клещевых риккетсиозов. В сложившейся ситуации важная роль отводится изучению эпидемиологических аспектов клещевых инфекций, что позволит лучше понимать особенности природного очага данных инфекций, прогнозировать уровень заболеваемости, разрабатывать и применять средства специфической и неспецифической профилактики [1,2].

Цель исследования - определение критериев риска инфицирования лиц, подвергшихся укусам клещей для улучшения эпиднадзора за клещевыми инфекциями.

Материалы и методы: Был проведен анализ 1208 лиц, подвергших укусу клещей и обратившихся в РКИБ за 2011-2016 гг. Были использованы эпидемиологические, клинические, лабораторные (общеклинические, ИФА на антитела клещевого энцефалита) методы исследования.

Результаты: Численность людей, подвергшихся нападению клещей, за последние 3 года несколько уменьшилась, составив 160 случаев в 2016 г против 269 случая в 2013 г. Подвергались укусу клещей одинаково как взрослые, так и дети (50,7% и 49,3%). Среди детей, укусу клещей подвергались чаще в возрасте от 1 до 9 лет (84,3%), среди взрослых наиболее активная возрастная группа от 20 до 40 лет (46,6%). Сезонность активности клещей приходится с марта по сентябрь месяцы, с пиком обращаемости в мае (66, 3%). 77,9% составили городские жители. География нападений клещей, охватывало районы Чуйской области. Укусу клещей на природе, люди подвергались в ущельях Ала-Арча (51,5%), Кегети (7,6%), Кемина (7,6%), Кашка-Суу (3%), Чон-Таш (1,5%). Излюбленными местами фиксации клещей являются: голова (34,6%), верхняя и нижняя часть туловища (27%), нижние конечности (19,6%). В 4,8% случаев зафиксированы множественные укусы. Инфицированность иксодовых клещей вирусом клещевого энцефалита выросло в 3 раза и составила 15,2±4,0% [3]. По материалам РКИБ за 2011-2016 гг зарегистрировано 74 случая клещевого энцефалита и 37 случаев клещевого риккетсиоза Средней Азии. Таким образом, для совершенствования эпиднадзора и лечебно-профилактических мероприятий за трансмиссивными клещевыми инфекциями, необходима разработка и внедрение современных методов лабораторной диагностики клещей и лиц, подвергшихся укусу клещей на широкий спектр инфекций.

Литература:

1. Бурухина Е.Г., Симонов С.Б., Стмонов П.С. и соавт. Иксодовые клещи и их эпизоотологическое значение // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2012.- № 3-4. -С. 187-190.
2. Салдан И.П. Заболеваемость клещевым энцефалитом в Алтайском Крае [Текст] / И.П. Салдан, В.П. Прейдер, Г.В. Безруков // Эпидемиология и инфекционные болезни. - М., 2010.-№6.-С.14-15.
3. Омуркулова Б.И. Эпидемиологическая ситуация по клещевому энцефалиту в Кыргызской Республике на современном этапе //Молодой ученый.-2014.-№21.-С.44-46.

УДК 615.847

ВЛИЯНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ НА ВЕГЕТАТИВНЫЕ РЕАКЦИИ СПОРТСМЕНОВ (НАУЧНЫЙ ОБЗОР)

Самохина Н.В., научный руководитель - к.м.н., Анварбекова Ы. А.
Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Самохина Н.В. -студентка 6 курса, 35 группа, лечебный факультет, КГМА, devil_witch@mail.ru

Целью настоящей работы явилось изучить мнения исследователей по применению транскраниальной электростимуляции (ТЭС) в предстартовом периоде для коррекции вегетативного статуса. Известно, что у спортсменов в предстартовом периоде отмечаются выраженные вегетативные реакции в виде раздражительности, неуверенности, тревоги вплоть до панической атаки, что резко снижает работоспособность. В этой связи применяются ряд мероприятий, в том числе воздействие физическими факторами с целью коррекции вегетативного статуса. В частности, А.В. Лебедев с соавторами (2005); Р.А. Троянов (2005); И.В. Гувакова с соавторами (2010; 2013); А.В. Таймазов с соавторами (2012) изучали влияние ТЭС на психоэмоциональное состояние спортсменов в предстартовом периоде. Исследования проводились рандоминизированным контролируемым методом или методом случай-контроль не менее 5 месяцев. Результаты проведенных исследований показывали, что эффективность применения ТЭС оказывает положительный результат как в процессе тренировки, так и в процессе соревнования и даже более быстрому восстановлению после получения травм. После применения ТЭС спортсмены основных групп имели более равномерное распределение выполнения тактико-технических действий, без снижения эффективности и появления агрессивности, раздражительности, неуверенности, в отличие от контрольных групп. В контрольных же группах, демонстрировали высокую эффективность на первых минутах, а концу нарастало утомление, что приводило к техническим ошибкам.

Заключение. Таким образом, учитывая положительную эффективность ТЭС, следует применять данную методику для подготовки спортсменов Кыргызской Республики. Использовать ТЭС вместо применяемых фармакологических средств, так как ТЭС положительно стимулирует нервную, иммунную, пищеварительную системы, психоэмоционнальную сферу, а также не имеет осложнений и побочных эффектов.

Литература:

1. Транскраниальная электростимуляция. Экспериментально-клинические исследования. Ред. В.П. Лебедев. СПбю., «Искусство России», 2001, 528 с.
2. Научно-теоретический журнал «Ученые записки», №2 (84) – 2012. - С.154.
3. Журнал Бюллетень сибирской медицины Выпуск № 2 / том 9/2010/2013.
4. Журнал Сибирское медицинское обозрение Выпуск № 4 / том 64/2010.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРОМБОЦИТОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Уметалыева А.У., к.м.н. Мустапаева Ж.Ш., н.с. Исаева Б.Э.
КГМА им. И.К.Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Уметалыева А.У. - Клинический ординатор 1 -го года каф. госпитальной педиатрии с курсом неонатологии КГМА им. И.К.Ахунбаева; umetalyeva_aika@mail.ru

Тромбоцитопатии (ТП)- геморрагические заболевания, характеризующиеся нарушением функции тромбоцитов при их нормальном или субнормальном количестве.

По частоте ТП преобладают над тромбоцитопеническими состояниями. В основе ТП лежат качественные нарушения тромбоцитов за счет их функциональной неполноценности [2].

Целью настоящей работы является изучение особенности течения тромбоцитопатий у детей Кыргызстана.

Материалы и методы: нами обследованы 60 детей с тромбоцитопатией, из них 2 детей с тромбоцитоастенией Гланцмана и 58 детей с нарушением адгезии тромбоцитов, поступивших в отделение детской гематологии НЦОМиД. Установлено, что тромбоцитопатиу детей по частоте преобладают над тромбоцитопеническими состояниями. [1]. Существует определенная зависимость тромбоцитопатий от возраста ребенка, от половой принадлежности. Исследуя больных детей с тромбоцитопатией по возрасту и половому аспекту установлено,что девочки чаще болеют в возрасте 0-3 лет; а мальчики- в возрасте 7-15 лет. Отмечена некоторая сезонность в возникновении тромбоцитопатий и чаще они диагностированы летом. Для ТП характерен кожно-геморрагический синдром по микроциркуляторному типу. Кровоточивость при ТП у детей представлена в основном носовыми кровотечениями (60%). Кровотечения могут быть спонтанными или же вызваны действием провоцирующих факторов. Лечение ТП включает неотложную терапию для купирования геморрагического синдрома, препараты улучшающие адгезивно-агрегационную функцию тромбоцитов и профилактические мероприятия, направленные на предотвращение или уменьшение кровоточивости.

Литература:

1. Демина И.А., Кумскова М.А.,М.Пантелеев Тромбоцитопатии//Детская гематология и онкология.-2015.-№1.-С.54-59.

2. Ожегов А.М. Тромбоцитопатии у детей.//Педиатрия-2007.№5.-С.18-20.

ПРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ХБП, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Бектур кызы Толгонай, Жолдубаева Мээрим Жолдубаевна,Тилемишова Азиза
Научный руководитель: асс.каф.: Аматов Данияр Апазович,
зав.отд. Искусственной почки НЦОМиД Тургунбаев Нурлан Айылчиевич

6 курс факультета «Лечебное дело», КГМА им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан
Кафедра Факультетской педиатрии

Актуальность

Гемодиализ несет ответственность за существенные изменения в психоэмоциональном состоянии пациентов с хронической болезнью почек. Эти пациенты испытывают высокий уровень психологической напряженности, тревожности и депрессии, что приводит к понижению их качества жизни и суициду.

Цель и задачи

Изучить тревожно-депрессивные изменения у детей с ХБП, находящихся на программном гемодиализе, в зависимости от продолжительности гемодиализа.

Материалы и методы исследования

С целью исследования психоэмоционального состояния детей с ХБП использовали шкалу депрессии Бека, для самооценки уровня тревожности тест Спилберга-Ханина.

Результаты и обсуждения

Полученные результаты подтвердили наличие депрессии у пациентов, получающих гемодиализ. Уровень депрессии является переменной (умеренных 37,5% средних 25%, тяжелых 25% и нет депрессии 12,5%). Наиболее высокие уровни депрессии положительно коррелируют с возрастом, отрицательно коррелируют с продолжительностью диализа, уремического зуда, социально- бытовыми условиями.

Литература:

1. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. — СПб.: Речь, 2005. — С.44- 49.

2. Кулова Д.Т. Тревожно-депрессивные изменения у пациентов, находящихся на программном гемодиализе, имеющих кожный зуд|

3. Curtin RB, Bultman DC, Thomas-Hawkins C, Walters BAJ, Schatell D.Hemodialysis patients' symptom experiences: effects on physical and mental functioning. Nephrol Nursing J 2002; 29: 562-574

2. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ

ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА УЧАЩИХСЯ СПУЗов ПО ДАННЫМ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Кононец И.Е., Калыкеева А.А.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Кафедра фундаментальной и клинической физиологии им. С.Б. Даниярова
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлены значения показателей кардиоинтервалограммы учащихся колледжа и лицея гуманитарных, технических и медицинской специализаций. Всего обследовано 240 человек в возрасте 16 – 17 лет. Определение уровня вегетативного обеспечения функций организма осуществлялось с помощью физической нагрузки — пробы Мартинэ. Данная проба выполнялась в 2 этапа: 1) состояние покоя в положении сидя (регистрация кардиоитервалограммы проводилась в течение 5 мин) — исходные показатели; 2) после 20 приседаний в течение 30 секунд (с записью КИГ в течение 5 мин).

До проведения пробы среди юношей и девушек лицеистов доминировали нормотоники (78% и 73% соответственно). Ваготоническая реакция была зарегистрирована у юношей технического (25%) и девушек гуманитарного направлений обучения (23%). У юношей гуманитарного (65%) и девушек технического профилей (42%) преобладали симпатикотоники.

При сопоставлении типов вегетативного тонуса, полученных при проведении пробы Мартинэ, выявлено, что у обследуемых лиц медицинского лицея доминировали нормотоники (75% и 70% соответственно). Ваготоническая реакция отмечена у юношей и девушек медицинского (8% и 5% соответственно) и у юношей технического направлений обучения (5%). Выраженная симпатикотония обнаружена у девушек гуманитариев (33%) и студенток технических направлений обучения (12%), что указывает на активизацию симпатической нервной системы. При анализе показателей кардиоинтервалограммы установлено, что в конце первого года обучения учащиеся лицея более адаптированы к учебным нагрузкам.

Ключевые слова: подростки, кардиоинтервалография, вегетативный тонус, проба Мартинэ.

ОРТО КЕСИПТИК ОКУУ ЖАЙЛАРЫНЫН ОКУУЧУЛАРЫНЫН ОРГАНИЗМИНИН ЖҮРӨК РИТМИНИН ӨЗГӨРГҮЧТҮГҮНҮН МААЛЫМАТТАРЫ БОЮНЧА АДАПТИВДИК МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Кононец И.Е., Калыкеева А.А.
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
С.Б.Данияров атындагы фундаменталдык жана клиникалык физиология кафедрасы

Корутунду: Макалада колледждин гуманитардык, техникалык адистиктеринде жана медициналык багыттагы лицейде окуган окуучулардын кардиоинтервалограммасынын көрсөткүчтөрүнүн маанилери чагылдырылган. Бардыгы 16-17 жаштагы 240 адам изилденген. Физикалык жүктөм – Мартинэ пробасынын жардамы менен организмдин вегетативдик камсыздоосунун функцияларынын деңгээлдери аныкталды. Аталган проба 2 этапта жүргүзүлдү: 1) тынч отурган абалда (кардиоинтервалограммада каттоо 5 мин аралыгында жүргүзүлдү) – баштапкы көрсөткүчтөр; 2) 30 секунд аралыгында 20 жолу отуруп турушту (кардиоинтервалограммада 5 мин аралыгында катталды).

Пробаны жүргүзгөнгө чейин лицейде окуган окуучуларда нормотониктер (78% жана 75%) басымдуу болгон. Техникалык адистиктердеги балдарда (25%) жана гуманитардык багыттардагы кыздарда (23%) ваготоникалык реакция катталган. Симпатикотониктер гуманитардык адистиктердеги балдарда (65%) жана техникалык багыттардагы кыздарда (42%) көбүрөөк болгон.

Мартинэ пробасын жүргүзүүдөн кийин алынган вегетативдик тонустун типтерин салыштыруунун натыйжасында, медициналык лицейде окуган изилденүүчүлөрдө нормотониктердин (75% жана 70%) көптүгү аныкталды. Медициналык профилдеги балдарда жана кыздарда (8% жана 5%) жана техникалык багыттардагы балдарда (5%) ваготоникалык реакция белгиленген. Күчтүү

симпатикотония гуманитардык багыттардагы кыздарда (33%) жана техникалык багыттардагы студенткаларда (12%) табылган, бул симпатикалык нерв системасынын активдешүүсүн көрсөтөт. Биринчи жылдын аягында кардиоинтервалогрaмманын көрсөткүчтөрүн анализдөөдө лицей окуучуларынын окуу жүктөмдөрүнө көбүрөөк адаптацияланган дыгы аныкталды.

Негизги сөздөр: өспүрүмдөр, кардиоинтервалография, вегетативдик тонус, Мартинэ пробасы.

ADOPTIVE FEATURES OF THE COLLEGE STUDENTS' ORGANISM ACCORDING TO THE HEART RATE VARIABILITY

I.K .Kononets, A.A. Kalykeeva
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev
Department of fundamental and physiology named after S.B.Daniyarov
Bishkek city, Kyrgyz Republic

Summary: The article presents the values of cardiointervalogram indicators the college and lyceum's students of humanitarian, medical and technical specializations. There had been investigated 240 students aged 16-17 years.

Determining the level of body's vegetative supporting functions carried out by means of physical activity-Martin sample. This test was carried out in 2 stages: 1) state of rest in a sitting position (the registration of cardiointervalogram was carried out for 5 minutes)-background indicators; 2) after 20 squats for 30 seconds (recording with CIV for 5 minutes). Before the prior sample the normotonics were dominated among boy and girl students (78% and 73 respectively).The vagotonic reaction was observed in the boys'health of the technical specialization (25%) and in girls'health of humanitarian specialization (23%). In the boys' health of the humanitarian specialization prevailed simpatikotonik (65%) and in girls' health of technical specialization (42%).

Comparing the types of vegetative tone obtained during the Martine tests there had been revealed that in the health of the surveyed students of medical lyceum dominated normo tonics (75% and 70% respectively). The vagotonic reaction was observed in health of boys and girls (8% and 5 % respectively) and in the boy's health of technical specialization (5%).Noticeable simpatikotonia was found in health of girls of the humanitarian specialization (33%) and in health of girls of technical specialization (12%) that indicates the activation of the sympathetic nervous system. During the analysis of the cardiointervalogram indicators it was determined that at the end of first year the students of medical and technical specialization were more adapted to the training loads of the colleges and lyceums.

According to the investigation we can suppose that to the vegetative supporting functuions of the students are influenced by the training specifics and individual features of surveyed students.

Key words: adolescents, cardiointervalography, vegetative tone, Martine sample.

Введение. Одна из важнейших проблем современного общества — изучение и формирование рационального образа жизни учащейся молодёжи, сохранение и укрепление её здоровья. Подростки определяют трудовой и военный потенциал государства на ближайшую перспективу. Период превращения ребёнка в подростка является одним из наиболее критических в жизни человека. В это время наступает не только половое созревание, происходят также значительные изменения функций эндокринных желез, выраженный рост и развитие всех органов и систем, усиливается интенсивность обменных процессов, повышается потребление кислорода, изменяется регуляция соматических и вегетативных функций [1- 6].

Известно, что сердечно-сосудистая система может рассматриваться как индикатор функционального состояния целостного организма. В качестве маркеров оценки деятельности организма используются физиологические показатели, отражающие механизмы вегетативной регуляции сердечного ритма [7].

Одним из методов, уже зарекомендовавшим себя в клинической практике, прикладной физиологии, в том числе в космической и спортивной медицине, является метод анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) [8].

ВСР является доступным и хорошо апробированным методом оценки автономных механизмов регуляции сердечно-сосудистой системы. Он позволяет оценить баланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, охарактеризовать состояние нервных

центров, ответственных за регуляцию сосудистого тонуса, но главное - оценить степень напряжения регуляторных систем, которая тем выше, чем ниже функциональные резервы организма [9].

Существует вегетативный гомеостаз, работающий по принципу динамического взаимодействия и регулирующий работу сердца в процессе достижения приспособительного эффекта. Симпатическая регуляция вносит организующее, мобилизирующее влияние. Парасимпатическая регуляция имеет дезорганизующее в смысле торможения центральных воздействий влияние [10].

Цель исследования: изучение характеристик вегетативной нервной системы для выявления адаптивных возможностей учащихся 1-курса колледжа и лицея гуманитарных, технических и медицинской специализаций.

Материалы и методы исследования

Проведено обследование 240 подростков 16 - 17 лет, обучающихся в колледже при Кыргызском государственном университете им. И.Арабаева и лицее при Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К.Ахунбаева.

В состоянии покоя у обследуемых кардиоинтервалограмма (КИГ) регистрировалась в течение 5 минут, что позволило оценить исходный тонус вегетативной нервной системы (ВНС). Затем учащиеся выполняли дозированную физическую нагрузку — 20 приседаний за 30 секунд с записью КИГ в течение 5 минут.

При статистической обработке оценивались следуюшие показатели КИГ: коэффициент вагосимпатического баланса (LF/HF), частота сердечных сокращений (ЧСС), амплитуда моды (АМо) и индекс напряжения регуляторных систем (ИН).

Коэффициент вагосимпатического баланса — отношение средних значений низкочастотного и высокочастотного компонента вариабельности сердечного ритма, который характеризует относительную активность подкоркового симпатического нервного центра. Частота сердечных сокращений — это средний уровень функционирования сердечно - сосудистой системы [11].

Амплитуда моды — максимальное значение функции плотности распределения R-R интервалов и в физиологическом смысле — это степень ригидности сердечного ритма на наиболее вероятном уровне функционирования сердечно - сосудистой системы. Она отражает стабилизирующий эффект централизации управления ритмом сердца, который обусловлен, в основном, степенью активизации симпатического отдела вегетативной нервной системы. Индекс напряжения регуляторных систем характеризует активность механизмов симпатической регуляции, состояние центрального контура регуляции [11].

Результаты исследования

Для выяснения тонической активности автономной нервной системы все обследуемые, согласно критериям Р.М. Баевского с соавт. [12], были разделены на четыре подгруппы: 1 – с состоянием равновесия между симпатическим и парасимпатическим отделами ВНС (нормотоники); 2 – с превалированием парасимпатического отдела (ваготоники); 3 – с преобладанием симпатического отдела (симпатикотоники); 4 – выраженная симпатикотония.

В состоянии покоя у юношей гуманитариев была выявлена нормотония в 35%, симпатикотония в 65% случаев. У девушек гуманитарного профиля нормотония обнаружена у 65%, ваготония у 23%, симпатикотония у 12%. У юношей, обучающихся по техническим специализациям, нормотония была установлена у 58%, ваготония — у 25%, симпатикотония – у 17%. У девушек нормотония выявлена у 43%, ваготония у 15%, симпатикотония у 42%. Исследование вегетативного тонуса учащихся лицея при КГМА выявило: у 78% юношей и 73% девушек нормотонию, у 22% подростков, независимо от пола, ваготонический тонус ВНС и у 5% девушек — симпатикотонию.

При проведении пробы Мартинэ процентное соотношение типов вегетативного тонуса у юношей - гуманитариев было следующим: у 20% - нормотонический, 75% - симпатикотонический и 5% - выраженный симпатикотонический тип вегетативной нервной системы. У девушек гуманитарных специализаций в 10% случаев выявлена нормотония, симпатикотония – у 57% и выраженная симпатикотония – у 33% (рис.1).

У юношей технического профиля нормотония обнаружена – у 60%, ваготония – 5%, симпатикотония - 30%, выраженная симпатикотония – в 5% случаев. У девушек технического профиля обучения нормотония выявлена у 38%, симпатикотония 50% и выраженная симпатикотония 12% (рис.2).

После физической нагрузки у юношей — лицеистов нормотония установлена у 75% обследованных, ваготония 8%, симпатикотония 10% и выраженная симпатикотония 7% случаев. У 70% девушек выявлена нормотония, ваготония - 5%, симпатикотония – 25% (рис.3).

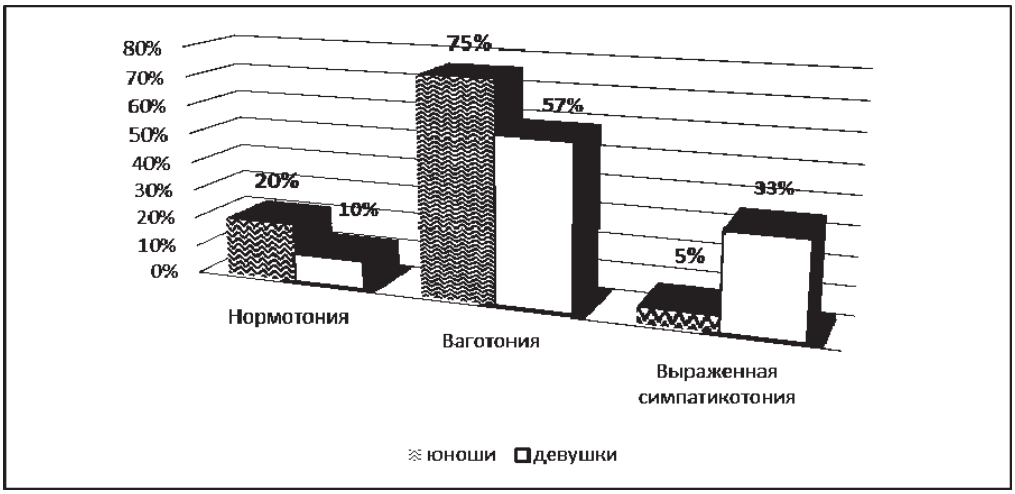


Рис. 1. Типы вегетативного тонуса учащихся гуманитариев при проведении пробы Мартинэ.

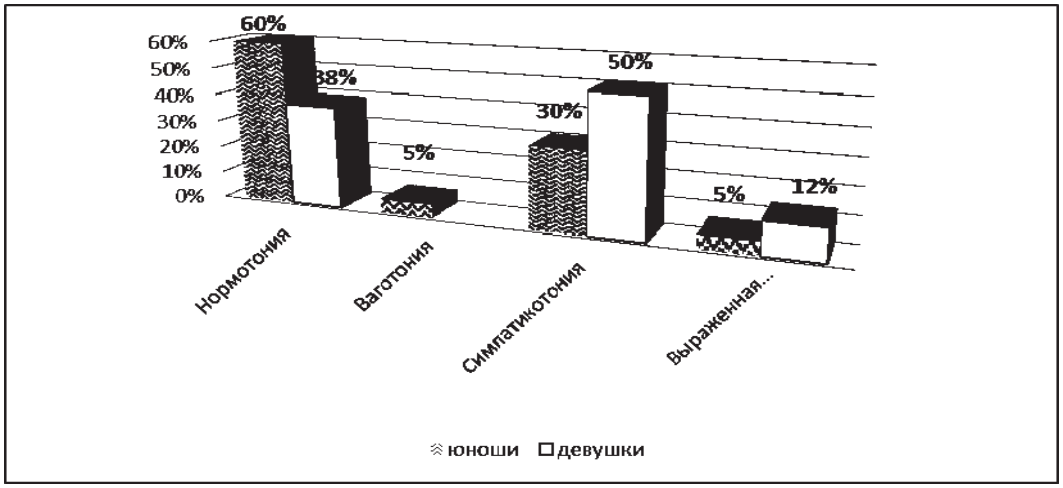


Рис. 2. Типы вегетативного тонуса учащихся технических специализаций при проведении пробы Мартинэ.

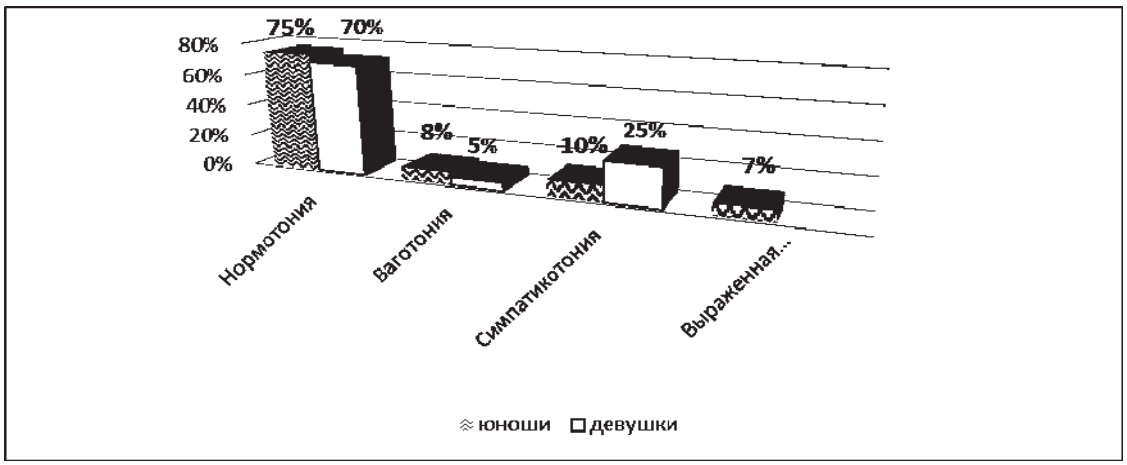


Рис. 3. Типы вегетативного тонуса учащихся лицея при проведении пробы Мартинэ.

Выводы:

1. До проведения пробы Мартинэ нормотонический тип преобладает у юношей (78%) и девушек - лицеистов (73%). У юношей технического профиля (25%) и у девушек гуманитариев (23%) преобладает ваготоническая реакция. Симпатикотоники доминируют среди юношей гуманитарного (65%) и девушек технического направлений обучения (42 %).

2. Исследование вариабельности сердечного ритма после физической нагрузки обнаружило преобладание симпатической нервной системы у учащихся гуманитарного (75% юношей и 57% девушек соответственно) и студентов (юношей 30% и 50% девушек) технического направлений обучения, что указывает на более низкие приспособительные возможности, являющиеся признаками больших энергозатрат регуляторных систем организма на поддержание гомеостаза, что свидетельствует о более высокой «цене» адаптации к нагрузкам.

Литература:

1. Агаджанян Н.А., Хомченко О.А., Макарова И.И. Экология человека. - М., 2003. – С. 6 – 8.
2. Безруких М.М., Любомирский Л.Е. Возрастные особенности организации и регуляции произвольных движений у детей и подростков. Физиология развития ребёнка: теоретические и прикладные аспекты. - М., Образование от А до Я; 2000. – 239 с.
3. Сапин М.Р., Брыксина З.Г. Анатомия и физиология детей и подростков. - М., 2000. – 456 с.
4. Безруких М.М. Особенности регуляции сердечного ритма у школьников в 16 лет под влиянием учебных занятий. Физиология человека. 1989. - Том 15. - №2. – С. 85-88.
5. Галлеев А.Р., Игишева Л.Н., Казин Э.М. Вариабельность сердечного ритма у здоровых детей в возрасте 6-16 лет. - М., 2003. - 276 с .
6. Бернштейн Г.Ф., Нурбаева М.Н. Динамика сердечного ритма старшеклассников в процессе обучения. Гигиена и санитария. 1993. - № 4. – С. 35 - 37.
7. Баевский Р.М. Проблема оценки и прогнозирования функционального состояния организма и её развитие в космической медицине. Успехи физиологических наук. 2006. – Т. 37. - № 3. - С. 13 - 25.
8. Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин Л.В. и др. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем: Метод. Рекомендации. Вестник аритмологии. 2001. - № 24. – С. 65 - 86.
9. Агаджанян Н.А., Батоцыренова Т.Е., Семенов Ю.Н. Эколого-физиологические и этнические особенности адаптации человека к различным условиям среды обитания: монография, 2-е, дополненное. – Владимир, 2010. - 239 с.
10. Фролов А.В., Мельников О.П., Гуль Л.М., Радчук В.Я. Оценка результатов кардиоваскулярных тестов по данным вариабельности сердечного ритма. - Минск, 2011. – 23 с.
11. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика /Под ред. А. М. Вейна. -М., 2003. - 753 с.
12. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. - М., 1984. – 220 с.

ОСОБЕННОСТИ МАКРО – МИКРОСКОПИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ПЕРИОДА ДЕТСТВА И У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Нурдинов Б.И., Зайырбек у. Б.
КГМА им. И.К.Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Изучена структура (макро- микроскопическая картина) тимуса на 11 трупах детей периода раннего детство и людей пожилого возраста. Использовали анатомические методы (препаровка, измерение) и гистологические методы (окраска гемотоксилин-эозином по Ван-Гизон).У пожилых вилочковая железа приобретает неоднородное строение вследствие возрастной инволюции. У пожилых, в отличие от детей в дольках тимуса количество соединительнотканных волокон уменьшается. У пожилых падает число лимфоцитов в тимусе. В паренхиме преобладает жировая ткань вместе с соединительной тканью. В этот период дольки уменьшаются до узких тяжей и полос. У пожилых железа представлена жировой тканью и тонкими, беспорядочно разбросанными тяжами паренхимы.

Ключевые слова: Строение, тимус, трупы у детей и пожилого возраста.

ТИМУСТУН МАКРО ЖАНА МИКРО АНАТОМИЯСЫНЫН КИЧИНЕ БӨБӨК БАЛДАРЫНДАГЫ ЖАНА УЛУУ АДАМДАРДАГЫ ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨР

Нурдинов Б.И., Зайырбек у. Б.
И.К.Ахунбаев атындагы КММА,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Тимустун анатомия түзүлүшүн 11 кичине балдардын кадаверинде изилденди. Изилдөөнүнүн ыкмасы: 1) анатомия ыкмасы – препаровка, өлчөө. 2) гистология ыкмасы- гемотоксилин эозин, Ван-Гизон ыкмалары менен боёп изилдөө. Изилдөөнүн натыйжасындакичине балдардын тимусубөлүкчөлөрдөн турат. Бөлүкчөлөр эки зонадан турат. Улгайган адамдарда бөлүкчөлөр бир өңчөй эмес түзүлүш, жашка карата инволюциянын белгилери кездешет. Бөлүкчөлөрдүн арасында байламталар азайат. Улгайган адамдарда май клетчаткалары көп болот. Улгайган убакта бөлүктөр кичирейип, эң кууш байламталарды байкаса болот.

Негизги сөздөр: Түзүлүш, тимус, кичине бөбөктөрдүн жана улуу адамдардын кадавери, кадавер.

ESPECIALLY MACRO AND MICRO ANATOMY THE THYMUS IN THE PERIOD CHILDREN OF EARLY CHILDHOOD AND OLD MAN

Nurdinov B.I., Zaiyrbek u. B.
KSMA named after I.K.Achunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The anatomic structure of thymus 11 corpses of the period early the childhood is studied. Research techniques: Anatomic methods (a preparovka, measurement). Histology methods (coloring gemotoksilin-eoziny, on Van-Gizon). As a result of scientific research - thymus consists of segments. Segments consist of two zones: internal, more light medulla and external more dark cortical. At elderly gland gets a non-uniform structure owing to an age. At elderly, unlike children in segments тимуса the amount of connective tissue fibers decreases. At the elderly the number of lymphocytes in thymus falls. In parenchyma the fatty fabric together with a connecting fabric prevails. During this period of a segment decrease to narrow and strips. At elderly gland is presented by a fatty fabric and thin, randomly scattered connection with parenchyma.

Key words: Structure, thymus, children of early childhoodand old man. Cadavers

Введение. Тимус в переводе с греческого означает “жизненная сила”, так, как тимус проводит серьезную работу по омолаживанию всего организма. Вилочковая железа не только собирает армию лимфоцитов, но и вырабатывает тимические гормоны, которые активизируют работу иммунной системы, улучшаю регенерацию кожи, способствуют быстрому восстановлению клеток. На сегодняшний день одной из важнейших проблем для исследователей является изучение морфологии, физиологии и патологии иммунной системы, что в первую очередь связано с запросами клинической медицины, учитывая что на организм человека стали оказывать значительное влияние и новые экологические, социальные и др. факторы. Вилочковая железа является центральным органом иммуногенеза и эндокринной железой [1,6,7,8,9,12,16,18,19,24,25]**.** У грудных детей с патологией вилочковой железы отмечается высокий уровень летальности [5,7,10,11,15,17,20,22,23]. Основные функции вилочковой железы (лимфатическая, иммунорегуляторная и эндокринная) осуществляются, главным образом, благодаря секреции эпителиальными клетками гормонов, в основном полипептидной природы-тимозина, тимопоэтина и др. Данные литературы указываю на функциональную значимость тимуса во все периоды постнатальной жизни. В тоже время данные о возрастной характеристике структурных компонентов тимуса человека разноречивы, что прежде всего связано с различной градацией исследователями возрастных групп и изучением этого органа преимущественно в грудном возрасте. Научные данные является необходимым элементомв клинической медицине для правильного лечения и проведения профилактических мероприятий у лиц с разной степенью инвалюция и патологии тимуса [1,2,3,4,11,12,18,19].

Целью настоящего исследования является изучение структуры и биометрические показатели вилочковой железы у людей различного возраста.

Материалы и методы исследования. Анатомия вилочковой железы изучена на 11 трупах

детей, умерших в периоде раннего детства и людей пожилого возраста, от причин не связанных с иммунно-дефицитными состояниями.

Методики исследования: 1. Анатомические методы (препаровка, взвешивание, измерение). 2. Гистологические методы (окраска гемотоксилин-эозином,по Ван-Гизон).

Собственные результаты.

В процессе вскрытия, установлено что тимус у детей раннего детства (1-3 год) небольшого размера, розовато – серого цвета, мягкой консистенции, поверхность ее дольчатая (рис.1).

У детей раннего детствапродольные размеры правой доли колеблются от 4,9 ± 8,4 см (в среднем- 6.65), левой доли – от 5,5 ± 6,4 см (в среднем – 5,96) (таблица 1). Поперечные размеры правой доли колеблются от 2,4 ± 2,6 см (в среднем- 2,5), левой - от 1,8± 3,9 см (в среднем – 2,8). Толщина правой доли колеблется от 1,5до 1,8 см (в среднем- 1,6). Толщина левой доли 0,9± 1,8 см (в среднем 1,3). Верхняя граница вилочковой железы находится на уровне вырезки рукоятки грудины или на 1,7 ± 2,7 см (в среднем 2,2) выше её. Граница правой доли обычно несколько выше левой. Нижняя граница железы выходит за пределы тела и рукоятки грудины: справа на 0,6 ± 2,2 см (в среднем -1,4), слева на 1,6 ± 2,5 см (в среднем -2,1).

У пожилых продольные размеры правой доли колеблются от 12,0 ± 15,0 см (в среднем- 13,5), левой доли – от 10,0 ± 14,0 см (в среднем – 12,0). Поперечные размеры правой доли колеблются от 1,4 ± 1,8 см (в среднем- 1,6), левой - от 1,8 ± 2,4 см (в среднем – 2,1). Толщина правой доли колеблется от 0,4 до 1,0 см (в среднем- 1,0). Толщина левой доли 0,3 ± 0,8 см (в среднем 0,6). Верхняя граница вилочковой железы находится на уровне вырезки рукоятки грудины или на 0,5 ± 0,7 см (в среднем 0,6) выше её. Граница правой доли обычно несколько выше левой. Нижняя граница железы выходит за пределы тела и рукоятки грудины: справа на 0,5± 2,1 см (в среднем -1,3), слева на 1,6 ± 2,5 см (в среднем -2,1) (рис.2).

Рис.1. Вилочковая железа у детей раннего детства.

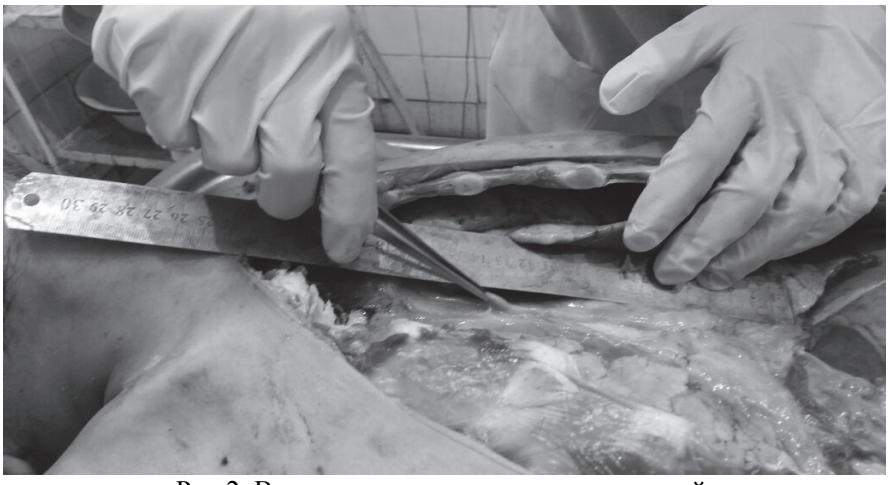


Рис.2. Вилочковая железа у пожилых людей.

При осмотре вилочковая железа пышная, состоит из многочисленных долек разных размеров, разделенных прослойками соединительной ткани. Тимус имеет нежную тонкую соединительнотканную капсулу, состоящую преимущественно из эластических волокон, среди которых выявляются в основном коллагеновые волокна (рис.3).

Ткань железы под капсулой состоит из продольных слоев соединительнотканных волокон, преимущественно коллагеновых. От общей капсулы отходят вглубь железы соединительнотканные перегородки, разделяющие паренхиму железы на множество долек разных размеров. У детей грудного возраста дольки различной формы - многоугольники преобладают над дольками овальной формы. У пожилых железа приобретает неоднородное строение вследствие возрастной инволюции. Внутри долек имеются тонкие соединительнотканные прослойки, начинающиеся от междольковых перегородок.

Таблица 1 - Биометрические показатели в зависимости от возраста

Биометрические показатели (мм)	Возраст	
	Раннее детство	Пожилой возраст
Продольные размеры правой доли	66	135
Продольные размеры левой доли	59	120
Поперечные размеры правой доли	25	16
Поперечные размеры левой доли	28	20
Толщина правой доли	16	8
Толщина левой доли	13	7
Верхняя граница вилочковой железы находится на уровне вырезки рукоятки грудины	22	6
Нижняя граница вилочковой железы находится на уровне вырезки рукоятки грудины слева	23	21
Нижняя граница железы выходит за пределы тела и рукоятки грудины справа	2,0	13

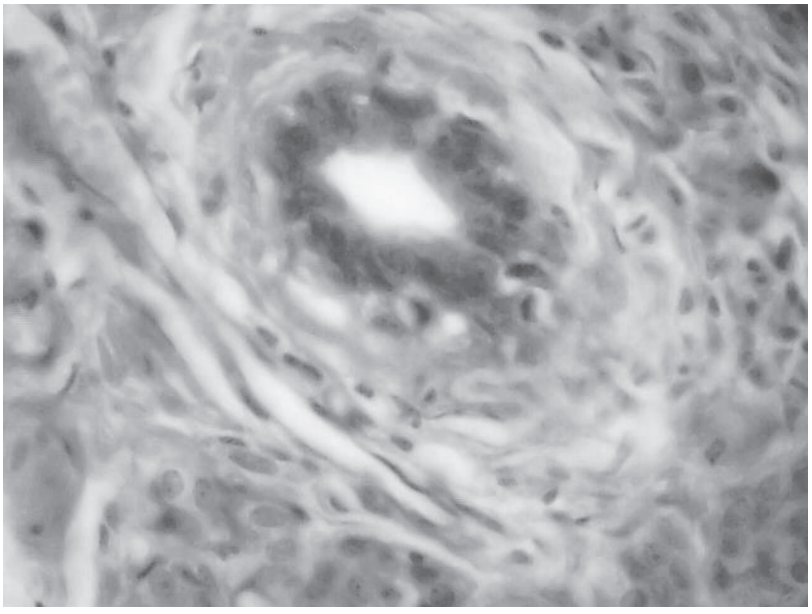


Рис.3. Междольковые перегородки, коллагеновые и ретикулярные волокна у детей раннего детства. Объкт 10, окуляр 8.

У пожилых, в отличие от детей в дольках тимуса количество соединительнотканных волокон уменьшается. У детей дольки железы состоят из двух зон: расположенные по центру светлые зоны по клеточному составу идентичны, однако в темной, корковой зоне клетки расположены очень плотно, число их значительно больше, чем в центре мозговой зоны. В толще мозгового слоя имеются тельца

Гассаля, кровеносные капилляры, лимфатические щели. Клеточный состав мозгового слоя разнообразен, встречаются лимфоциты в большом количестве, более крупные светлые эпителиоподобные и ретикулярные клетки, а также макрофаги. В корковой зоне клеточный состав мономорфный, в основном лимфоидные элементы, в некоторых из них обнаруживаются митозы. Сравнительно корковая зона превалирует над мозговой. Заметен разный «возраст» телец Гассаля в мозговом слое (рис.4-5).

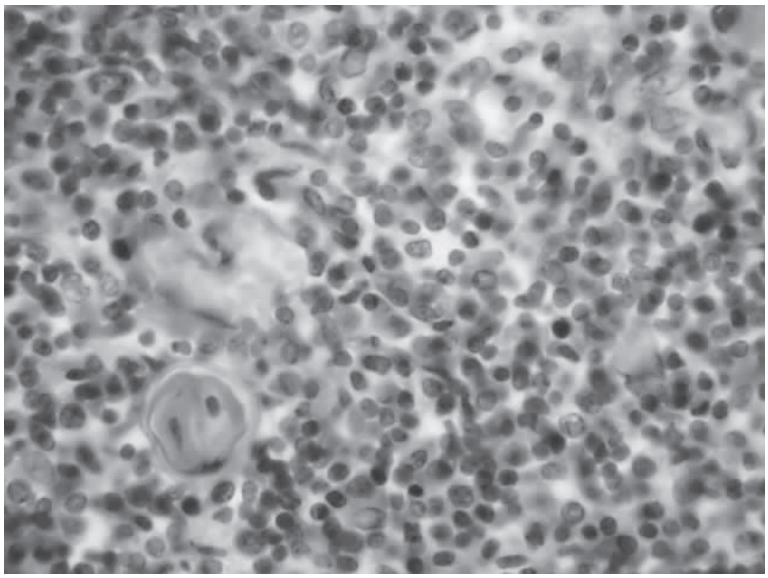


Рис.4. Мозговое вещество тимуса. Эпителиальные клетки; ретикулярные клетки. Объкт40, окуляр 20.

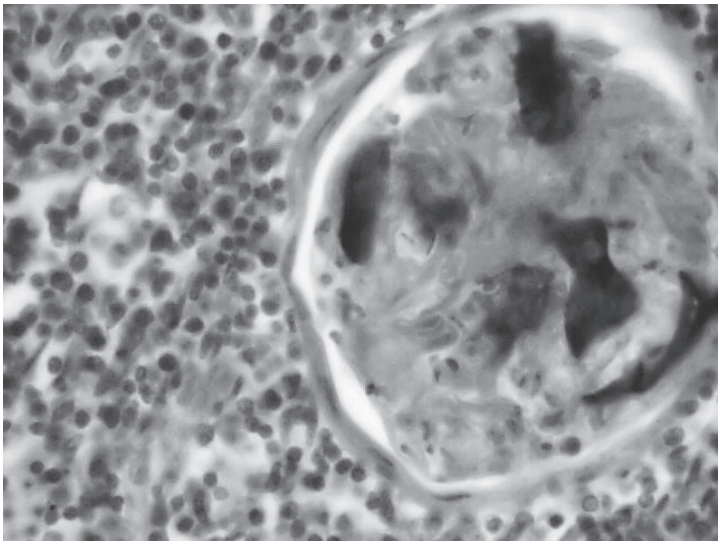


Рис.5. Мозговое вещество тимуса у детей раннего детства. Эпителиальные и ретикулярные клетки. Единичные макрофаги; формирующиеся тельца Гассаля. Объкт40, окуляр 20.

Число макрофагов отчетливо выражено. К внутридольковой перегородке прилегают полнокровные кровеносные сосуды (рис.6). Ретикулярные основы долек выражены достаточно четко.

У детей раннего детства корковый слой содержит большое количество лимфоцитов, расположенных компактно. По периферии коркового слоя под капсулой встречаются лимфобласты (26%). В мозговом слое также встречаются лимфобласты(38%), но значительно меньше, чем в корковом (36%).

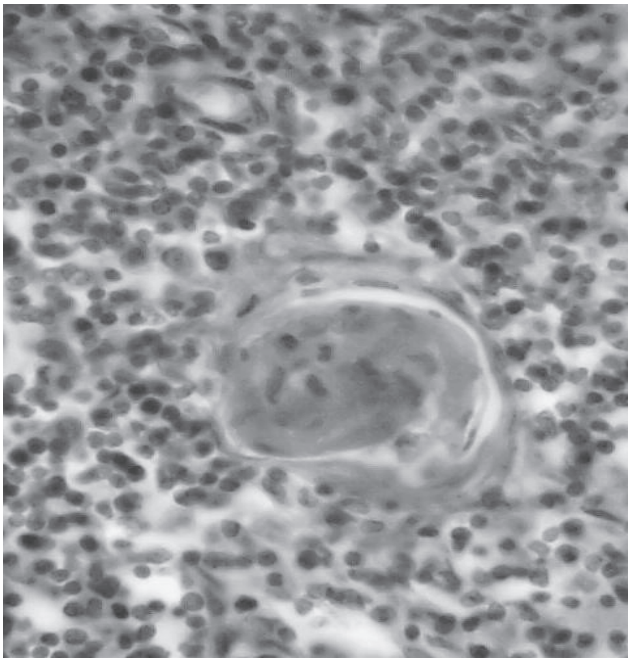


Рис.6. Корковое вещество тимуса детей раннего детства. Митозы; единичные макрофаги; полнокровие внутридольковых капилляров. Сладж – феномен. Объкт40, окуляр 20.

У детей раннего детства в основном тельца Гассаляобнаруживаются в мозговом слое (70%), в центре долек (10%) встречается тельца Гассаля больших размеров (рис.5). Междольковые прослойки содержат сплетения лимфатических сосудов. Сосудистая стенка в 2%случаях утолщена, склерозирована.

У пожилых падает число лимфоцитов в тимусе. В паренхиме преобладает жировая ткань вместе с соединительной тканью. В этот период дольки уменьшаются до узких тяжей и полос. У взрослых железа представлена жировой тканью и тонкими, беспорядочно разбросанными тяжами паренхимы (рис.7-8). Сосудистая сеть представлена крупнокалиберными артериями и венами.

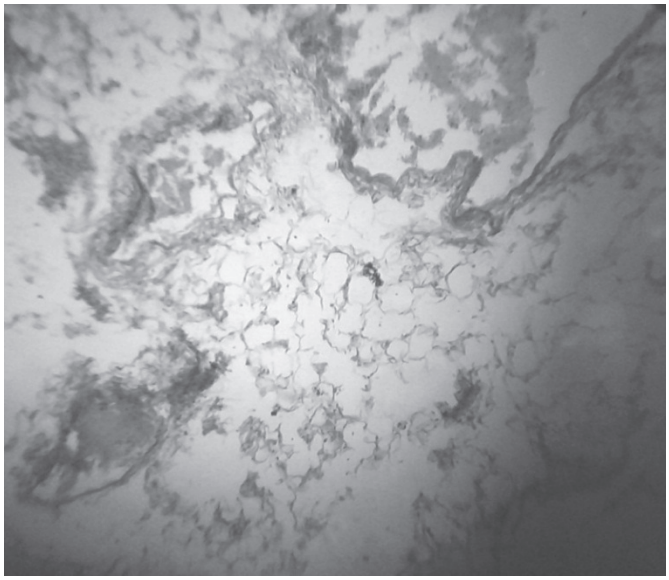


Рис.7. Тимус у пожилых людей. Увеличение соединительнотканного каркаса; большое количество коллагеновых волокон, (атрофия) истончение коры. Объкт40, окуляр 20.

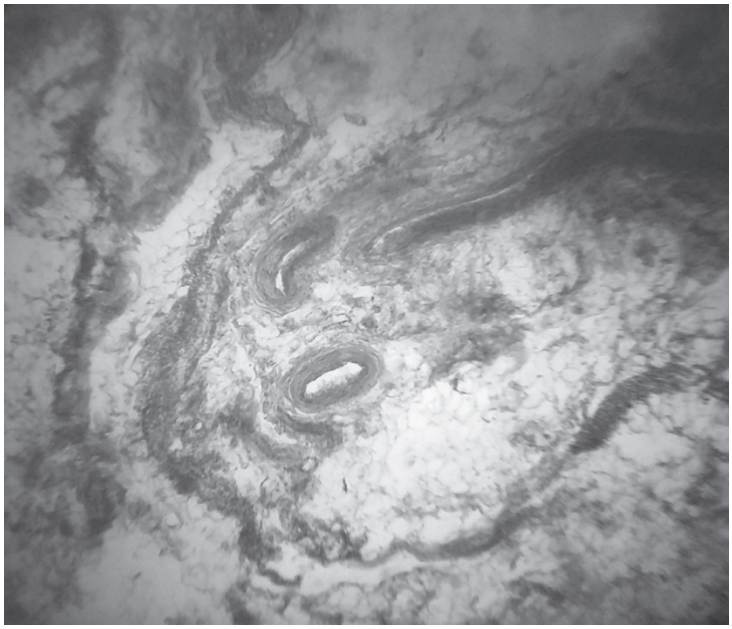


Рис.8. Тимус у пожилых людей. Увеличение соединительнотканного каркаса. Атрофия дольки, разрастание жировой ткани. Объкт 10, окуляр 8.

Таким образом, у детей раннего детства вилочковая железа пышная, состоит из многочисленных долек разных размеров, разделенных прослойками соединительной ткани. Тимус имеет нежную тонкую соединительнотканную капсулу, состоящую преимущественно из эластических волокон, среди волокон выявляются в основном коллагеновые волокна. Ткань железы под капсулой, состоит из продольных слоев соединительнотканных волокон, преимущественно коллагеновых. В мозговом слое больше число макрофагов. Отчетливо выражены внутридольковые перегородки, в толще которых пролегают полнокровные кровеносные сосуды. Отмечаются разные по «возрасту» тельца Гассаля. У пожилых, в отличие от детей раннего детства эпителиальная строма в большей степени, замещена жировой тканью.

Литература.

1. Аминова Г. Г. Морфологическая характеристика лимфоидной ткани у новорождённых детей // Морфология. 2000. - Т. 118, № 6. - С. 53 - 56.

2. Артеменко К.А. Динамика развития и инволюции вилочковой железы у детей Белгородской области, проживающих в районах с различной экологической ситуацией: Дис. .канд. мед. наук. Курск, 2004. - 150 с.

3. Бабаева Ж.Н., Споров О.А. Размеры вилочковой железы у детей грудного возраста // Вопросы охраны материнства и детства. 1987. - № 8. - С. 39 -42.

4. Бабкина И.В. Структурная организация микрососудистого русла тимуса человека в постнатальном онтогенезе: автореф. дисс. . канд. мед. наук. -Саранск, 1996.-33 с.

5. Бакланова В.Ф., Владыкина М.И. Руководство по рентгенодиагностике болезней органов дыхания у детей. М.: Медицина, 1978. - 216 с.

6. Бородин Ю.И. Лимфатический регион и детоксикация // Морфология. - 2005. - №4. - С. 25-28.

7. Будаева, Е.К.Эхографическая характеристика изменений вилочковой железы в норме и при патологических состояниях у новорожденных\\ Автореферат. Москва. 2007.

8. Валюшкина, М. П. "Влияние возраста и пониженного содержания кислорода на функциональные свойства культивируемых мультипотентныхмезенхимальныхстромальных клеток костного мозга крыс". Автореф. дис. канд. мед.наук. Москва.2013

9. Веремеенко Дмитрий. "Остановить старение человека. Иммунитет начинает стареть уже в 12- 14 лет ".// nestarenie.ru /starenie- immuniteto.html. 30.12.2014.

10. Воеводин С. М. Возможности эхографического исследования тимуса у новорожденного // Вопр. охраны материнства и детства. 1989. -№4.-С. 38-42.

11. Волошин Н. А. Закономерности строения и морфогенеза эпителиальных канальцев вилочковой железы в раннем постнатальном периоде: Автореф. дис. докт. мед.наук. Москва, 1990. - 32 с.
12. Воробьев А.И., Бриллиант М.Д., Чертков И.Л. Современная схема кроветворения и возможные мишени гемобластозов // Терапевт, арх.,1981. -Т.53. № 9. - с. 3-14.
13. Забродин В.А. Морфология тимуса у взрослого человека //Автореферат. Москва. 2005.
14. Кулагина Н.Н. Вилочковая железа у детей раннего возраста в норме и при патологических состояниях по данным ультразвукового исследования\\ Автореферат. Москва. 2008.
15. Портнов В.А. Структурно функциональная характеристика вилочковой железы Оренбургской пуховой козы в норме и при патологии // Диссертация к. вет .н. Оренбург. 2006. - 133с.
16. Рабовская Е.В. Морфология патологического процесса в щитовидной и вилочковой железах плодов коров , инфицированных вирусом лейкоза //Дисс. к.м.н. Екатеринбург. 2004. - 136 с.
17. Сабирова Э.С. Особенности строения и иннервации тимуса крупного рогатого скота холмогорской породы в онтогенезе //Диссертация к.б.н. Казань. 2009. - 142с.
18. Сапин М.Р. О закономерностях строения и развития органов иммунной системы //Тез.докл.Всесоюзной научной конф. – М., 1983 – С.148-149.
19. Смыслова З.В. Новые маркеры функциональной активности тимуса у детей// Автореф. дисс. канд. мед.наук. М., 2016. - 24 с.
20. Шумейко Н. С. Становление и возрастные преобразования основных структурных компонентов вилочковой железы человека //Автореф. дисс. канд. мед.наук. М., 1979. - 24 с.
21. Юсфина Э. З. Изменения структуры вилочковой железы в связи с возрастом // Матер, симп. по основным проблемам возр. физиол. и биохимии. Харьков, 1965. - С. 196-201.
22. Эсмурзиева, З.И. Эхографическая характеристика изменений вилочковой железы в норме и при патологических состояниях у новорожденных\\ Автореферат. Москва. 2007.
23. Goldstein G., Maskay I. The Human Thymus // London, Heimann. -1969. 268 p.
24. Miller J., Ducor P. Die biologie des Thymus. // Francfurt:Acad.Verlag. 1964. - 112 p.
25. Tacconelli A Farina A .R and all The alternative Trkalli splice variant is expressed by murine and human thymus / neuroimmunol 2007 Epub 2007 jan 22.

ПОКАЗАТЕЛИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГОСОСТОЯНИЯ КРАСНОГО КОСТНОГО МОЗГА В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ЧЕЛОВЕКА

Нурдинов Б.И., Зайырбек у. Б.
КГМА им. И.К.Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Исследована гистология красного костного мозга, взятых методом пункционной биопсии у 7 людей старческого возраста (трупов). Анализ миелограммы показывает,что у жителей г. Карабалты увеличено количество лимфоцитов, сегментоядерных и юных клеточных популяций, В меньшей степени снижено количество эритробластов, гранулоцитарного роста.Эти изменения связаны с влиянием экзогенных, эндогенных и демографических факторов.
Ключевые слова: красный костный мозг, миелограмма, трупный материал.

КАРТАҢ АДАМДАРДЫН КЫЗЫЛ КЕМИГИНИН МОРФОФУНКЦИОНАЛЬДЫК ТҮЗҮЛҮШҮНҮН КӨРҮНҮШҮ

Нурдинов Б.И., Зайырбек у. Б.
И.К.Ахунбаев атындагы КММА,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Кортунду. Карыган 7 адамдын өлүгүндө сөөктүн кызыл кемигинин түзүлүшүн изилдөө. Айнектин бетине сүйкөлгөн кемикти эсептептөө менен миологрaмма түзүлөт. Биздин изилдөөбүздө Карабалта шаарында жашагандардын миограммасынын көрсөтмөсүнүнөн лимфоциттердин, сегменотоядерныйлардын жана жаштарынын (юнные) көрсөтмөлөрүнүн көбөйгөнүн далилдейт, ал эми эритробластардын гранулоцитардык өсүүсү бир аз азайганын. Тышкы жана ички таасирлердин касиетинене жана демографиялык факторлодун таасирине байланыштуу.

Негизги сөздөр: кызыл кемик, миелограмма, өлгөн адамдардын кемиктери.

MORPHOFUNCTIONAL STRUCTUREINDICATORS OF THE RED BONE MARROW IN SENILE AGE

Nurdinov B.I., Zaiyrbek u. B.
KSMA name I.K.Ahunbaeva, Bishkek, Kyrgyzstan

Resume. The red marrow at 7 senile age (corpses) was studied. Quantitative analysis of stem stromal cells was done on myelograms received from dabs. In our research myelograms showed increased segmented and young lymphocytes and decreased number ofnumber of erythroblasts and granulocytes at inhabitants of Karabalta. These changes can be explained by the influence of exogenous, endogenic and demographic factors.

Key words: Red bone marrow, myelograms, cadavers.

Введение. Красный костный мозг- центральный кроветворный орган, в котором находятся самоподдерживающиеся популяции стромальных и гемопоэтических стволовых клеток. Костный мозг выполняетфункцию биологической защиты организма и костеобразования [3,9, 11,13].

Одной из самых важных тканей нашего организма является кровь. Именно она отвечает за снабжение кислородом, то есть питание всех клеток, органов и систем. Поэтому крайне важно вовремя пополнять запасы клеток, которые образуют кровь, как ткань(эритроциты, тромбоциты, лейкоциты). Срок жизни каждой из перечисленных клеток достаточно маленький и составляет от 3-5 дней (лейкоциты) до 100 суток (эритроциты). Это влечет за собой потребность в постоянном самообновлении крови. В организме есть органы, которые как раз эту функцию и выполняют. Кроветворные органы человека относятся к главным структурам организма, которые выполняют функцию формирования новых клеток крови. К ним также относятся красный костный мозг и селезенка. Лимфатическая система также является одной из частей, для которой работает костный мозг[1,2,3,4, 9,11,14]. У человека костный мозг впервые появляется на 2-м месяце эмбриогенеза в закладке ключицы, на 3-м месяце в лопатке, ребрах, грудине, позвонках и др. На 5-м месяце эмбриогенеза костный мозг функционирует как основной кроветворный орган, обеспечивая дифференцированное костномозговое кроветворение с элементами гранулоцитарного, эритроцитарного и мегакариоцитарного рядов [1,3, 6,7,8.12,13].

Ретикулярная ткань образует строму костного мозга, в петлях которой расположены гемопоэтические элементы. Она представлена межклеточным веществом с характерными ретикулярными волокнами и клетками, среди которых различают малодифференцированные и дифференцированные — фибробластоподобные и макрофагальные клетки [4,5,9,10,14]. Установлено, что основное количество стволовых кроветворных клеток содержится в костном мозге и составляет ок. 50 на 105 клеток костного мозга. Показано также наличие в костном мозге стволовых клеток для соединительной ткани клетки [5,9,10,13].

Формирующиеся клетки крови в красном костном мозге располагаются в виде островков. При этом эритробласты окружают макрофаг, содержащий железо, необходимое для построения геминовой части гемоглобина. В процессе созревания зернистые лейкоциты (гранулоциты) депонируются в красном костном мозге, поэтому их содержание в 3 раза больше чем эритрокариоцитов. Мегакариоциты тесно связаны с синусоидными капиллярами; часто их цитоплазма проникает в просвет кровеносного сосуда. В красном костном мозге развиваются предшественники лимфоцитов и В – лимфоциты. В норме через стенку кровеносных сосудов красного костного мозга проникают только созревшие форменные элементы крови, поэтому появление в кровеносном русле незрелых форм свидетельствует об изменении функции или повреждении костномозгового барьера[3,9,11,13].

Целью настоящего исследования является изучениае структуры красного костного мозга у взрослых людей жителей г. Бишкек и г. Карабалты.

Материалы и методы исследования. Анатомия красного костного мозга изучена на 7 трупах: из них 4 трупов г. Бишкек и 3 трупов г. Карабалты, умерших в старческом возрасте от причин не связанных с иммунно-дефицитными состояниями.

Стернальная пункция выполнялась иглой И.А. Кассирского с предохранительным щитком по методу (1927) М.И. Аринкина. Фиксированные и окрашенные препараты костного мозга исследованы под малым увеличением (об.10,ок.8; об40,ок.20) для оценки клеточности костного мозга. На препаратах производили подсчет количества миелокариоцитов, ретикулоцитов, а мазках - подсчет миелограммы.

Морфологический анализ клеток костного мозга (подсчет миелограммы) произведен на 500 клетках костного мозга, из чего вычисляли процентное содержание каждого вида клеток.

Результаты исследования. В результате исследования миелограммы установлено, что у жителей г. Бишкека реальный счет клеточных элементовсоставляют на 500 клеток: бласты - 0,3± 0,1, палочкоядерные 11,9 ±2,3 (рис.1), промиолоциты-2,0±0,4, эритробласты 0,3±0,08 (рис.2). Пронормобласты 0,6±0,2 (рис.3). Нормоциты базофилы 3,9±0,5. Гранулоцитарный росток в среднем составляет 267. Эритроидный росток - 104. Индекс созревания красной крови 0,8±0,04 (рис.4). В процентном отношении полученные данные показывают, что юные клетки составляет -14,2%, сегментоядерные клетки -19,0%, лимфоциты -17,4%, эритробласты- 0,2%. Гранулоцитарный росток равен- 61,2%, эритроидный росток -21,4%. Костномозговой индекс нейтрофилов составляет 0,8%. Лейкоэритробластическое отношение равно -2,8%. Индекс созревания красной крови не превышает 0,7%. Стернальный пунктат клеточный, все ростки кроветворения сохранены. В гранулоцитарном ростке отмечается незначительное омоложение. Мегакариоциты в достаточном количестве, функция полноценна.

В результате исследования выше указанногопоказателя крови у жителей г. Карабалты установлено (табл. 1), что реальный счет на 500 клеток составил: бласты - 0,8±0,2, палочкоядерные 15,2±0,9 (рис.1), промиолоциты-4,1±1,0, эритробласты 0,7±0,3 (рис.2), пронормобласты 1,5±0,3(рис.3), нормоциты базофилы 0,6±0,9. Гранулоцитарный росток в среднем составляет 267. Эритроидный росток - 104. Индекс созревания красной крови 0,6±0,05 (рис.4). В процентном отношении выявлены показателиотношений. Показатели имеют тенденцию к уменьшению, так юные клетки составляет - 11,1%, сегментоядерные клетки -16,9%, лимфоциты -16,4%, эритробласты- 0,6%. Гранулоцитарный росток равен 52,8%. Показатели эритроидного ростка уменьшены до - 27,3%. Костномозговой индекс нейтрофилов составляет 0,4%, лейкоэритробластическое отношение - 2,9%. Индекс созревания красной крови равен 0,7%. Стернальный пунктат клеточный. В гранулацитарном незначительное омоложение. Мегакариоциты в достаточном количестве, функция отсутствует, зрелых тромбоцитов мало.

Таблица 1 – Показатели миелограммы у жителей г. Бишкек и г. Кара-Балта

Старческий возраст	Норма (%):		**Бишкек n=10 M±m**	**Кара-Балта n=7 M±m**	**P**
Вид клеток	нижн	верх			
Бласты	0,2	3	0,3± 0,1	0,8 ±0,2	<0,05
Промиелоциты	1	4,1	2,0± 0,4	4,1± 1,0	<0,05
Миелоциты (нейтроф)	7	12,2	9,0 ±1,5	8,1 ±1,1	>0,05
Юные (метамиелоциты)	8	15	10,9± 1,1	12,0 ±1,3	>0,05
Палочкоядерные	12,8	23,7	11,9 ±2,3	15,2± 0,9	>0,05
Сегментоядерные	13,1	24,1	17,0± 0,9	16,6± 1,1	>0,05
Базофилы	0	0,5	0,8± 0,2	0,6± 0,2	>0,05
Эозинофилы (всех генераций)	0,6	2,4	1,3± 0,2	1,3± 0,1	>0,05
Гранулоцитарный росток			56,1± 2,5	58,0 ±2,5	>0,05
Лимфоциты	4,3	13,7	16,8± 2,3	11,0 ±1,3	>0,05
Моноциты	0,7	3,1	1,2± 0,2	1,2± 0,2	>0,05
Эритробласты	0,2	1,1	0,3± 0,08	0,7± 0,2	<0,05
Пронормобласты	0,1	1,2	0,6± 0,2	1,5 ±0,3	<0,05
Нормоцитыбазоф.	1,4	4,6	3,9± 0,5	6,0 ±0,9	<0,05
Нормоцитыполихромат.	8,9	16,9	12,3± 1.0	12,7± 1,7	>0,05
Нормоцитыоксифил.	0,8	5,6	5,7± 0,6	5,2 ±0,4	>0,05
Эритроидный росток			25,1± 2,3	28,6 ±2,0	>0,05
Миелокариоциты (тыс. в 1 мкл)	41,6	195	84,5± 6,5	130,0± 46,0	>0,05
Мегакариоциты (кл. в 1 мл)	50	150	0	35,3 ±23,1	
Плазматические клетки	0,1	1,8	0,5± 0,2	0,4 ±0,1	>0,05
Формы митоза	0	0,2	0	0	
СУММА			96,9 ±2,0	135,3 ±23,1	>0,05
Костномозговой индекс нейтрофилов	0.5	0.9	0,87 ±0,1	0,8 ±0,1	>0,05
Лейкоэритробластическое отношение	2,1	4,5	3,2± 0,4	2,6 ±0,3	>0,05
Индекс созревания красной крови	0,7	0,9	0,8± 0,04	0,6± 0,05	<0,05

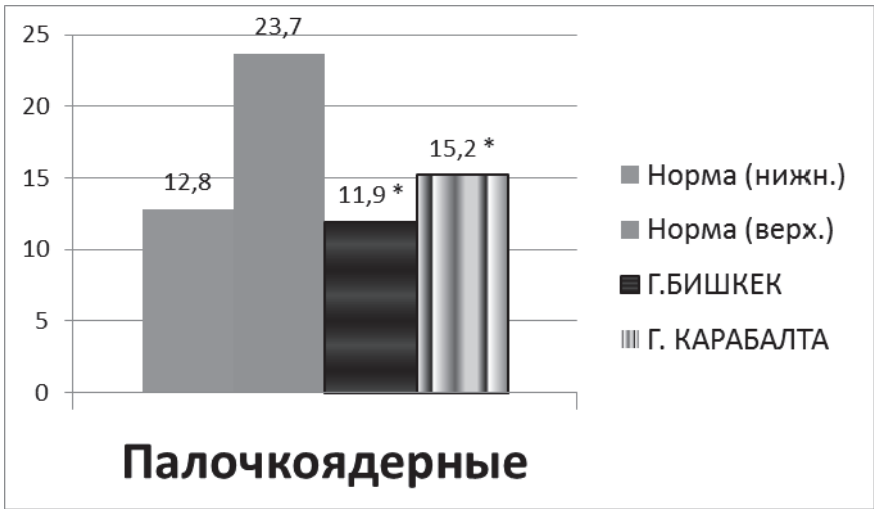


Рис.1 Показатели палочкоядерных клеток у жителей г. Бишкека и г. Карабалты

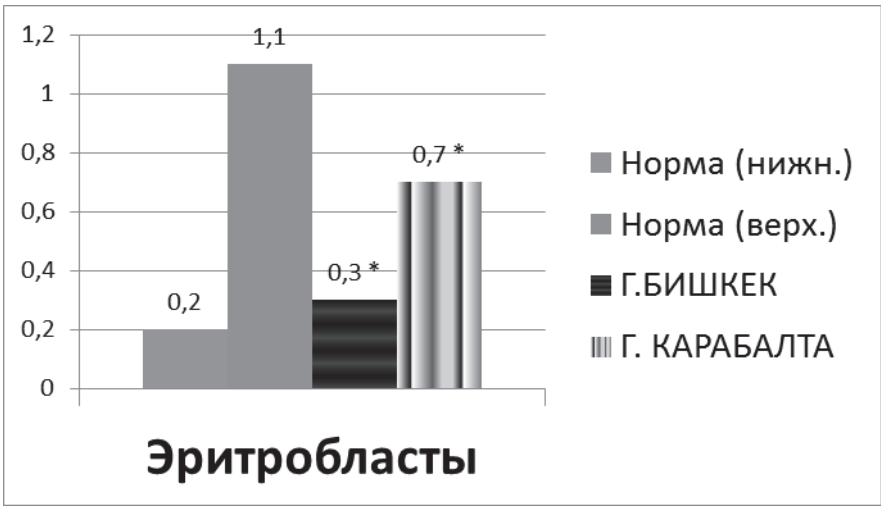


Рис.2 Показатели эритробластных клеток,у жителей г. Бишкека и г. Карабалты.

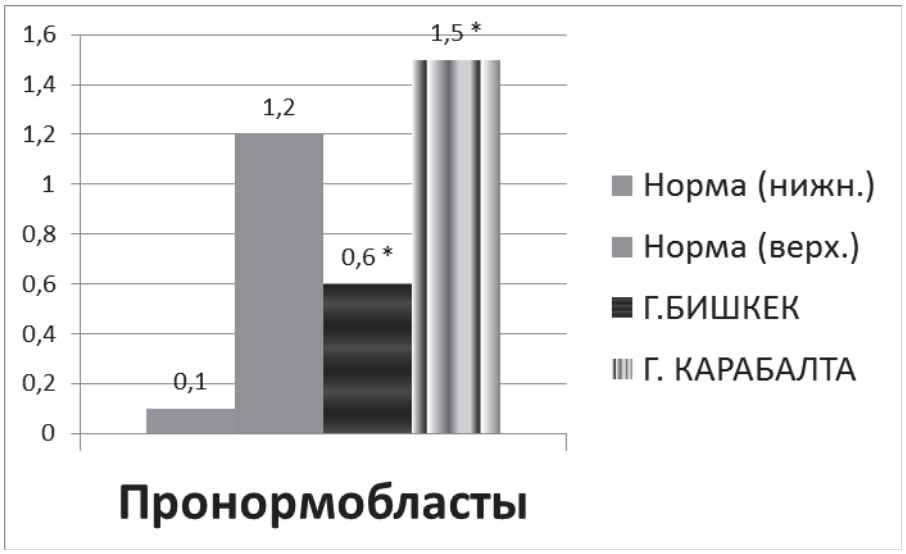


Рис.3. Показатели пронормобластных клеток, у жителей г. Бишкека и г. Карабалты.

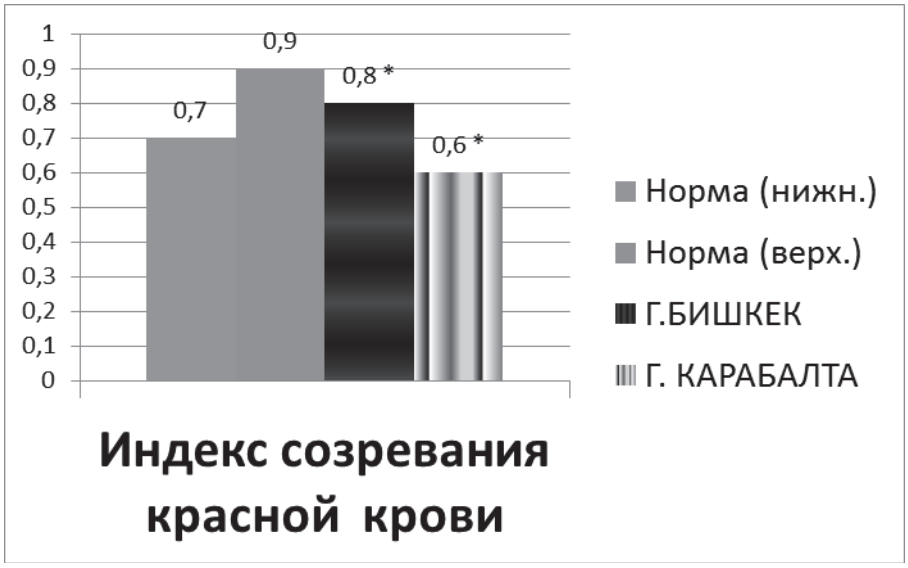


Рис.4. Показатели индекс созревания красной крови, у жителей г. Бишкека и г. Карабалты.

Заключение. Результаты исследования по г. Бишкек показывают, что стернальный пунктат клеточный. Все ростки кроветворения сохранены. Мегакариоциты единичные или отсутствует, функция достаточная. Исследования костного мозгавзятого от трупного материала г. Карабалты, показалотенденциюк увеличению бластов, промиолицитарных клеток, эритробластов, палочкоядерных клеток и уменьшение нормоцитов базофильных, пронормобластов и индекса созревания красной крови. Мегакариоциты единичные или отсутствует, функция отсутствуют, зрелые тромбоциты в малом количестве.

Таким образом, проживание в г. Карабалта, расположеного вблизи уранового хвостохранилища сопровождается нарушением кроветворной функции костного мозга,строением костной ткани и состояния стромы, соотношения кроветворной и жировой ткани, а также клеточного состава характеризовал различной степенью патологических процессов, на что указывают показатели миелограммы в г. Карабалты по сравнению с показателями г. Бишкек.

Литература.

1. Агафонкин, С.А. "Исследование биогенных аминов и биоминсодержащих структур костного мозга человека при нарушении гемопоэза"// Автореф. дис. канд. мед.наук. Москва. 1999. 23с.

2. Агарков, Н.М. "Эпидемиологический анализ врожденных пороков развития новорожденных детей"// Материалы науч.-практ. конф. «Региональные проблемы охраны здоровья населения».- Белгород, 2000. — С. 54-56.

3. Анохина, Е.Б. " Влияние пониженного содержания кислорода на культивируемые мезенхимальные стромальные клетки-предшественники костного мозга крыс " // Автореф. дис. канд. биол. наук. М. 2007. - 25 с.

4. Бородинкина, А.В. " Молекулярные механизмы ответов энтодермальных стволовых клеток человека на окислительный стресс".// Автореф. дис. канд. биол. наук. М. 2015. - 25 с.

5. Бутенко, З.А., Глузман, Д.Ф., Закс, К.П. "Цитохимия и электронная микроскопия клеток крови и кроветворных органов". — Киев, 1974.-247с.

6. Валюшкина, М. П. "Влияние возраста и пониженного содержания кислорода на функциональные свойства культивируемых мультипотентных мезенхимальныхстромальных клеток костного мозга крыс". Автореф. дис. канд. мед.наук. Москва.2013.21 с.

7. Воробьев, А.И., Абрамов, М.Г., Бриллиант, М.Д. "Руководство по гематологии". М., 2002. - 280с.

8. Глушкова, Т.Г. Диссертация и автореферат на тему: «Морфофункциональные показатели эритроидных элементов красного костного мозга и периферической крови при десимпатизации». Ижевск. 2004.24 с.

9. Зуфаров, К.А., Тухтаев, К.Р. " Органы иммунной системы (структурные и функциональные аспекты) ". Ташкент: ФАН, 1987. - 154 с.

10. Зенков, Н.К., Меньшиков Е.Б., Шкурупий В.А. "Старение и воспаление"// Успехи современной биологии. 2010. - Т. 130. - № 1. - С. 20 - 37.

11. Козлов, В.А., Труфакин, В.А., Карпов, Р.С. "Стволовые клетки: действительность, проблемы, перспективы"// Вестник РАМН. 2004. - № 9. - С. 32 – 40.

12. Лаврешин, А.В. "Тканевая инженерия корня аорты человека методом децеллюларизации". Автореф. дис. канд. мед.наук. Санкт-Петербург.2016.26 с.

13. Bianco, P., Riminucci, M., Gronthos, S., Robey, P.G. "Bone marrow stromal stem cells: nature, biology, and potential applications"// Stem Cells 2001, P.180-192

14. Conget, P. A., Minguell, J.J. "Phenotypical and functional properties of human bone marrow mesenchymal progenitor cells"//J. Cell Physiol. 1999. - V. 181. - №1. P. 67 -73

ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У САМОК КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПОЛИКИСТОЗЕ ЯИЧНИКОВ

Ч.С. Жылкичиева
Кафедра патологии, Международная Высшая Школа Медицины, Бишкек

Резюме: В эксперименте изучено изменения липидного у крыс с поликистозом яичников как проявление метаболического синдрома. В группе крыс с экспериментальным поликистозом яичников была обнаружена дислипидемия.

Ключевые слова: поликистоз, яичники, эстральный цикл, липидный спектр.

CHANGE OF LIPID SPECTRUM IN FEMALE RATS AT EXPERIMENTAL POLYCYSTIC OVARIES

Ch.S. Zhylkichieva
[1]Pathology department, International High School of Medicine, Bishkek

Abstract: It was studied changes of lipid spectrum in female rats with experimental polycystic ovaries as manifestations of metabolic syndrome. In-group of rats with experimental polycystic ovaries it was found dyslipidemia.

Key words: polycystic ovaries, estrous cycle, lipid spectrum.

УРГААЧЫ КЕЛЕМИШТЕРДИН ЛИПИДДАРДЫН ТАЛКУЛАШЫНЫН ӨЗГӨРТҮҮ ЭКСПЕРИМЕНТАЛДЫК ПОЛИКИСТОЗ СИНДРОМУНДА

Ч. С. Жылкичиева,
[1]Патология кафедрасы, Эл аралык Жогорку Медициналык Мектеби, Бишкек

Корутунду: ургаачы келемиштердин липиддардын спектрин өзгөртүүсүү изилденди. Эксперименталдык энелик бездердин поликистоз синдромундагы келемиштердин дислипидемия аныкталган

Негизги сөздөр: Энелик бездердин поликистоз синдрому, липиддарлар талкулашы.

Актуальность: Синдром поликистозных яичников является причиной более половины всех случаев эндокринного бесплодия (56,2%) [1].

В опубликованной литературе можно встретить разные данные о распространенности СПКЯ. Однако в настоящее время большинство специалистов сходятся во мнении, что среднестатистическая распространенность СПКЯ среди женщин репродуктивного возраста составляет 4-10% [2].

Проблема заключается в том, что СПКЯ с ее проявлениями является лишь верхушкой айсберга, и более серьезную угрозу составляют метаболические осложнения, наиболее заметны из которых метаболический синдром, ожирение, резистентность к инсулину. До 47% женщин с синдромом поликистозных яичников имеют метаболический синдром [3].

Возможные теории относительно связи метаболического синдрома и СПКЯ: 1) инсулинорезистентность лежит в основе патогенеза и метаболического синдрома, и СПКЯ, 2) ожирение

и тканевые факторы жировой ткани (адипоцитокины) независимо от инсулинорезистентности являются основными способствующими элементами в патогенезе обоих состояний.

В 2004 г. на заседании Международной федерации диабета (IDF) был достигнут консенсус по диагностическим критериям МС: для подтверждения диагноза достаточно наличия абдоминального ожирения в сочетании с любыми двумя факторами риска, приведенными ниже:

- окружность талии для женщин более 80 см,
- уровень триглицеридов ≥ 1,7 ммоль/л,
- липопротеины высокой плотности <1,29 ммоль/л у женщин,
-систолическое артериальное давление ≥130 мм. рт.ст. или диастолическое ≥ 85 мм рт.ст., и уровень глюкозы натощак ≥100 мг / дл. [4, 5]. У женщин с нарушениями менструального цикла отмечаются значительно чаще метаболические нарушения и повышение уровня липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) [6].

Эти нарушения липидного спектра, а именно повышение ЛПНП предполагают, что женщины с СПКЯ имеют риск развития сердечно-сосудистых нарушений до 70% [7]. Кроме того, СПКЯ связан с повышенной симпатикотонией, которая ассоциируется с сердечно-сосудистыми осложнениями. Ученые на экспериментальном СПКЯ доказали, что низкочастотная электроакупунктура имеет значительный эффект у крыс с СПКЯ - снижает частоту сердечных сокращений и симпатическую активность [8].

Однако по мнению других авторов ожирение, инсулинорезистентность, нарушение толерантности к глюкозе и дислипидемия не являются патогномоничными признаками СПКЯ. Основное значение в формировании метаболических нарушений имеет избыточная масса тела, а на фоне эндокринных изменений, характерных для СПКЯ, усугубляются нарушения углеводного и липидного обмена [9].

Хроническую ановуляцию в эксперименте у крыс можно определить по влагалищному мазку. Эпителиальные клетки влагалища дают ясную картину о различных стадиях эстрального цикла. Под воздействием эстрогенов происходит созревание эпителиальных клеток влагалища.

Открытие взаимосвязи хронической ановуляции в рамках и метаболического синдрома (МС), и СПКЯ и ИР стало важным этапом в терапевтическом воздействии на данное состояние [10].

Целью нашей работы явилось изучение изменения эстрального цикла и липидного спектра у крыс самок.

Материалы и методы.

Для эксперимента были взяты половозрелые самки крыс линии Вистар. Экспериментальные животные были разделены на следующие группы: контрольная (n=20) - группа I, опытная (n=25) – группа II с экспериментальным поликистозом. Крысы из опытной группы получали в/м тестостерон (400 мг) в течение 7 дней и находились в течение 60 дней в условиях постоянного искусственного освещения.

В течение 30 дней ежедневно брали вагинальные мазки с целью изучения эстрального цикла. Окрашивали по Романовскому Гимзе. Проводилось ежедневное измерение ректальной температуры.

Цитологическая оценка вагинальных мазков крыс оценивалась по классификации Geist, Salmon и определялись 2 индекса: Индекс созревания (ИС) и кариопикнотический индекс (КПИ). ИС это процентное отношение трех видов эпителиальных клеток – базальных/парабазальных, промежуточных и поверхностных. КПИ это процентное соотношение поверхностных клеток с пикнотическим ядром ко всем остальным клеткам. Повышение числа поверхностных клеток с пикнотическим ядром коррелирует с повышенной эстрогенной стимуляцией.

Также производили забор крови в конце эксперимента (на 60 день) на определение липидного спектра. Определяли индекс атерогенности, липопротеины низкой плотности, липопротеины высокой плотности, триглицериды и общий холестерин в лаборатории Express Plus г. Бишкек.

Животных выводили из эксперимента с помощью передозировки диэтилового эфира и проводили забор яичников для гистологического исследования. Материал фиксировали в растворе 10% формалина, заливали в парафин, изготавливали гистологические срезы и окрашивали их гематоксилином и эозином, также по Ван-Гизону.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программы «Statist».

Результаты исследования. Во влагалищном мазке крыс из контрольной группы имеются множество чешуйчатых клеток, что говорит о присутствии овуляции и хорошей эстрогенной насыщенности (Рис. 1А). В стадию метэструса появляются парабазальные клетки и лейкоциты, т.е. происходит обновление эпителия и начинается их созревание (Рис.1В). Большое количество лейкоцитов

обнаружено в фазу диэструса и эпителиальные клетки в фазу проэструса увеличиваются в размере, цитоплазма становится более прозрачной, ядро же начинает уменьшаться под действием эстрогенов. (Рис.1С и 1D).

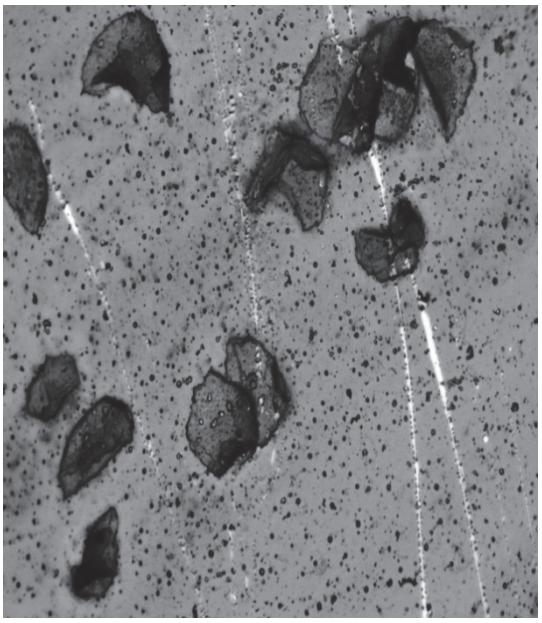


Рис.1А. Влагалищный мазок в фазу эструса у крысы в контрольной группе

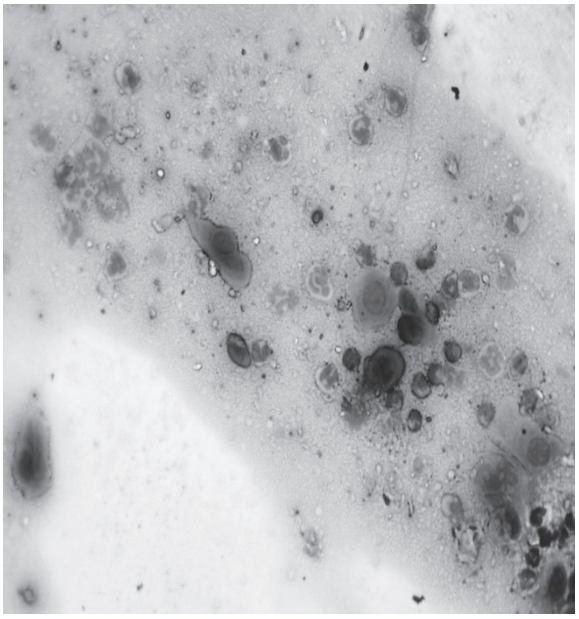


Рис.1В. Влагалищный мазок в фазу в метэструса у крысы в контрольной группе

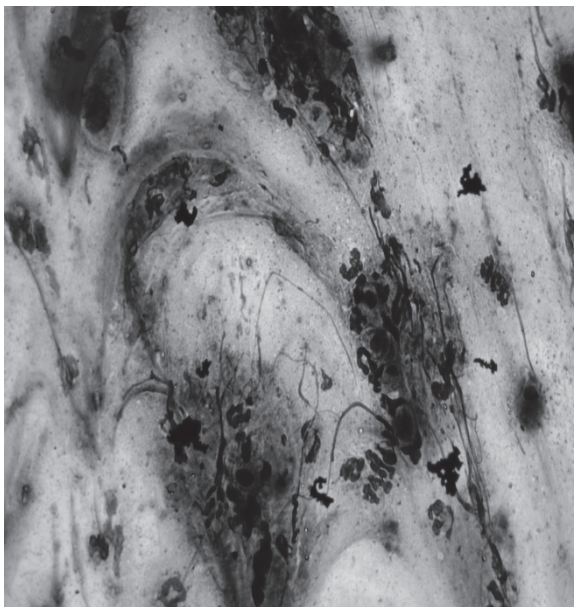


Рис.1С. Влагалищный мазок в фазу диэструса у крысы в контрольной группе

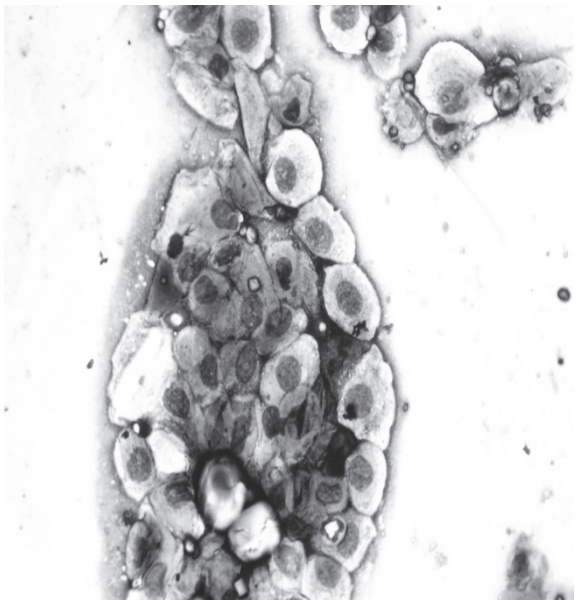


Рис.1D. Влагалищный мазок в фазу в проэструса у крысы в контрольной группе

Рис. 2А, 2В, 2С показывают метэструс, диэструс и проэструс стадии у крыс с экспериментальным поликистозом в которых большое количество лейкоцитов, парабазальных клеток и лишь малое количество эпителиальных клеток были обнаружены. Созревания клеток не происходит, что говорит о сниженной эстрогенной стимуляции и ановуляции. Нарушение созревания эпителиальных клеток из-за избытка тестостерона является главной особенностью поликистоза яичников. Во влагалищных мазках у крыс из опытной группы мы не обнаруживали пикнотических ядер и чешуйчатых клеток.

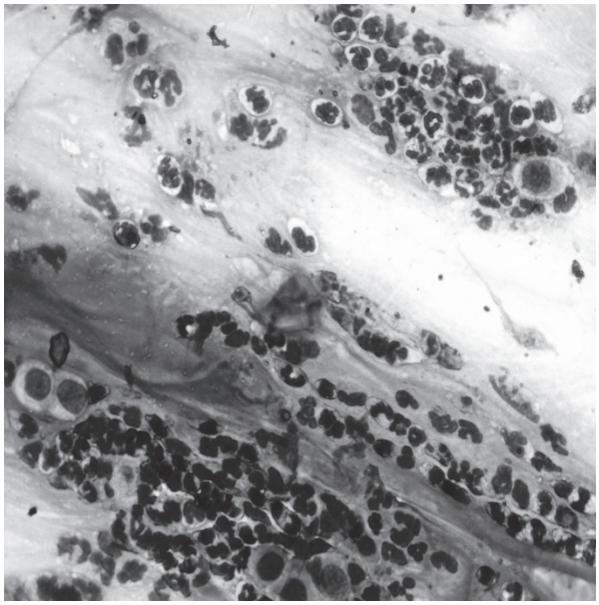


Рис.2А. Влагалищный мазок в фазу метаэструса у крысы в опытной группе

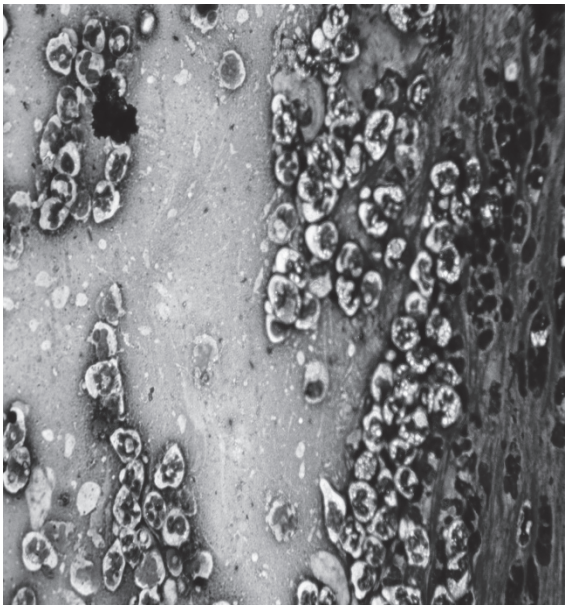


Рис.2В. Влагалищный мазок в фазу в диэструса у крысы в опытной группе

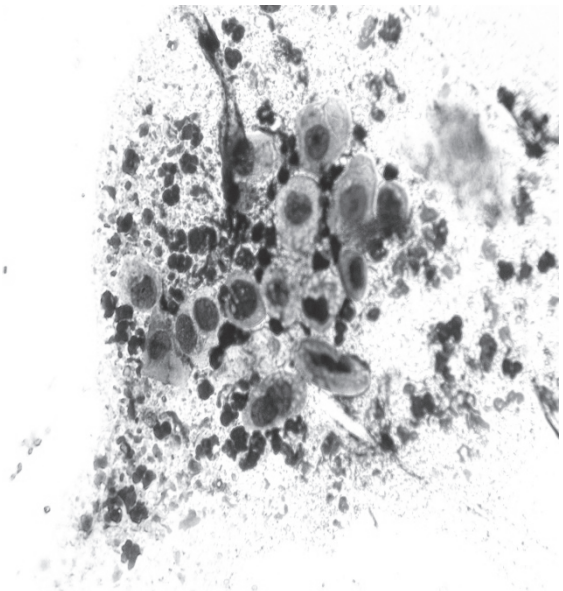


Рис. 2С. Влагалищный мазок в фазу проэструса у крысы в опытной группе

Эти данные подтверждались динамикой ректальной температуры у крыс. Эстрогены снижают ректальную температуру, а прогестерон ведет к повышению. Мы определяли снижение ректальной температуры в фазе эструса - 36,9±0,3°С - в контрольной группе крыс, что свидетельствовало о произошедшей овуляции. В опытной группе с экспериментальным поликистозом мы не обнаружили снижения температуры ниже 38,0°С.

Оценка вагинальных мазков также показывает повышенную эстрогенную стимуляцию у крыс из контрольной группы, и кариопикнотический индекс (КПИ) был выше в контрольной группе с регулярным эстральным циклом (88,4±7,5), чем в группе с поликистозом (69,5±6,2). В опытной группе ИС составил 20/0/0, что означает парабазальных клеток – 20, остальные же были лейкоцитами, промежуточных и поверхностных мы не находили вообще, поэтому 0/0/, поскольку недостаточно эстрогенов для полноценного созревания эпителиальных клеток (Таблицы 2, 3).

Таблица 2- показатели вагинальных мазков в контрольной группе (n=25)

Показатели	Диэструс	Проэструс	Эструс	Метэструс
ИС	20/55/25	0/25/75	0/10/90	65/25/10
КПИ	24,3±4,7	76±7,6	88,4±7,5	28±3,7
Эстрогенная стимуляция	↓↓↓	↑↑	↑↑↑	↓↓

Таблица 3- показатели вагинальных мазков в опытной группе (n=25)

Показатель	Диэструс	Проэструс	Метэструс
ИС	20/0/0	0/20/70	60/18/9
КПИ	5,6±1,2*	69,5±6,2	22,5±4,3*
Эстрогенная стимуляция	↓↓↓	↑↑	↓↓

Примечание: * - P<0.05 достоверно по отношению к контрольной группе

Таблица 4 отражает изменения липидного спектра. В группе с экспериментальным поликистозом отмечается выше индекс атерогенности по сравнению с контролем, повышение уровня липопротеинов низкой плотности (0,48±0,18), триглицеридов (0,63±0,19) и общего холестерина (1,68±0,14).

Таблица 4 - Изменения уровня липидов

	Индекс атерогенности	ЛПНП (ммоль/л)	ЛПВП (ммоль/л)	Общий холестерин (ммоль/л)	Триглицериды (ммоль/л)
Контрольная группа n=25	1,52±0,5	0,17±0,08	1,43±0,89	1,04±0,13	0,52±0,15
Опытная группа n=25	2,36±0,83	0,48±0,18*	0,40±0,9	1,68±0,14*	0,63±0,19

Примечание: * - P<0.05 достоверно по отношению к контрольной группе

Результаты гистологического исследования яичников показывают в контрольной группе нормальные структуры яичников с созревающей яйцеклеткой, отсутствием зон кровоизлияний, фиброза и формирования кист (Рис.3 А). В группе с экспериментальным поликистозом обнаруживаются множественные кисты, очаги фиброза (Рис. 3В).

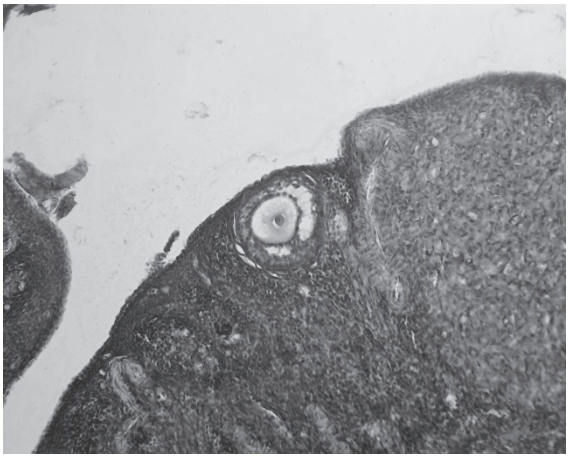


Рис.3А Яичник крысы с контрольной группы Окраска по Ван-Гизону Х 100.

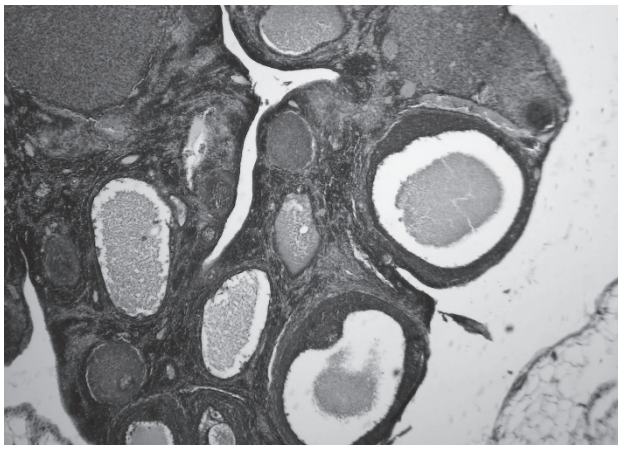


Рис. 3В Яичник крысы с опытной группы. Окраска гематоксилин-эозином Х 40.

Выводы:

Нарушение липидного и углеводного обмена играет важную роль в патогенезе СПКЯ. Углеводная диета может активировать липогенез в печени и активировать ферменты, участвующие в липогенезе, тогда как голодание действует обратно. Способность печени к липогенезу различна, в

зависимости от содержания жировой ткани. Наши исследования показали нарушение эстрального цикла у животных с экспериментальным поликистозом, что подтверждается изменением эпителиальных клеток влагалища.

Поскольку поликистоз яичников является фактором риска развития метаболических нарушений и повышает вероятность сердечно сосудистых осложнений, ранняя диагностика этого состояния может предотвратить серьезные последствия. Исследование влагалищного эпителия является доступным и экономичным методом диагностики хронической овуляции как симптома поликистоза яичников.

Основная цель консенсуса IDF ранняя диагностика симптомов метаболического синдрома. Поэтому выявление изменений липидного спектра при поликистозе яичников позволяют раньше предупредить возможные сердечно-сосудистые осложнения. Обследование женщин с синдромом поликистозных яичников, наряду с сугубо гинекологическим, должно обязательно предусматривать определение показателей липидного обмена.

Дальнейшие исследования, направленные на выявление быстрых и легкодоступных методов диагностики предикторов метаболического синдрома, лежащих в основе СПКЯ, необходимы.

Литература:

1. Sirmans S, Pate K. Epidemiology, diagnosis and management of polycystic ovary syndrome //Clin Epidemiol.-2013.- Dec 18.-№6.-P.1-13

2. Azziz R. Controversy in clinical endocrinology: diagnosis of polycystic ovarian syndrome: Rotterdam criteria are immature //J Clin Endocrinol Metab.- 2006.- №91.- P. 781-785

3. Glueck CJ, Papanna R, Wang P, Goldenberg N, Sieve-Smith L (2003) Incidence and treatment of metabolic syndrome in newly referred women with confirmed polycystic ovarian syndrome // Metabolism-2003.-№ 52.- P. 908-915.

4. Сухих Г.Т., Бирюкова А.М., Назаренко Т.А. и др. Эндокринно-метаболические особенности у пациенток с синдромом поликистозных яичников // Акушерство и гинекология. -2011.-№4.-С.12-17

5. Yildizhan B, Anik Ilhan G, Pekin T. The impact of insulin resistance on clinical, hormonal and metabolic parameters in lean women with polycystic ovary syndrome// J Obstet Gynaecol. -2016- May -№3.-P.1-4.

6. Sang Su Lee, Do Hoon Kim, Ga-Eun Nam et al. Association between Metabolic Syndrome and Menstrual Irregularity in Middle-Aged Korean Women //Korean J Fam Med.-2016.-№37.-P.31-36.

7. Amar Nagesh Kumar, Jupalle Nagaiah Naidu, Uppala Satyanarayana et al. Metabolic and Endocrine Characteristics of Indian Women with Polycystic Ovary Syndrome //International Journal of Fertility and Sterility. - Vol. 10.-№ 1. - Apr-Jun 2016. - P. 22-28.

8. Mukilan Ramadoss, Gunasekaran Ramanathan, Angelie Jessica Subbiah et al. Heart Rate Changes in Electro acupuncture Treated Polycystic Ovary in Rats // Journal of Clinical and Diagnostic Research. -2016.- Mar.- Vol-10(3).- P.1-3

9. Lim S.S, Norman R.J, Davies M.J et al. The effect of obesity on polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis //Obes Rev. - 2013 Feb.-№14(2).- P.95-109.

10. Григорян О.Р., Шереметьева Е.В., Андреева Е.Н. Место сенситайзера к инсулину (метформина гидрохлорид) в лечении синдрома хронической ановуляции у пациенток с избыточной массой тела и ожирением (обзор литературы) //Проблемы репродукции.- 2015.-№ 3.-С.51-55.

ИЗМЕНЕНИЕ ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭПИТЕЛИЯ ВЛАГАЛИЩА У ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ ПРИ НАРУШЕНИИ ЭСТРАЛЬНОГО ЦИКЛА

Жылкичиева Ч.С.[1], Тухватшин Р.Р. [2], Асекова К.И.[3]

[1]Кафедра патологии, Международная Высшая Школа Медицины,

[2] Кафедра патофизиологии КГМА им. И.К.Ахунбаева,

[3]Кафедра патофизиологии КГМА им.И.К.Ахунбаева,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Изучены изменения цитоморфологии эпителия влагалища у лабораторных крыс с нарушениями эстрального цикла при поликистозе яичников. Проведен сравнительный анализ цитоморфологических показателей влагалищных эпителиоцитов у контрольной и опытной группы. У

крыс опытной группы с экспериментальным поликистозом яичников имеются отклонениях показателях цитоморфологии эпителия влагалища по сравнению с контрольной.

Ключевые слова: цитоморфологические показатели, поликистоз яичников, эстральный цикл.

ЭНЕЛИК БЕЗДЕРИНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛДЫК ПОЛИКИСТОЗУ ЖҮРГҮЗҮЛГӨН ЛАБОРАТОРИЯЛЫК КЕЛЕМИШТЕРДИН ВАГИНАЛДЫК ЭПИТЕЛИЙИНИН ЦИТОМОРФОЛОГИЯЛЫК КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНҮН ЭСТРАЛДЫК ЦИКЛЫНЫН БУЗУЛУШУНДАГЫ ӨЗГӨРҮҮЛӨРҮ

Жылкичиева Ч.С.[1] ,Тухватшин Р.Р. [2], Асекова К.И.[3]
[1]Патология кафедрасы,ЭларалыкЖогоркуМедициналыкМектеби,
[2]Патофизиология кафедрасы И. К. Ахунбаеватындагы КММА,
[3]Патофизиология кафедрасы И. К. Ахунбаеватындагы КММА
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Алгачкы жолу энелик бездерине эксперименталдык поликистоз жүргүзүлгөн лабораториялык келемиштердин вагиналдык эпителийинин эстралдык циклынын бузулушундагы өзгөрүүлөрү изилденди. Тажрыйбалык топтогу келемиштердин вагиналдык эпителийинде цитоморфологиялык көрсөткүчтөрүндө өзгөрүүлөр аныкталды.

Негизги сөздөр: цитоморфологиялык көрсөткүчтөр, энелик бездеринин поликистозу, эстралдык цикл.

ALTERATION CYTOMORPHOLOGICAL INDEXES OF LABORATORY RATS VAGINAL EPITHELIUM WITH EXPERIMENTAL POLYCYSTIC OVARIES AT DISTURBANCE ESTRUS CYCLE

Ch.S. Zhylkichieva[1], R.R. Tuchvatshin[2], K. I. Asekova[3]
[1]Pathology department, International High School of Medicine,
[2]Pathophysiology department of KSMA named by I.K. Achunbaev, [3]Pathophysiology department of KSMA named by I.K. Achunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: It was studied alterationin cytomorphology of laboratory rats vaginal epithelium with experimental polycystic ovaries at disturbance estrus cycle. It was performed comparative analysis on cytomorphological indexes of vaginal epithelium between the control and the experimental groups. The laboratory rats of the experimental groups have deviations in indexes of vaginal epithelium cytomorphology from the control.

Key words: cytomorphological indexes, polycystic ovaries, estrus cycle.

Актуальность. Поликистоз яичников**,** также известный как синдром Штейна-Левенталя или склерокистоз яичников**,** характеризующийся ановуляцией ,представляет собой эндокринную патологию, при которой под воздействием избыточного содержания андрогенов созревание фолликулов не происходит, из-за чего формируются множественные кисты в виде пузырьков, заполненных жидкостью [1, 2].

Эпителий слизистой оболочки влагалища, состоящих из базальных, парабазальных и поверхностных клеток претерпевает значительные ритмические изменения в последовательных фазах менструального цикла. И его состояние зависит от уровня овариальных гормонов в крови, поэтому по картине, полученного с поверхности влагалища, можно судить об изменениях в крови половых гормонов организма. Под важнейшими гормонами, эстрогенами, происходит у самок млекопитающих пролиферация, ороговение и частичное слущивание эпителия влагалища и выделение слущивающимся эпителием специфических запаховых веществ (феромонов), то есть течку (эструс). У женщин в физиологических концентрациях эстрогены усиливают секрецию влагалищной слизи, рост и дифференцировку клеток влагалищного эпителия [3, 4].

Таким образом, изучение морфологии эпителия при поликистозе яичников имеет большое значение для оценки состояние гормонального фона женского организма.

Цель данной работы заключается в изучении цитоморфологических показателей эпителиальных клеток слизистой влагалища на фоне эндокринной патологии – при экспериментальном поликистозе яичников.

Материал и методы исследования. Исследованию подвергались 45 половозрелых лабораторных крыс – самки, весом 220- 330 граммов. Животные были разделены на две группы: I группа – 20 крыс (контрольная), II группа – 25 крыс (опытная). Для моделирования экспериментального поликистоза яичников крысам опытной группы (II группа) внутримышечно 7 дней вводили тестостерон (400 мг) и находились в условиях постоянного искусственного освещения в течение 60 дней.

В течение эксперимента, с целью определения ритмичности функционирования яичников и изучения исследуемых показателей ежедневно в течение 30 дней анализировали влагалищные мазки. Для этого изготавливались препараты по следующей методике: соскобы брали разовым урогенитальным зондом, фиксировались метанолом и окрасились азур - эозином по Романовскому. Препараты высушивались и изучали под микроскопом с увеличением в 90 раз.

Для цитологической оценки вагинальных мазков крыс использовались два индекса: индекс созревания **(ИС)** и кариопикнотический индекс **(КПИ**). **Индекс созревания** (**ИС**) – это процентное соотношение трех видов эпителиальных клеток: 1) парабазальных, 2) промежуточных и 3) поверхностных. Результат записывают в процентах в виде дроби, в которой слева - количество парабазальных клеток, в центре – количество промежуточных клеток и справа – поверхностных клеток. **Кариопикнотический индекс (КПИ) -** характеризует степень пролиферации. Это процентное отношение поверхностных клеток с пикнотичным ядром к клеткам, содержащим препикнотичные ядра. Это показатель указывает гормональное действие на клеток , если эстрогены вызывают повышение КИ, а прогестерон его подавляет [5].

Результаты исследования. В ходе исследования у крыс контрольной группы (I) не было нарушений в последовательности эстрального цикла. Это говорит, о том что гормональный фон и его влияние на слизистую влагалища сохранен.

Во первой фазе - эструса в мазке у крыс контрольной группы (I гр.) наблюдались крупные ороговевшие безъядерные эпителиоциты, имеющие вид чешуек неправильной формы. В мазке лейкоциты и ядерные эпителиальные клетки не обнаруживаются. Длительность фазы эструса составляла 1- 3 дней. Ороговевшие клетки и их образование скопления, означают о присутствии овуляции и хорошей эстрогенной насыщенности (Рис. 1А).

Во второй фазе – метаэструса в мазке обнаруживаются единичные чешуйчатые клетки (в поле зрения 1-2 клеток), парабазальные эпителиоциты с крупными ядрами, занимающее значительное место в цитоплазме и большое количество лейкоцитов. А также, в небольшом количестве имеется слизь. В этой фазе происходит обновление эпителия и начинается их созревание (Рис. 1Б).

В третьей фазе – диэструса при наблюдении под микроскопом мазков, в основном преобладают лейкоциты, единичные промежуточные клетки и присутствует слизь в значительном количестве. В этой фазе имеет значение преобладание функциональной активности гормона желтого тела – прогестерона. Он обеспечивает увеличение числа эпителиоцитов промежуточного слоя. Клетки промежуточного слоя – несколько меньше поверхностных (диаметром 25-30 мкм), имеют неправильную форму с более крупным ядром. Цитоплазма их окрашивается интенсивнее, а ядро – светлее, чем у поверхностных клеток. Продолжительность метаэструса составляла 2-3 дня (Рис. 1С).

В четвертой фазе эстрального цикла – проэструс у крыс контрольной группы под микроскопом в мазках обнаруживаются эпителиальные клетки поверхностного слоя. Наличие в мазке таких поверхностных клеток служит признаком максимального созревания эпителия влагалища. Пикноз т.е. уменьшение размеров ядер этих клеток происходит под действием эстрогенов. Эстрогены способствуют раздельному расположению поверхностных клеток, а прогестерон вызывает их скученность по 4 и более, отторжение пластами. длительность фазы 2-8 дней (Рис. 1D).

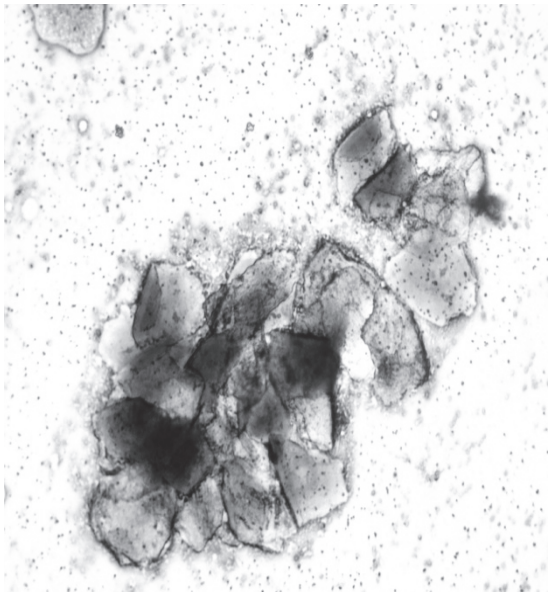


Рис. 1А. Влагалищный мазок в фазу эструса у крысы в контрольной в группе имеются скопления чешуйчатых клеток.

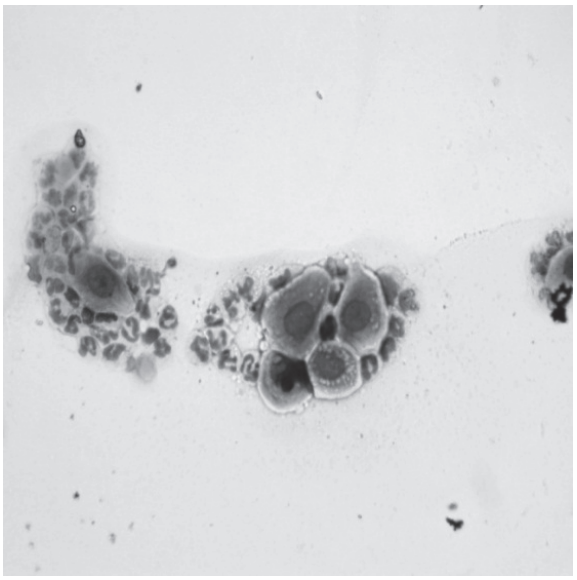


Рис. 1В. Влагалищный мазок в фазу метаэструса у в контрольной группе имеются парабазальные эпителиоциты и лейкоциты.

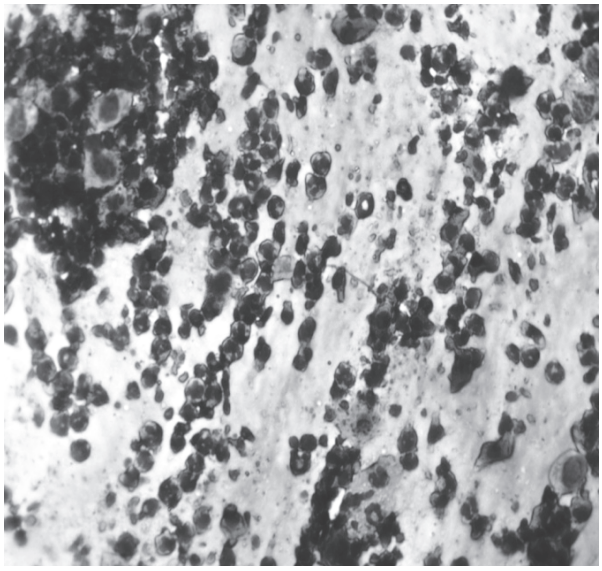


Рис.1С. Во влагалищном мазке у крыс контрольной группы в фазе -диэструс отмечаются преобладание лейкоцитов, единичные клетки парабазального слоя и большое количество слизи.

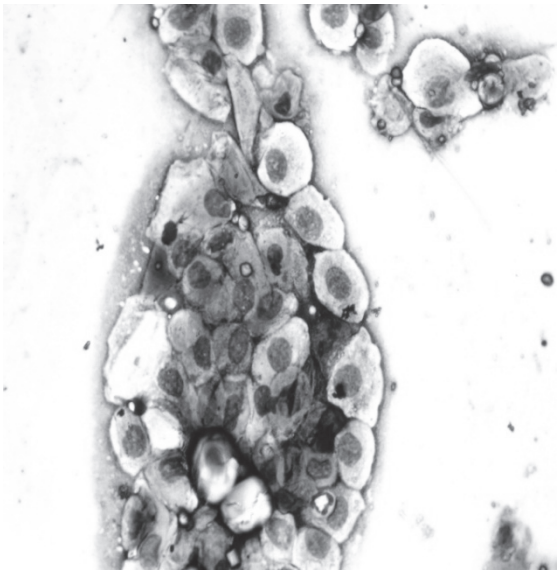


Рис. 1D. Влагалищный мазок в фазе - проэструс наблюдаются эпителиальные клетки поверхностного слоя и единичные чешуйчатые клетки.

У крыс опытной группы с экспериментальным поликистозом яичников в ходе изучения мазков обнаружили отсутствие фазы эструса и большое количество лейкоцитов с преобладанием эпителиоцитов базального и парабазального слоя. Созревания эпителия или переход в зрелые с пикнотическими ядрами и чешуйчатые клетки не происходит, т.к. избыток тестостерона снижает эстрогенную стимуляцию для созревания и приводит к ановуляцию. Это говорит, о поликистозе яичников.

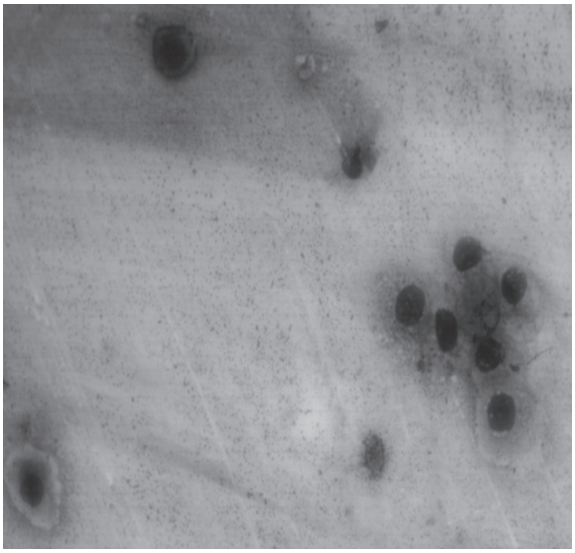


Рис. 2А. В фазе проэструса у крысы опытной группы.

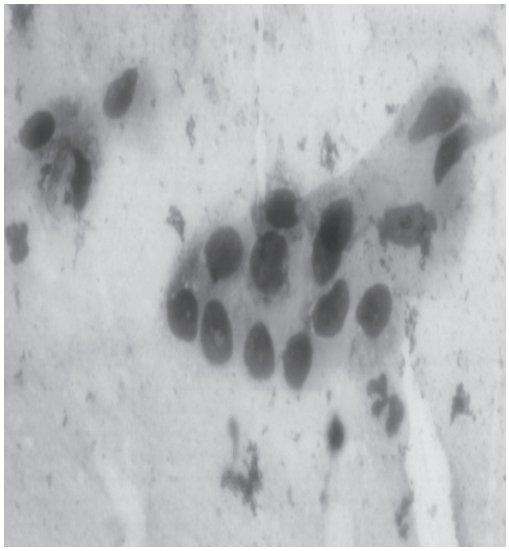


Рис. 2В.в фазе метаэструса у крысы опытной группы.

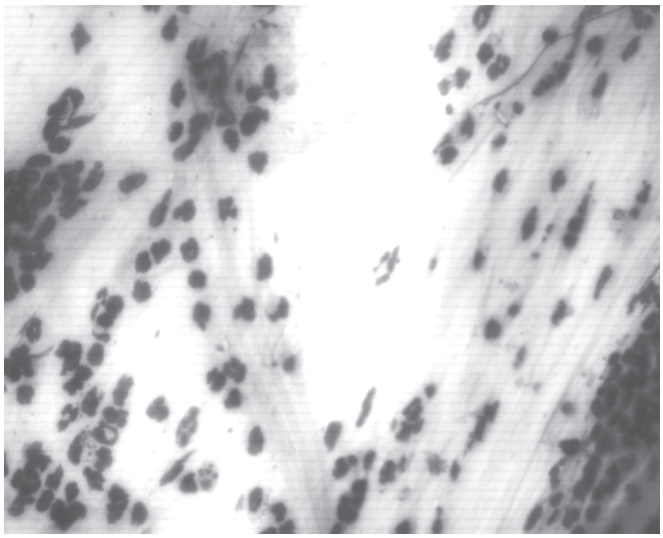


Рис. 2С. Влагалищный мазок в фазе диэструса у крысы опытной группы.

Рис. 2А отражает влагалищный мазок в фазу проэструса. В эту фазу наблюдаются только зрелые эпителиальные клетки, на рисунке отмечаются несозревшиеэпителиальные клетки, ядра этих клеток значительно занимает цитоплазму. Это говорит о недостаточности эстрогенной стимуляции для их созревания.

Рис. 2В показывает влагалищный мазок в фазу метаэструса: наблюдаются клетки базального и парабазального слоя. Парабазальные клетки имеют овальную или округлую форму и диаметр 15-25 мкм. Ядра их большие. Парабазальные клетки в данном препарате с большими ядрами, занимающими почти всю поверхность невыраженной цитоплазмы. Появление в мазках парабазальных клеток свидетельствует о недостаточном созревании влагалищного эпителия, что обычно обусловлено слабой гормональной стимуляцией.

Рис. 2С это влагалищный мазок в фазе метаэструса: отмечается значительное количество лейкоцитов и слизи. Отсутствуют клетки эпителия. Такая картина характерно при снижении эффекта прогестерона, т.к. это гормон стимулирует пролиферацию базальных и парабазальных клеток.

Для подтверждения нарушения эффективности гормонов определяли и сравнивали КПИ и ИС контрольной и опытной группы. Результаты показаны в таблице 1 и 2.

Таблица 1 - Показатели влагалищного мазка у крыс контрольной группы

Группа	Контрольная группа (N=25)			
Фазы цикла	эструс	метаэструс	диэструс	проэструс
ИС	0/10/90	65/25/10	20/55/25	0/25/75
КПИ	88,4±7,5	28±3,7	24,3±4,7	76±7,6
Эстрогенная стимуляция	↑↑↑	↓↓	↓↓↓	↑↑

Таблица 2 - Показатели влагалищного мазка у крыс опытной группы

Группа	Опытная группа (N=25)			
Фазы цикла	эструс	метаэструс	диэструс	проэструс
ИС	отсутствует	20/0/0	20/0/0	0/20/70
КПИ		5,6±1,2*	5,6±1,2*	69,5±6,2
Эстрогенная стимуляция		↓↓↓	↓↓↓	↑↑

Примечание: * - P<0.05 достоверно по отношению к контрольной группе

Оценка вагинальных мазков также показывает повышенную эстрогенную стимуляцию у крыс из контрольной группы, икариопикнотический индекс (КПИ) был выше в контрольной группе с регулярным эстральным циклом (88,4±7,5), чем в группе с поликистозом (69,5±6,2). В опытной группе ИС составил 20/0/0, что означает парабазальных клеток – 20, остальные же были лейкоцитами, промежуточных и поверхностных мы не находили вообще, поэтому 0/0/, поскольку недостаточно эстрогенов для полноценного созревания эпителиальных клеток.

Выводы:

Данные исследования показали роль гормонов яичников в изменении цитоморфологии эпителиальных клеток слизистого слоя влагалища при экспериментальном поликистозе яичников. КПИ и ИС, в действительности, эффективны для обнаружения нарушений в морфологии эпителия под влиянием гормонального дисбаланса. Из этого можно сделать вывод, что можно предварительно диагностировать хроническую ановуляцию и поликистоз яичников, определением использованных нами показателей. Необходимы дальнейшие исследования в отношении совершенствования данного метода диагностики, поскольку он является экономически выгодным, легкодоступным способом.

Литература:

1) www.medeffect.ru/gynaecology/spkya-0007.shtml
2) Алиева Э.А., Пшеничникова Т.Я., Гаспаров А.С. Результаты лапароскопии у пациенток с синдромом поликистозных яичников, перенесших хирургические методы лечения // Акушерство и гинекология.- 1990.-№7.-С.63-66.
3) Carlos Stocco Tissue Physiology and Pathology of Aromatase // Steroids. — 2017-02-03. — Т. 77, вып. 1-2. — С. 27–35. — ISSN0039-128X.
4) Гистология, цитология и эмбриология / под редакцией проф. Ю.И.Афанасьев, проф. Н.А. Юриной, пятое издание. - 715 с.
5) Studopedia.org/2- 3090.

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИЗМЕНЕНИЙ ЦИТОМОРФОЛОГИИЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК СЛИЗИСТОЙ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ УРАНОВЫХ ХВОСТОХРАНИЛИЩ

Топчубаева Т.М., Тухватшин Р.Р., Асекова К.И.
Кафедра патофизиологии КГМА им. И.К.Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Впервые проведен морфологический анализ клеток эпителия слизистой влагалища у 52 женщин, проживающих в зоне урановых хвостохранилищ. В ходе исследования у лиц основной группы регистрировались клетки с атипичными ядрами и с микроядрами.

Ключевые слова: цитоморфологический анализ, эпителий влагалища, атипичные ядра, урановое хвостохранилище

УРАН КАЛДЫКТАРЫ ЖАЙГАШКАН РЕГИОНДУН АЯЛ ТУРГУНДАРЫНЫН ВАГИНАЛДЫК БЫЛЖЫР ЧЕЛИНИН ЭПИТЕЛИАЛДЫК КЛЕТКАЛАРЫНЫН ӨЗГӨРҮҮСҮНДӨГҮ ЦИТОМОРФОЛОГИЯСЫНА НЕГИЗГИ МҮНӨЗДӨМӨ

Топчубаева Т.М., Тухватшин Р.Р., Асекова К.И.
Патофизиология кафедрасы, И.К. Ахунбаева атындагы КГМА,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме: Алгачкы жолу уран калдыктары жайгашкан региондун 52 аял тургундарынын вагиналдык былжыр челинин эпителийине цитморфологиялык анализ жүргүзүлдү. Изилдөө учурунда негизги группанын изилденүүчүлөрүнүн вагиналдык эпителийинде өзгөчө түзүлүштөгү ядро жана микроядролору менен клеткалар кездешери байкалды.

Негизги сөздөр: цитморфологиялык анализ, вагиналдык эпителий, өзгөчө түзүлүштөгү ядролор, уран калдыктары жайгашкан регион.

KEY FEATURES OF CHANGES THE CYTOMORPHOLOGY OF MUCOUS VAGINAL EPITHELIAL CELLS IN WOMAN LIVING AT ZONE OF URANIUM TAILINGS

TopchubaevaT.M.,Tuhvatshin R.R., Asekova K.I.
Pathophysiology department of KSMA named after I.K. Akchunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: At first was held morphological analyses cells of mucosa vaginal epithelium of 52 women's, living at the zone of uranium tailings. During analyses were registered cells with atypical nucleus and micronucleusin persons of main group, which in norm are absent.

Key words: cytomorphology analyses, vaginal epithelium, atypical nucleus, uranium tailings.

Введение. Покровные ткани такие, как слизистые, состоящие из эпителия являются первичным фактором защиты, непосредственно выступающими слоями при влиянии различных воздействий. Поэтому изучении их цитоморфологии клеток дает важную информацию о состоянии барьерных функций слизистой оболочки [1].

Данная работа посвящена исследованию изменений морфологии клеток и клеточных структур эпителия влагалища у местных жительниц, проживающих в зоне урановых хвостохранилищ, в селе Каджы – Сай Тонского района Иссык-Кульской области. Целостность поверхностного слоя влагалища, котороя состоит из плоского многослойного неороговевающего эпителия, связана с состоянием женской репродуктивной системы, поэтому цитоморфологический анализ может послужить индикатором ее состояния [2,3].

Цель данной работы заключается в оценке состояния клеток слизистой влагалища у местных жительниц, проживающих вблизи уранового хвостохранилища.

Материал и методы исследования. Объектом исследования послужили влагалищные мазки 52 женщин в возрасте от 20-65 лет- местных жителей Тюпского района села Каджы-Сай и 20 женщин в возрасте от 23-57 лет, проживающих в городе Бишкек (контрольная группа). Препараты для исследования приготовлены следующим образом: мазки брали специальным гинекологическим шпателем во время гинекологического обследования, наносились тонким слоем на предметное стекло, высушивались на воздухе и фиксировались метанолом. Препараты окрашивали азур- эозином по Романовскому, дифференцировали слабым раствором уксусной кислоты, и препараты оценивались под микроскопом с увеличением в 90 раз.

В процессе исследования учитывались возраст и дни менструального цикла у пациенток, так как в каждой фазе менструального цикла наблюдается рост и изменении трофики цитоплазмы клеток под влиянием женских половых гормонов: эстрогенов и прогестероном.

Собственные результаты и обсуждения. В ходе исследования влагалищных мазков у опытной группы и контрольной регистрировались различные показатели количества клеток с микроядрами и аномальными ядрами.

У здоровых женщин в позднюю фолликулиновую фазу, на 12 –день менструального цикла диаметр клеток поверхностного слоя эпителия влагалища в среднем составлял 35нм ± 2,1, при этом не обнаруживаются каких-либо морфологических изменения: овальное препикнотическое ядро, с ровными

краями чаще всего было расположено в центре цитоплазмы **(Рис.1)**. Ядро четко ограничивается от цитоплазмы более интенсивной окраской и занимает ее малую часть. При окраске азур-эозином по Романовскому ядра клеток приобретали темно-синий цвет, а цитоплазма – розовую. Клетки слизистой влагалища дают нормальную структуру без атипичных ядер, что свидетельствует о целостности их хромосомного аппарата.

У пациенток в позднюю фолликулиновую фазу, на 13-день менструального цикла обнаруживаемые эпителиальные клетки влагалища содержат дополнительные микроядра (указаны стрелками) **(Рис.2)**. Основное ядро занимает меньшую часть цитоплазмы, края клеток ровные. Диаметр эпителиоцитов в среднем составляет 30 нм ±1,2, тогда как микроядра находятся на периферии цитоплазмы. Интенсивность окраски ядер и микроядер одинаковая (так как ядерный аппарат клеток имеют кислую среду, из за чего принимает темно-синию окраску в реакции с азуром из красящего комплекса). Присутствие микроядер в клетках указывает на неполноценность диплоидного набора хромосомы в этих клетках.

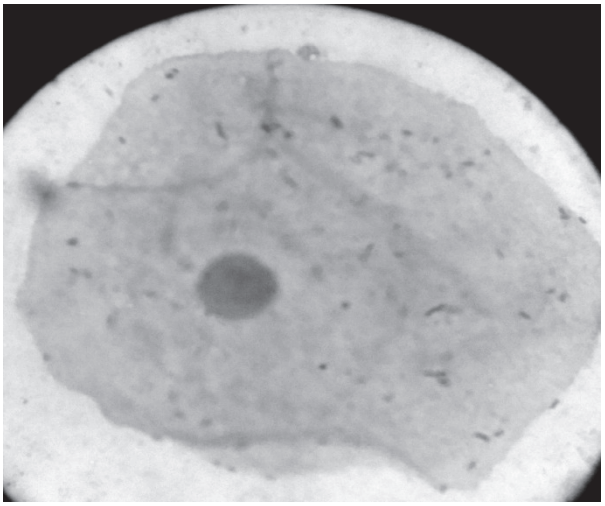


Рис.1. Клетка поверхностного слоя эпителия, имеющая нормальную структуру ядра у женщин контрольной группы (*x90).*

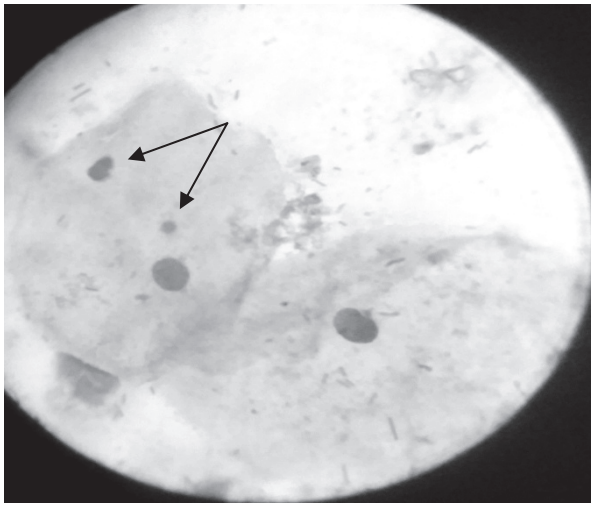


Рис.2. Клетки поверхностного слоя эпителия у женщин основной группы с микроядрами в периферии цитоплазмы (*x90).*

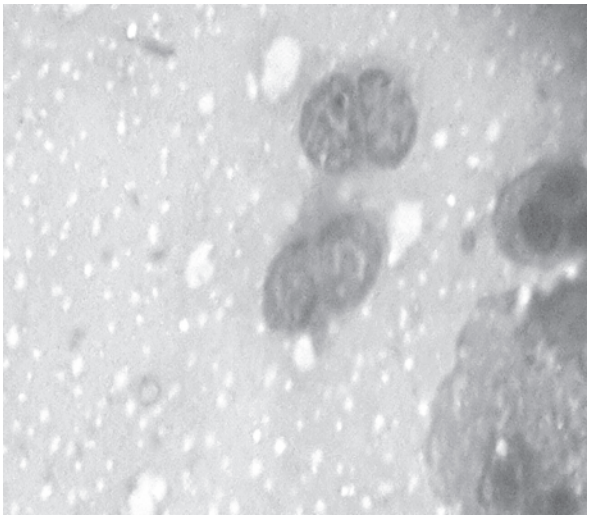


Рис.**3.** Клетки базального слоя влагалищного эпителия у женщин основной группы при митозе клетки *(x90).*

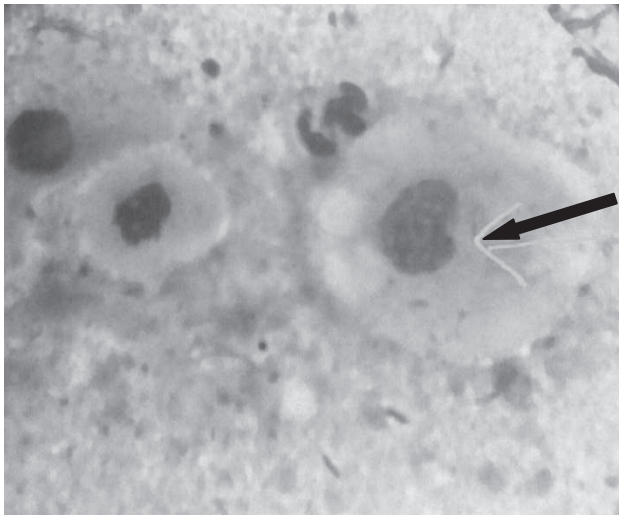


Рис.4. Клетка с перинуклеарной вакуолью промежуточного слоя влагалищнего эпителия у женщин основной группы *(x90).*

У обследуемых пациентов основной группы в фолликулиновую фазу на 5 день менструального цикла видны клетки базального слоя, регистрируемые во время процесса митоза **(Рис. 3)**. В норме клетки базального слоя имеют крупное ядро, занимающее всю поверхность цитоплазмы, диаметр достигает в среднем 18 мкм ±1,2. У половозрелых женщин с нормальным течением менструального цикла клетки базального слоя в мазках не обнаруживаются, так как они являются клетками глубокого слоя. Но при патологии и менопаузе в препаратах составляют значительную часть клеток.

У обследуемых женщин в фолликулиновую фазу на 8-день менструального цикла размеры клеток промежуточного слоя влагалищного эпителия несколько меньше, чем поверхностные, их диаметр составляет менее 25 мкм **(Рис. 4)**. Ядро клеток занимает значительную часть цитоплазмы. Края цитоплазмы ровные и окрашиваются интенсивнее, чем цитоплазма поверхностныхэпителиоцитов. Ядра неправильной формы, имеют изогнутости. Также обнаруживается перинуклеарные вакуоли, которые указывают на раннюю стадию апоптоза, тогда как в контрольной группе они выявлялись редко.

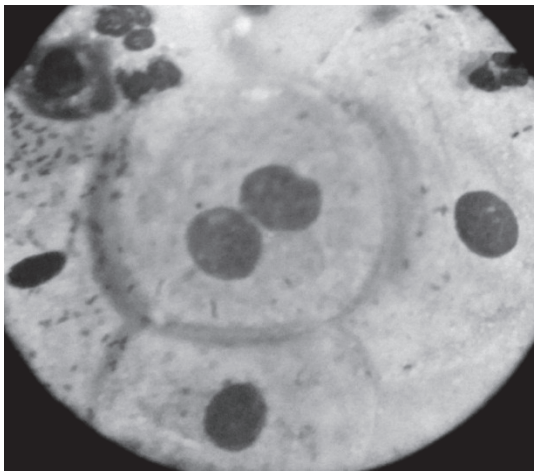


Рис. 5. Двуядерная клетка промежуточного слоя эпителия влагалища у женщин основной группы *(x90).*

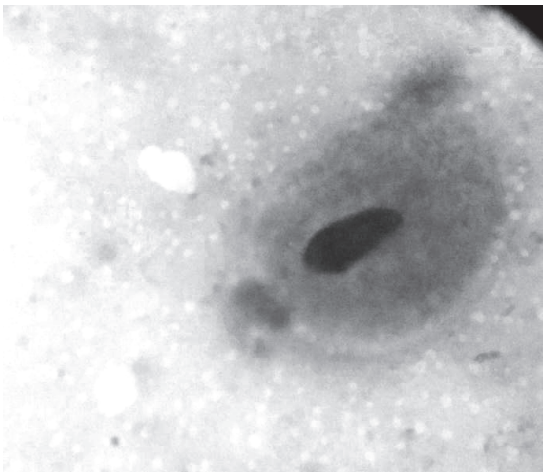


Рис. 6. Клетка парабазального слоя эпителия у женщин основной группы *(x90).*

У обследуемых женщин в фолликулиновую фазу на 6- день менструального цикла препарате обнаруживаются кроме эпителиальных клеток лейкоциты- нейтрофилы, влагалищная кокобациллярная флора **(Рис. 5)**. Цитоплазма клеток влагалищного эпителия четко ограничена, в центре расположены аномальные ядра на препарате видны 2 тесно примыкающие друг к другу ядерные структуры , примерно равные по размеру, разделенные друг от друга небольшой щелью. В среднем диаметр клеток с аномальными ядерными структурами составляет менее 25 мкм, тогда как внорме такие клетки с атипичной структурой, у женщин контрольной группы не регистрировались.

У женщин основной группы в постменапаузе наблюдались эпителиальные клетки парабазального слоя слизистой, с измененной структурой ядра. В данном препарате **(Рис. 6)** представлена «псевдопаракератотическая» клетка парабазального слоя с интенсивно- базофильной блестящей цитоплазмой. Края ядра и цитоплазмы ровные но, ядра приобретают продольную структуру, хотя обычно парабазальные эпителиоциты имеют ядра овальной или округлой формы. Измененная цитоморфология этой клетки указывает на хромосомную патологию ядерного аппарата.

Заключение. Таким образом, у женщин проживающих, в зоне урановых хвостохранилищпри исследовании эпителия влагалища наблюдались клетки с атипичными ядрами и с микроядрами,которые в норме не должны присутствовать во влагалищных мазках.

Такая клеточная патология хромосомного аппарата возникает при нарушении митоза, учитывая что, процесс митотического деления клеток особенно чувствителен к действию ионизирующего излучения. Именно в стадии митоза - метафазе возникает патологические образования микроядер и формирование атипичных ядер эпителиальных клеток, с чем связывают нарушением веретена деления.

Литература:

1. Колмакова Т.С., Белик С.Н., Моргуль Е.В., Севрюков А.В. Использование микроядерного теста для оценки эффективности лечения аллергии у детей. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2013. – 31 с.

2. www.studopedia.org «Морфология эпителиальных клеток влагалища», 2014.11.02.
3. Гистология, цитология и эмибриология / под редакцией проф. Ю.И.Афанасьев, проф. Н.А. Юриной, пятое издание, 2002.-737 с. Патология митоза, С. 88.

PHYTOREMEDIATION OF RADIATION

B.I. Nurdinov
KSMA name after I.K.Ahunbaeva,
Bishkek, Kyrgyzstan

Resume: In the village of Mailuu-Suu In Soviet period uranium was mined and processed . Upon receipt of the necessary components, the remains were thrown nearby the getting place, where residents were living. At that moment uranium was absorbed by soil. To help our citizens, we decided to find a way to clean the soil from uranium. Since the soil was contaminated, the uranium activities were felt in plants that were fed by animals. To prevent radioactive substances from the transition of uranium from one living organism to another, we concluded to neutralize this process in the primary source of infection. We collected several types of plants and measured the concentration of uranium in them. The results surprised us. Among them there were two plant species in which the level of uranium was notable. We conclude that if we put these phytoremediants in sufficient quantities, within a few years we will be able to remove uranium from the area.

Key words: Uranium, radiation, plant.

ФИТОРЕМЕДИАЦИЯ РАДИАЦИИ

Б.И. Нурдинов
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В советский период на территории Майлуу-суу добывался и обратывался уран. Но после получения необходимых компонентов, останки бросались недалеко от населенных пунктов. Но на сегодняшний день уран почти полностью поглощен почвой и это ведет за собой отрицательные последствия. И чтобы помочь нашим гражданам мы решили найти способ очистки почвы от урана. Поскольку почва была загрязнена, урановые компоненты встречались и в растениях, которые съедались животными, и через животных передавались людям. Для предотвращения перехода урана с одного живого организма к другому, мы решили нейтрализовать этот процесс в первичном очаге инфекции. Мы собрали несколько видов растений и измерили концентрацию урана в них. Результаты очень обрадовали нас. Среди них были два вида растений, в которых уровень урана был достаточно значительный. Мы пришли к выводу, что если мы будем выращивать эти фиторемедианты в достаточном количестве, то в течение нескольких лет мы можем избавиться от урана.

Ключевые слова: Уран, радиация, растение.

РАДИАЦИЯНЫ ФИТОРЕМЕДИАЦИЯЛОО

Б.И. Нурдинов
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Совет убагында Майлуу-сууда Уран иштеп чыгарылган. Майлы-сууда Урандан баардык керек болгон компоненттери болунуп алынып, ашып калган таштандылары ошол жердеги калктын жашаган территориясына эле ыргытылган. Ал убакыттагы урандар жердин астына кирип, жердин тамырына аралашып кеткен. Биз озубуздун биртууган жарандарыбызга жардам беруу максатында, тамырды урандан тазалоо ыкмаларын табууну туура кордук. Ал убакыттан берижер уран менен ууланып калган, урандын уулу заттары осумдукторго, чопторго откон. Ал эми жаныбарлар болсо ал чопторду жеп, болгон радиацияны озуно алууда. Адамдар болсо радиацияны жаныбарлардан алат. Ушул радиациянын бир организмден экинчи организмге отуусун токтотуу учун, радициянын башкы булагы болгон жерди тазалоону чечтик. Биз бир нече чопторду топтоп, алардын ичиндеги урандын

концентрациясын олчодук. Жыйынтыктар бизди аябай кубандырды. Ошол чоптордун арасынан эки чопто урандын концентрациясы аябай коп болуп табылды.

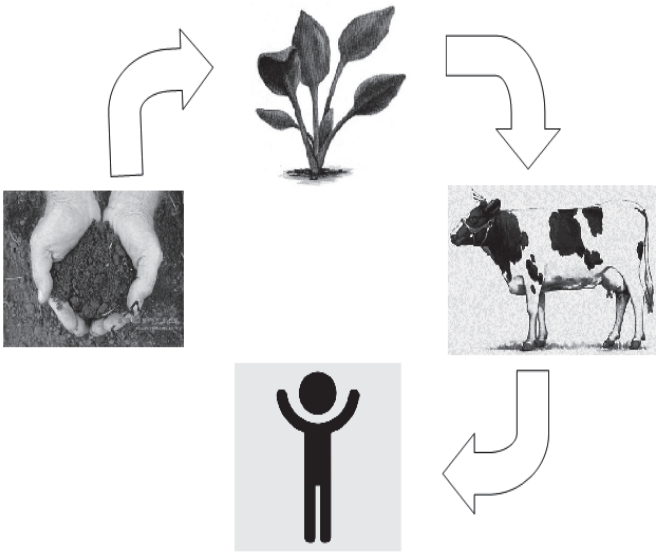
Эгерде биз ушул фиторемедианттарды жетиштуу олчомдо отургузуп остурсок, бир нече жылдын ичинде алаймактагы жерди урандын концентрациясынан тазалай алабыз.

Негизги сөздөр: Уран, радиация, өсүмд үк.

Abstract. Nowadays, radiation is one of the global problems. History shows when people suffer in the interest of others. As examples we can take Chernobyl and Fukushima disasters.The consequences of these disasters were very huge as radiation leads to different mutations of living beings.

The same problem is in Kyrgyzstan in the village of Mailuu-Suu. In Soviet period uranium was mined and processed there. Upon receipt of the necessary components, the remains were thrown nearby the getting place, where residents were living. At that moment uranium was absorbed by soil. To help our citizens, we decided to find a way to clean the soil from uranium. Since the soil was contaminated, the uranium activities were felt in plants that were fed by animals. To prevent radioactive substances from the transition of uranium from one living organism to another, we concluded to neutralize this process in the primary source of infection. We collected several types of plants and measured the concentration of uranium in them. The results surprised us. Among them there were two plant species in which the level of uranium was notable. We conclude that if we put these phytoremediants in sufficient quantities, within a few years we will be able to remove uranium from the area. To obtain a positive result:

1. This area should be fenced from cattle, as they can eat the plants and continue the chain of distribution of uranium. This chain is as follows:



SOIL ⟶ PLANTS ⟶ ANIMALS ⟶ PEOPLE

2. After each vegetational period we need to collect and isolate these phytoremediants (**Aegilops triunesalis,Taeniatherum crinitum)** by placing them in a special containers.

3. We ought to dig them in places, where people can`t reach.

Introduction.

Kyrgyzstan is proved to be one of the ecologically dangerous regions in the world, in its comparatively small territory - 198,5 thousand km ², with the population of 5,4 million people, is located 49 uranium tailings dumps and 80 refuse of the rocks, where are concealed 2 million m³ of the withdrawals of uranium production [1,2,3]. This quantity is sufficient in order to cover entire territory of republic, and to each inhabitant it is fallen on 0.4-0.5m ³ of radioactive wastes [4,5,6].

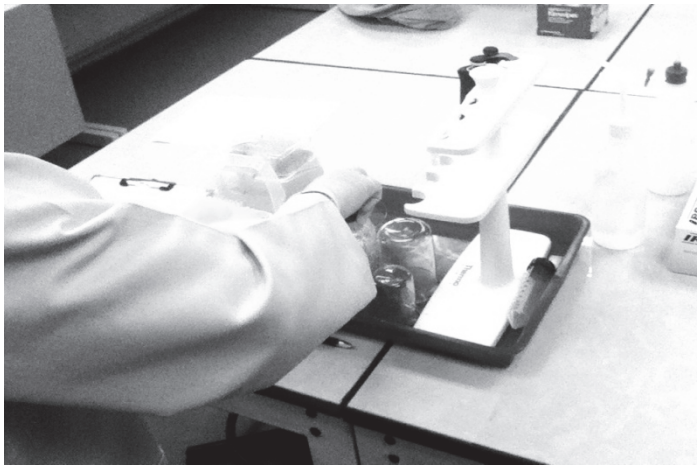
Once I visited our medical center. On that day, I witnessed how uranium could adversely affect human health. A man 35-40 years old came to the medical center from village Mailuu-Suu, and doctors had discovered the disease, which emerged from the radiation. After this incident, my friend and I decided to study the situation in v. Mailuu-Suu and solve this problem. We have found that tailings have a negative impact on the health of pregnant women, newborns and other people. In particular, the numbers of spontaneous abortions in the last 5 years have risen from 6.2% to 10.3%. The IQ of children in this region is less than the IQ of children who live in cities. Many of the adults have constant fatigue, malaise, headache, insomnia. And the main the radiation damage may cause cancer. First, we wanted to solve this problem by using bacteria-Citobacter. But since we do not have a laboratory to work with bacteria, we found more efficient and more profitable way to remove uranium from the soil.

Materials and Methods

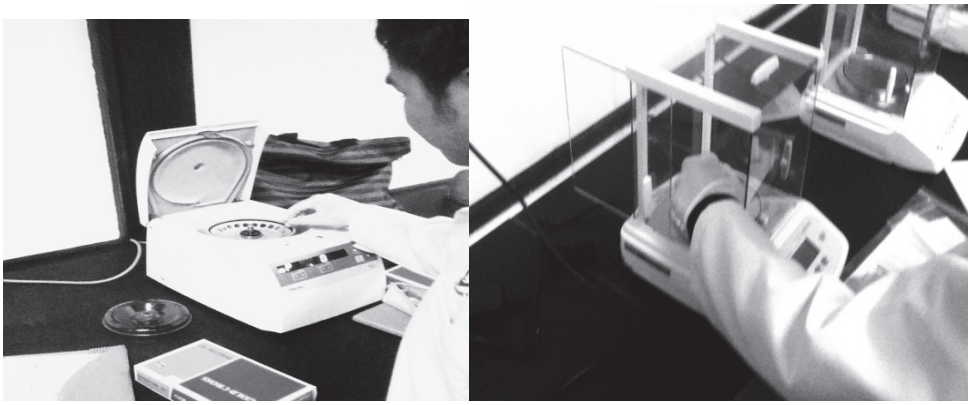
In early autumn, we went to the village of Mailuu-Suu tailings for research, and from existing sources we know that ionizing radiation (α, β, γ) the most often recorded by α radiation, which has high penetrating power and has a strong influence on biological objects. For this purpose we used native radiometer SRP-68-01-type RPTU - 01 with a sensor BTGI - 01, capable of detecting α radiation [4]. With this device we have measured the background radiation in several places. In order to more accurately determine the location of radiation needed to make cuts of 15-25cm deep. Finding the background radiation we collected several species of plants from the area. Then, having arrived in Osh State University, by biochemical method we started measuring the amount of uranium in plants:

1. Burning. In order to receive the ash, take the plant and burn it. We know that the uranium remains in the ash, because uranium can not be burned.

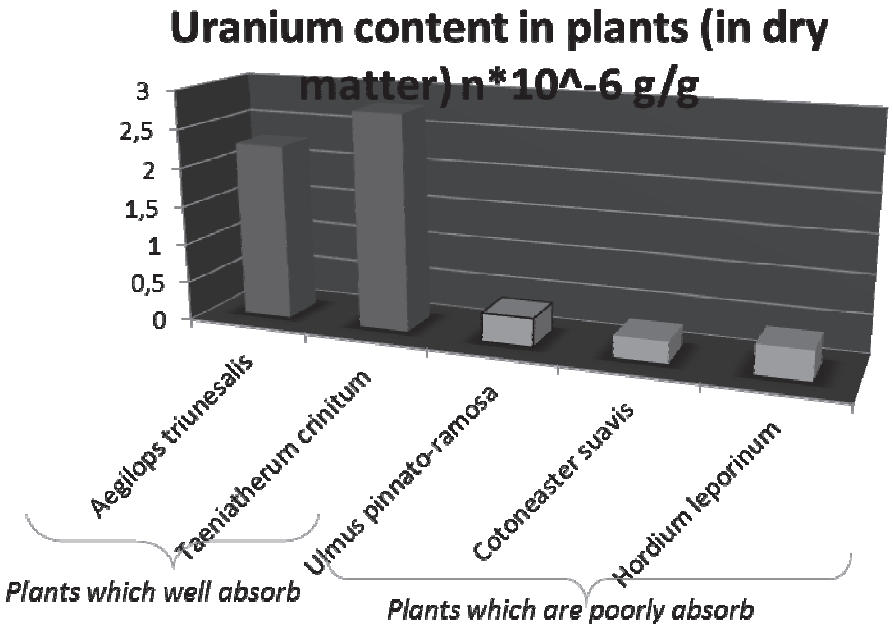
2. Chromatography. We decided to separate the uranium from the other components of the ash by chromatography.



3. Measuring. Take the small quantity of uranium and measure it with special scales.



Results.
After our experiment, we have got the following results:



Discussion:

After experiment we had questions what to do with plants that have absorbed uranium. We were looking at ways how to neutralize the different sources of these plants, so they could not harm the environment. During the searching, we found few ways. One of them is transportation of these plants in remote, inaccessible areas to people. But the safest method is to use special containers that fully isolate radiation.

Our results suggest that the method of removing uranium from soil by using phytoremediants is quite effective. In our study we consider only one plant, but in reality we are talking about large quantity. In area of $3.3km^2$ we can sow millions of phytoremediants and then the result will be quite noticeable. If these plants absorb that amount of uranium in a single growing season, then in 10-20 years we can completely solve the problem in v.Mailuu-Suu. In the same time we offer our method to our colleagues from Japan because in the tragedy at Fukushima, radioactive substances [4].

The advantages of our project:

- Both of these plants are one-year plants(their vegetational period is one year)
- Our method is not expensive and does not need any technologies,machines.
- In our country these phytoremediants are widely distributed.

References.

1. www.wikipedia.org
2. www.cancer.org

3. www.jlab.org
4. Tuhvatshin R. R., Yushida S., Belekov T. Pollution of Biosphere.
5. Zhunusov T., Bykova E. Effects of Uranium.
6. Van Gerpen, K., Tayson S., Bozell J. Bioremediants.

WORTHLESS, INEXPENSIVE WAY TO CLEAN OIL CONTAMINATED WATER

Nurdinov B.I.
KSMA name after I.K. Achunbaev,
Bishkek, Kyrgyzstan

Resume. Our research is based on the following analyzes performed: Mixtures of used motor oil water were prepared. The ratio of oil-water was 30 ml of oil with 400 ml of water. As a way of separating oil from mixtures, waste wood sawdust, human hair, used tea leaves, waste wooden boxes and waste cow manure were used. One after another, the waste materials from: sawdust, hair, tea leaves, wooden boxes and cow manure were put in the mixtures for 20 minutes in order to absorb oil spillages by waste materials. The following results were absorbed. On average, 85-95% of the total oil volume and 5-8% of water were absorbed from each mixture by the waste materials that we used. The maximum absorption was noticed at the wood sawdust 95%, hair 93%, dry cow manure 92%, wooden box 90% and the lowest with the tea leaves 85%. The conclusion drawn from our research clearly suggests that there are various harmless, cheap, waste, natural materials – fibers, that can be used as effective cleaner for various types of oil contaminated waters; these materials used as cleaners are cheap waste that costs nothing, simultaneously being environmentally friendly and toxic free, but extremely efficient as it can be seen in the research paper.

Key words: water pollution, motor oil, ecology

НЕДОРОГОЙ БЕЗЗАТРАТНЫЙ СПОСОБ ОЧИСТКИ ВОДЫ, ЗАГРЯЗНЕННОЙ НЕФТЬЮ

Нурдинов Б.И.
КГМА им. И.К.Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Наше исследование было проведено следующим образом: были подготовлены смеси отработанного моторного масла и воды . Соотношение мот.масла и воды составляло 30 мл масла + 400 мл воды. В качестве материалов, с помощью которых мы хотели разделить масло из смесей, использовались древесные опилки, человеческие волосы, использованные чайные листья, деревянные ящики и коровьий навоз. Мы добавляли эти материалы в отдельные, но одинаковые смеси на 20 минут.

Мы наблюдали следующие результаты. В среднем, 85-95% от общего объема масла и 5-8% воды поглощались в каждой смеси. Максимальное поглощение было отмечено на древесных опилок 95%, 93% волосами, сухой коровим навозом - 92%, деревянный ящик 90%, а самый низкий с чаем оставляет 85%

Результаты наших исследований ясно показывают, что существуют различные безвредные, дешевы, отходы, природные материалы, которые могут быть использованы в качестве эффективного очистителя для различных типов загрязненных вод; эти материалы, используемые в качестве очистителей дешевые , которые ничего не стоят, одновременно являясь экологически чистыми и без токсичными веществами.

Ключевые слова: загрязнение вод, моторное масло, экология

АРЗАН АКЫСЫЗ МУНАЙ БУЛГАНЫШЫ СУУНУ ТАЗАЛООНУН ЖОЛУ

Нурдинов Б.И.
И.К. Ахунбаев атындагы КММА,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Биздин изилдөө - колдонулган мотор майы жана суу аралашмасы даярдалган. Суу жана мотор майынын 400 мл +30 мл концентрациясында болгон. Биз мунай аралашмаларга колдонулган

таарынды, адамдын чачын, колдонулган чай жалбыректары, жыгач кутулар жана уй тезегин салып май менен сууну болууну аракеты кылдык. Биз ушул материалдарды аралашмага 20 мунотко коштук.

Биз төмөнкүдөй натыйжаларды байкады. Орточо алганда, ар бир аралашмадан 85-95% май жана 5-8 % суу биздин материалдар менен соорулуп алынды.. Максималдуу соруу 95% - таарынды , 93% -чач ,кургак уй кык - 92%, жыгач кутуга 90%, жана чай менен төмөнкү 85% майды сооруп суудан болуп алууга болоору байкалган.

Биздин натыйжалар булганган суунун ар кандай түрлөрү тазалагыч катары пайдаланылышы мүмкүн болгон табигый материалдар бар экенин көрсөтөт; бул материалдар экологиялык жактан таза жана эч кандай уулуу заттарсыз.

Негизги сөздөр: Суунун кирлеши, мотор майы, экология.

Introduction. In the modern society of the 21st century, it is inarguably that we have, until now, reached the peak of development in every segment of science and technology, in comparison with our ancestors. We have better transport, sophisticated medicine and even more. However, all these benefits have certain price, sometimes ridiculous, but sometimes extremely high. But is that the price of a development we have to pay, or the cost of our mistakes???

It is time for us to turn around, and take a look at our environment. Do we care enough for it? Is our planet and the other living organisms we are sharing with happy with the actions human take?

During many industrial processes, and sometimes even in everyday life, waste disposal is one of the greatest problems, because it is highly harmful for the good being of the environment, and simultaneously, this tigers another problem - how to get rid of it. Motor oil is also a problem for the environment, because it is highly toxic and simply 'useless.' It seems that the best way to get of this kind of waste is simply to throw it in the water, and there you go - problem solved. Sadly, however, it isn't as simple as that. The problem is not solved at all, just another, bigger one is caused, which in the long term, affects the ecosystem thoroughly. On average, 20-40 liters of used motor oil per month is disposed away per month by cars, trucks, planes. In addition, oil spills in oceans and any types of aquatic ecosystems cause abnormal ecological catastrophes - there are countless examples worldwide that can be discussed throughout the human history. It seems that the best way to get of this kind of waste is simply to throw it in the water , and there you go – problem solved. Sadly, however, it isn't as simple as that. The problem is not solved at all, just another, bigger one is caused, which in the long term, affects the ecosystem thoroughly. So what should be done, then?

It is essential to point out the essence of water for life on Earth. No living organism can survive without water for at most 3 days. *If history shows us the fight for oil, 'the black gold', than future is most likely to show water as more precious than oil, even endless wars being fought for a drop of clean water.* From the above statement, the aim of this project is to find the most convenient way of water purification from used motor oils, considered to be one of the greatest water pollutants, by comparison of utilization of various types of useless waste products that are non-toxic, by the means of absorption and oil reclamation, on the grounds that the way of purification should be cheap, safe, efficient and does not produce waste after it has been used, and even have the possibility to be re-used over and over again.

Materials and methods. In our project we investigated the purification of contaminated water with used motor oils. Our experiment is based in the physical removal of oil from the waters where oil is the major pollutant. The physical removal in our experiment is based on the absorption properties of the following waste materials:

Dry cow manure, hair, wood sawdust, tea leaves and waste wooden box. Supposing that all of these materials are good absorbents of oil, it was necessary to make certain analyzes in order to confirm or discard our hypothesis that the ability of oil absorption of these materials can be used in order to easily handle vast ecological catastrophes as oil-spills. The selection of the materials discussed above was made according to the following criteria:

- The materials must be environmentally friendly and does not possess any hazard properties
- The materials need to be cheap and common throughout the world in order to implement them on a wide scale at any time during ecological catastrophes
- Their classification as waste will be one great advantage simply because simultaneously with non-toxic waste, another, more dangerous waste is being cleaned
- The process to be economical and cheap
- There will not be any by-products and by reactions, and even if there were, a solution for their effective usability need to be present

Materials:
- Beaker
- Distillated water
- Used motor oil
- Used tea leaves
- Waste wood sawdust
- Waste wooden box
- Waste dry cow manure
- Gloves
- Beakers: 500ml, 250ml
- Waste hair

Experimental part

1) Using waste boxes

We prepared 12 grams of waste box were used to absorb 30 ml of used motor oil, which were prepared for the absorption. Waste wooden box absorbed 90% of total oil (30 ml).

2) Using dry cow manure waste

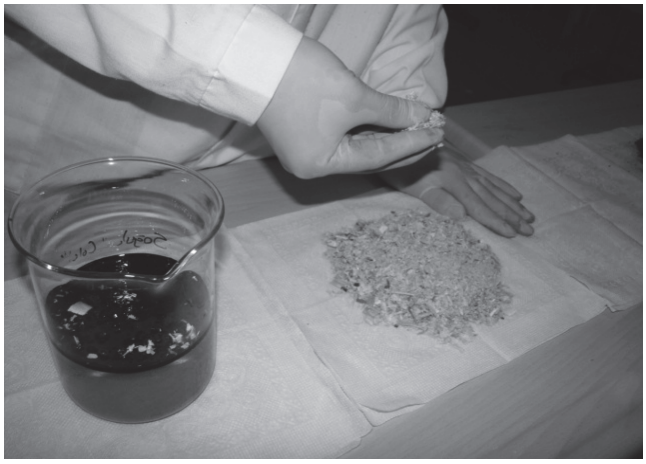
22 grams of dry cow manure waste were used to absorb 30 ml of oil. Dry cow manure which is used as fertilizer, at the same time is very effective absorbent of oil spills. It absorbed 93-94% of total oil.

3) Using tea leaves

Amount of tea leaves used to absorb 30 ml of oil spills is 15 grams. Used tea leaves are thrown out as an unnecessary waste. On the other hand tea leaves are also non-toxic, environmentally friendly waste material, which absorbs oil with efficiency of 85%.

4) Using wood sawdust

10 grams of wood sawdust was used to absorb the same amount of oil (30 ml). Wood sawdust was the best absorber of four that we investigated. It removed with it 94-95% of the total oil.

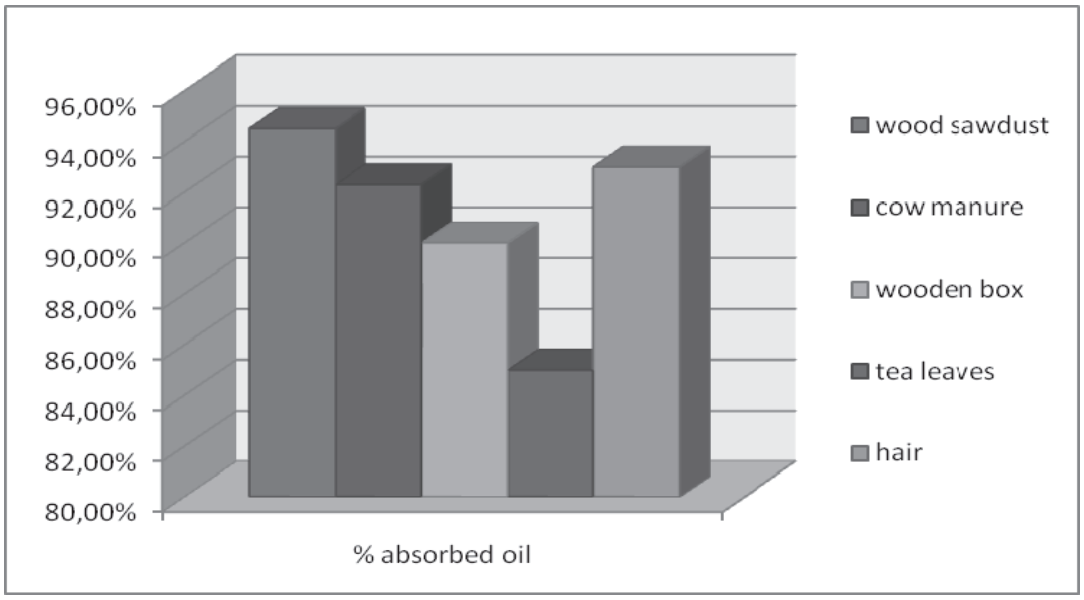


5)Using human hair

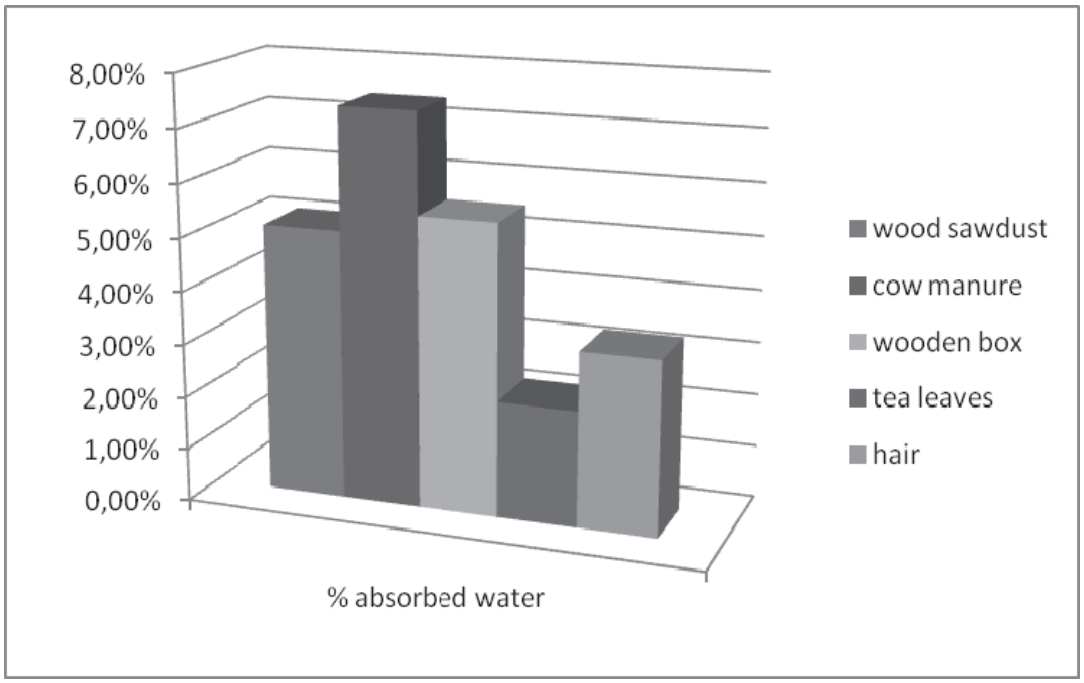
In the end we used human hair waste as an absorber of oil. Hair is just waste in our everyday life, on other hand is very efficient absorbent of oil. To absorb oil of the prepared mixture 9 grams of hair used, and 93,2% of total oil were clearly absorbed by this amount of hair.

Results.

Five mixtures of used motor oil and water were prepared, 30 ml of oil and 400ml of water in each mixture. 92,3% of total oil(30 ml) were absorbed by cow manure, 93,2% by hair, 94,3% by wood sawdust,89,3% by box particles and by tea leaves 85% of oil were absorbed.



In average 5-6% of water has been absorbed after cleaning. By doing this we showed that to clean water from oils we don't need to buy any extra expensive chemicals.



Discussion. Worldwide there is problem with the disposal of used motor oil. Used motor oil is carcinogen after once being used, the simplest problem is 'just dump it in the nearest river' and you have solved one big problem. Sadly, that 'perfect' solution only triggers another problem, 'a chain reaction' and what crude oil is for the oceans, that are these types of oil for the rivers and the other types of smaller water surfaces like ponds and lakes.

In our project it can be clearly seen that waste wood sawdust and cow manure are the perfect cleaners for various types of oil contaminated waters, with average oil absorbance of 92%, as can be concluded from the experiments preformed, starting from crude oil spills in the oceans, and ending with the 'plainly harmless' domestic spills in the nearby lake. The wood sawdust can be obtained from every object that professionally is concerned with wood production. And can be used, as a way of their 'recycling' and usage as effective saviors of our waters. Dry cow manure is still used as an energy source in central Asia countries Every year billions of

tons of cow manure are thrown out around the world, and after wood sawdust, cow manure waste is the right choice for oil cleaning, with average absorbance of 93%. It practically costs nothing, since it is a waste, and waste is something that is not used by anyone, so it cost is equal to 0. On the third place we put the wooden box as oil absorbents, with average absorbance of 85%. Wooden box, just as wood sawdust costs nothing, so their utilization is more than cheap. On the last place there are tea leaves, with the average absorbance of 85%. However, the last two cleaners can be used only if the amount of the natural fibers – waste sawdust and waste cow manure, are scarcely found in the most critical state of urgent requirements for water purification.

As for the remaining materials, the following suggestions can be proposed:

- ✓ The materials can be used as energy resource, since all of them contain oil, whose combustion represents highly exothermic reaction, and the heat from this reaction can find various applications in the energetic industry.
- ✓ Cow manure contains many organic compounds which can be next used as energetic source.
- ✓ Just a little amount of water was absorbed in the result.

Conclusion

With this project, the experiment preformed, we have confirmed the following assumptions:

- The materials that possess these requirements are waste material – sawdust, cow manure, wooden box and tea bags, all of which consist of natural fibers
- Their usage is effective and it is more than clear that they can be used globally
- The benefit is both ecological and economical – their utilization costs absolutely nothing

As it can be seen from the whole project we can reach the following conclusion: Our environment is simultaneously too precious and too fragile, and every human's inappropriate action has devastating consequences. Clean water is most essential in order to maintain a normal life; the pollution it faces is alarming and that is why something must be done about it quickly. With this project, we have shown that there exists one very simple solution, on behalf of Natures and man-made products, their classification as waste indeed helps severe pollution problems to be effectively overcome. The conclusion can be summarized as follows:

The best, most efficient cleaner is waste wood sawdust fibers. Their average absorption of the oil is 95%. Dry cow manure follows next with its average absorption of waste motor oil 92%. However, it has extremely high absorption of much above 50%, so it can be utilized in farms is scarce.

Used tea leaves and wooden box exhibit much lower absorption, 85% and 90% respectively. However, since they absorb more than 50% of the oil, they can be used as cleaners in places where the amount of waste sawdust and cow manure is extremely low.

The project is extremely economical, since the cost for the waste is equal to 0. As it can be seen, there is extremely high efficiency of oil absorption in all the samples prepared in the experiment.

After utilization of the cleaners, they definitively cannot be classified as waste, but as an energy source, whose efficiency may appear invaluable, in times when natural energy sources are being slowly reduced.

References

1. Soptrajanov B. Chemistry for the Ist year for the reformed gymnasium education, Fourth Edition; AD Prosvetno Delo, Skopje 2007.
2. Chang R. Essential Chemistry, Sixth Edition; McGraw – Hill, 1998.
3. Aleksova S., Stojanoski K. Chemistry for the IIInd year for the reformed gymnasium education, Fourth Edition; AD Prosvetno Delo, Skopje 2009.

- http://www.britannica.com
- http://www.wikipedia.com

4. Aleksova S., Stojanoski K. Chemistry for the IVth year of the reformed gymnasium education, Second Edition; AD Prosvetno Delo, Skopje 2006.
5. Nazli A., Durkaya M., Piraz D. Oxygen and Nitrogen Containing Organic Compouds; Zambak Modular System.

АНАЛИЗ ЭКСТЕМПОРАЛЬНОЙ РЕЦЕПТУРЫ АПТЕК ЛПУ г. БИШКЕК

Акынбекова М. А., Ташиева Н. А.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И. К. Ахунбаева,
Фармацевтический факультет
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Качество лекарственной помощи для госпитальных больных во многом зависит от организации производственной работы аптеки ЛПУ. Производственная деятельность аптек ЛПУ имеет свою специфику, они производят укрупненное изготовление лекарств для группы стационарных больных. Основным показателем производственной работы аптек ЛПУ является их рецептура. Исследования проводились на базе больничных аптек г. Бишкек.

Ключевые слова: экстемпоральные рецептуры, стерильные лекарственные формы, больничные аптеки, лечебно – профилактические учреждения.

БИШКЕК ш. ООРУКАНАЛАРЫН АКАРАШТУУ ДАРЫКАНАЛАРДЫН РЕЦЕПТУРАСЫН ИЗИЛДОО

Акынбекова М. А., Ташиева Н. А.
И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академисы,
Фармация факультети,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Даарылардын сапаттык жардамы ооруканадагы оорулар учун дары ондургон уюмдардын иштерине байланыштуу жумуш жургузулот. Ондуруу ишмердигинде даарыканалардын озунун озгочолуктору бар, алар ооруканадагы ооруларга дары-дармектерди ирилиштирген турдо ондурот. Рецептура даарыкананын ондурушту кишинде негизги корсоткуч болуп саналат. Изилдоолор Бишкек шаарындагы бир топ ооруканалардын даарыканаларында жургузулгон.

Негизгисоздор: ооруканалардын даарыканалары, стерилизацияланган даарылардын туру, даарылоо жана оорулардын алдын алуу жайлар.

ANALYSIS OF EXTEMPORANEOUS COMPOUNDING PHARMACY HEALTH FACILITIES IN BISHKEK

Akinbekova M. A., Tashieva N. A.
I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Faculty of Pharmacy,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The quality of pharmaceutical care for hospital patients depends largely on the organization of production work MCI pharmacy. Production sector pharmacy health facilities has its own specifics, they produce enlarged production of drugs for the inpatients group. The main indicator of manufacturing jobs pharmacy health facilities is their recipe. The studies were conducted on the basis of hospital pharmacies in Bishkek.

Key words: extemporaneous compounding, sterile dosage forms, hospital pharmacies, health care institutions.

Введение. Согласно Программе Правительства Кыргызской Республики (КР) по развитию сферы обращения лекарственных средств (ЛС) в КР на 2014-2020 годы, лекарственное обеспечение населения и их рациональное использование являются приоритетными направлениями государственной политики в области здравоохранения. Применение ЛС играет ключевую роль в профилактике лечении болезней и, самым крупным закупщиком в фармацевтическом секторе КР, осуществляющим закупку ЛС, являются организации здравоохранения (ОЗ). Фармацевтический рынок является важной отраслью экономики любой развитой страны и считается ключевым звеном национальной безопасностив области здравоохранения и лекарственного обеспечения [1].

Организация лекарственного обеспечения (ЛО) населения Кыргызской Республики является одной из самых сложных проблем здравоохранения. Особенно остро эта проблема проявляется при организации лекарственного обеспечения стационарных больных в реформируемой системе здравоохранения, на которую возлагаются основные обязанности по оказанию медицинской и фармацевтической помощи в соответствии с государственными программами.

В 70-90-х гг. прошлого столетия вопросам организации работы аптеки ЛПУ (лечебно - профилактическое учреждение) уделялось большое внимание, что нашло отражение в работах многих специалистов[4].

Современные социально – экономические условия требуют поиска новых организационно – методических решений по стратегическим вопросам лекарственного обеспечения и требуют изменения подходов к проблемам аптеки ЛПУ.

На данный момент отсутствует киргизский стандарт аптеки ЛПУ, нормативные документы в которых бы отражались такие вопросы как, материальная техническая база, площади, и утвержденные технологические регламенты на изготовление экстемпоральных лекарственных форм (ЛФ) с учетом требований GMP. поэтому изучение и разработка новых положений и норм является актуальной проблемой.

Цель исследования: анализ экстемпоральной рецептуры аптек ЛПУ г. Бишкек.

Задачи:

1. Изучить современное состояние проблем организации деятельности ЛПУ в период реформирования здравоохранения.

2. Провести анализ экстемпоральных рецептур аптек ЛПУ г. Бишкек.

Материалы и методы. Основным показателем производственной работы аптек ЛПУ является их рецептура. Исследования проводились на базе больничных аптек (БА) г. Бишкек (БНИЦТО №961, ГДКБ №428, ГКБ №6,Национальный госпиталь №325, НХЦ МЗ КР №319, НЦО №926, НЦОМиД при МЗ КР №154, НЦФ №444, РЦН №155, РЦПЗ МЗ КР №302).

Была изучена рецептура БА за месяц. Полученные данные были обработаны при помощи таблиц и диаграмм, которые позволяют нам показать наглядно изменение данных, и помогают анализировать изменения и результаты.

Результаты и обсуждения. Цель современного фармацевтического обслуживания стационарных больных на территории Кыргызской Республики – обеспечение технологий лечения и профилактики заболеваний эффективными, безопасными и экономически целесообразными средствами [2].

Система лекарственного обеспечения Кыргызской Республики за последние десятилетие перетерпела существенные изменения. Особенно интенсивным этот процесс стал в последние годы. Тому есть ряд объективных причин, которые связаны с изменением экономических отношений в стране и введением новых систем обязательного медицинского страхования (ОМС) и дополнительного ЛО [1].

В настоящее время существует Технический регламент "О безопасности лекарственных средств для медицинского применения" утвержденный постановлением Правительства Кыргызской Республики от 6 апреля 2011 года № 137.

Настоящий Технический регламент разработан в соответствии с Конституцией Кыргызской Республики, законами Кыргызской Республики "О лекарственных средствах", "Об основах технического регулирования в Кыргызской Республике", а также иными нормативными правовыми актами Кыргызской Республики, в целях обеспечения безопасности жизни и здоровья людей при применении лекарственных средств и предупреждения действий, вводящих в заблуждение потребителей [1].

Достижение вышеуказанных целей обеспечивает решение следующих задач:

1. Изготовление лекарственных форм в соответствии с требованиями отделений ЛПУ при наличии в аптечной организации производственных возможностей;
2. Организация приемки товара и его хранения;
3. Планирование совместно с руководителями отделения ЛПУ и главным врачом объема заказа необходимых средств, в рамках финансовых ресурсов;
4. Контроль над соблюдением норм и требований санитарного режима;
5. Обеспечение выполнения противопожарных мероприятий и требований техники безопасности в аптеке;
6. Проведения контроля, за правильностью хранения ЛП в отделениях ЛПУ.

БА являются структурным подразделением ЛПУ и работают на правах отделения больницы.

Аптека ЛПУ - это фармацевтическая организация, предназначенная для обеспечения ЛС и ИМН одного ЛПУ.

Отличительной чертой состава помещений БА является отсутствие торгового зала.

Хранение товарно-материальных ценностей в аптеках ЛПУ проводится в соответствии с теми же утвержденными регламентами, что и для аптек, работающих с населением [5].

Заведующий аптекой совместно с ведущими специалистами на основе регрессивного анализа за прошедшие годы с учетом перспективы прогнозируют потребность в ЛС и ИМН на планируемый год [3].

Далее в таблице 1 будет приведен список аптек ЛПУ на территории Кыргызской Республики.

Таблица 1 – Аптеки ЛПУ в различных регионах Кыргызской Республики

Наименование учреждения	**Регион**
Кадамжайская территориальная больница Министерства здравоохранения КР	Баткенская область Кадамжайский район пгт.Хайдаркан
Центр общеврачебной практики п. Айдаркен	Баткенская область Кадамжайский район пгт.Хайдаркан
Кадамжайская Территориальная больница Министерства здравоохранения КР	Баткенская область Кадамжайский район с.Пульгон
Территориальная больница г. Кызылкыя	Баткенская область Кызыл-Кийский горкенеш г.Кызыл-Кия
Бишкекский Научно-исследовательский центр травматологии, ортопедии при мэрии г. Бишкек	г.Бишкек
Городская клиническая больница №6	г.Бишкек
Национальный хирургический центр МЗ КР	г.Бишкек
Национальный госпиталь при Министерстве здравоохранения КР	г.Бишкек
Национальный центр онкологии при Министерстве здравоохранения КР	г.Бишкек
Национальный центр охраны материнства и детства при Министерстве здравоохранения КР	г.Бишкек
Республиканский Центр наркологии	.гБишкек
Городская Детская Клиническая Больница Скорой Медицинской Помощи	г.Бишкек
Национальный центр фтизиатрии при Министерстве здравоохранения КР	г.Бишкек
Республиканский центр психического здоровья Министерства здравоохранения КР	г.Бишкек
Аксыйская территориальная больница	Джалал - Абадская область
Ала-Букинская территориальная больница	Джалал - Абадская область
Ноокенскаятерриториальная больница	Джалал - Абадская область
Таш-Кумырская территориальная больница им. Г. Атамекова	Джалал - Абадская область
Центр обшеврачебной практики г. Кокжангак	Джалал - Абадская область
Ак-Талинский ТБ	Нарынская область Ак-Талинский район с.Баетово
Кочкорский районный ЦСМ	Нарынская область Кочкорский район с.Кочкорка
Ошский областной центр психического здоровья МЗ КР	Ошская область
Ошская межобластная детская клиническая больница	Ошская область
Ошская межобластная объединенная клиническая больница	Ошская область
Кара-Кульджинская районная территориальная больница Имени Мамытбека Жунусова	Ошская область
Ноокатская территориальная больница	Ошская область
ЦОВП Бакай-Атинского района	Таласская область
Карабууринская территориальная больница имени К.Субанбаева	Таласская область
Таласская ООБ	Таласская область
Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения при МЗ	Чуйская область
Объединенная территориальная больница Жайылского района	Чуйская область
Сокулукская территориальная больница	Чуйская область
Жети-Огузская ТБ	Ысыккульская область

Из данных полученных в таблице 1, можно построить гистограмму (рис. 1).

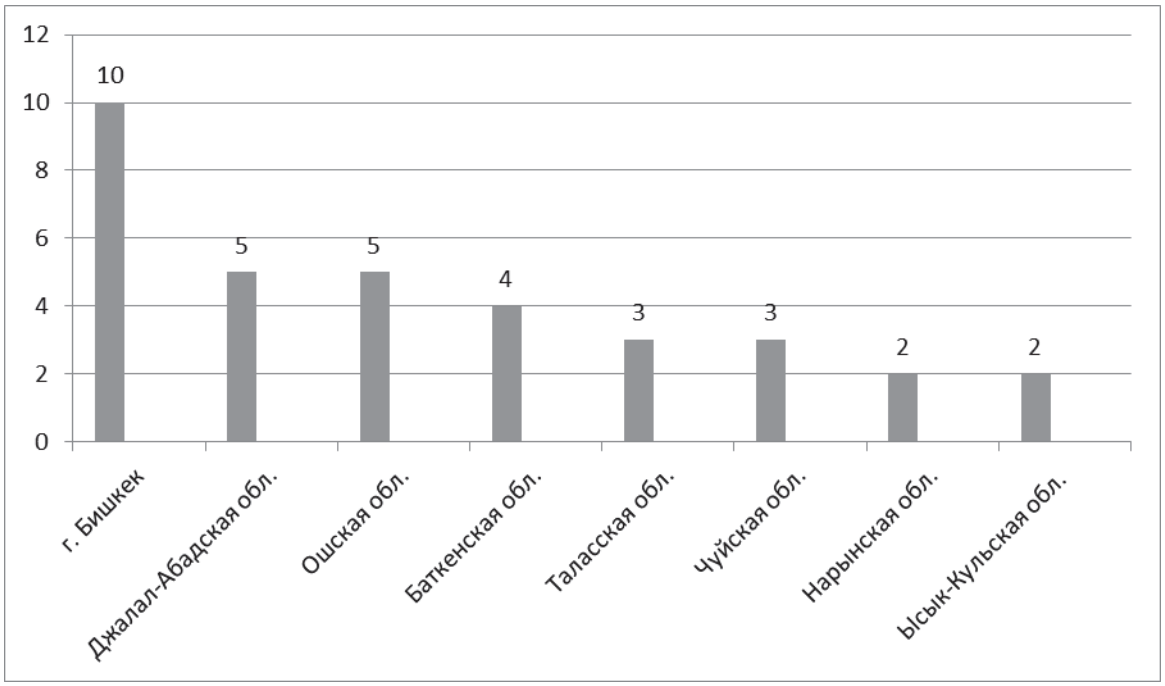


Рис. 1. Диаграмма, демонстрирующая отношение количества больничных аптек на территории КР.

Качество лекарственной помощи для госпитальных больных во многом зависит от организации производственной работы аптеки ЛПУ.

Производственная деятельность аптек ЛПУ имеет свою специфику, они производят укрупненное изготовление лекарств для группы стационарных больных.[3]

Как показал анализ, наибольший процент приходится на изготовление СЛФ (до 70-80% всей экстемпоральной рецептуры), их количество составляет не менее 5 наименований растворов различных концентраций, а именно:

1. Раствор натрия хлорида 0,9%, 10%;
2. Раствор глюкозы 5%, 10%, 15%;
3. Раствор новокаина 0,25%, 0,5%, 1%, 2%;
4. Раствор фурацилина 1:5000;
5. Раствор борной кислоты 2%;
6. Раствор калия хлорида 3%;
7. Раствор кальция хлорида 1%;
8. Раствор Рингера;
9. Вода для инъекции;
10. Раствор магния сульфата 25%;
11. Димедрол 1%;
12. Раствор натрия цитрата 3,8%, 5%;
13. Раствор натрия гидрокарбоната 4%.

Доля всех экстемпоральных ЛФ, изготавливаемых в аптеках ЛПУ г. Бишкек представлена в таблице 2 и рис. 2.

Как видно из таблицы, экстемпоральная рецептура представлена в основном стерильными и жидкими ЛФ, а на мягкие и твердые – приходится менее 1% (если данные лекарства вообще производятся в аптеке).

Проанализировав БА г. Бишкек можно сказать, что в номенклатуре данных аптек имеются стерильные, жидкие, твердые и мягкие ЛС.

Наибольшее количество жидких ЛФ производят крупные многопрофильные стационары [5].

Таблица 2 - Соотношение различных ЛФ в экстемпоральной рецептуре аптек ЛПУ г. Бишкек (за месяц)

ЛПУ	Стерильные растворы		Жидкие растворы		Мягкие лекарства (мази, линименты,пасты)		Твердые лекарства (порошки)	
	%	литры	%	литры	%	кг	%	кг
БНИЦТО №961	43,17	2436,16	45,87	2243,5	0,064	3,023	0,0043	0,189
ГДКБ №428	70,56	1676,3	17,15	1435,43	0,015	0,42	Не готовят	
ГКБ №6	5,13	97,68	84,78	1112,4	Неготовят	Не готовят	Не готовят	
Национальный госпиталь №325	74,58	4643,23	15,13	1142,65	0,059	3,67	Не готовят	
НХЦ МЗ КР №319	94	811,1	11,23	987,65	0,064	4,12	0,012	1,15
НЦО №926	87,45	4342	6,63	372,3			Не готовят	
НЦОМиД при МЗ КР №154	60,22	3543,5	30,17	1894,2	0,015	1,0	0,0002	0,017
НЦФ №444	73,12	1674,2	19,24	834,27	0,020	2,0	Не готовят	
РЦН №115	58,54	3124,4	24,45	1756,9	0,56	1,14	Не готовят	
РЦПЗ МЗ КР №302	7 1,02	1 224,8	5 5,67	2 276,6	Не готовят	Не готовят	Не готовят	

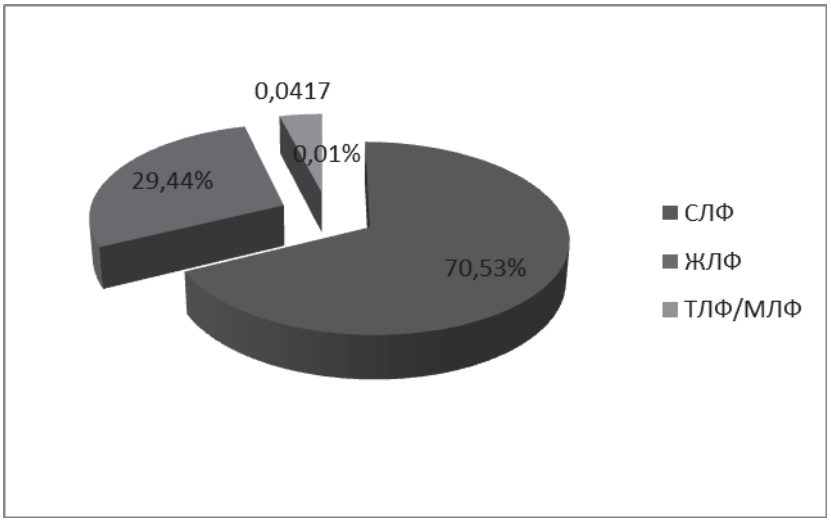


Рис. 2. Средний удельный вес экстемпоральной рецептуры аптек ЛПУ г. Бишкек.

Соотношение экстемпоральной рецептуры выглядит следующим образом:

• в среднем по аптекам ЛПУ на долю СЛФ приходится 70,534% от всей экстемпоральной рецептуры. Хотя в каждой аптеке производится от 48,97% до 100% СЛФ.

• на жидкие ЛФ приходится от 8,65% до 50,95%, что в среднем по аптекам составляет 29,439%.

• на мягкие и твердые ЛФ, как указывалось выше, приходится менее 1% от всей экстемпоральной рецептуры.

Между тем производственная работа аптек ЛПУ сложна и трудоемка, что обусловлено наличием в их рецептуре большого количества ЛФ для инъекций, которые являются наиболее трудоемкими (фильтрование, фасовка, стерилизация, просмотр на отсутствие механических включений, укупорка и др.).

Как отмечалось выше, наибольший процент (70-80%) приходится на изготовление СЛФ. В данной рецептуре нами выявлено 5 прописей, которые производятся каждый день в течение ряда лет. К ним относятся:

1. Раствор натрия хлорида 0,9%, 10%;
2. Раствор глюкозы 5%, 10%, 15%;

3. Раствор новокаина 0,25%, 0,5%, 1%, 2%;
4. Раствор натрия гидрокарбоната 4%;
5. Раствор фурацилина 1:5000;

Данные о количестве вышеуказанных растворов представлены в таблице 3.

Больничные аптеки нашего города производят в месяц :

1. Раствора натрия хлорида – 15232,1 л;
2. Раствора глюкозы – 5989,6 л;
3. Раствора фурацилина – 3913,1 л;
4. Раствора новокаина – 1027,0 л;
5. Раствора натрия гидрокарбоната – 349,8 л.

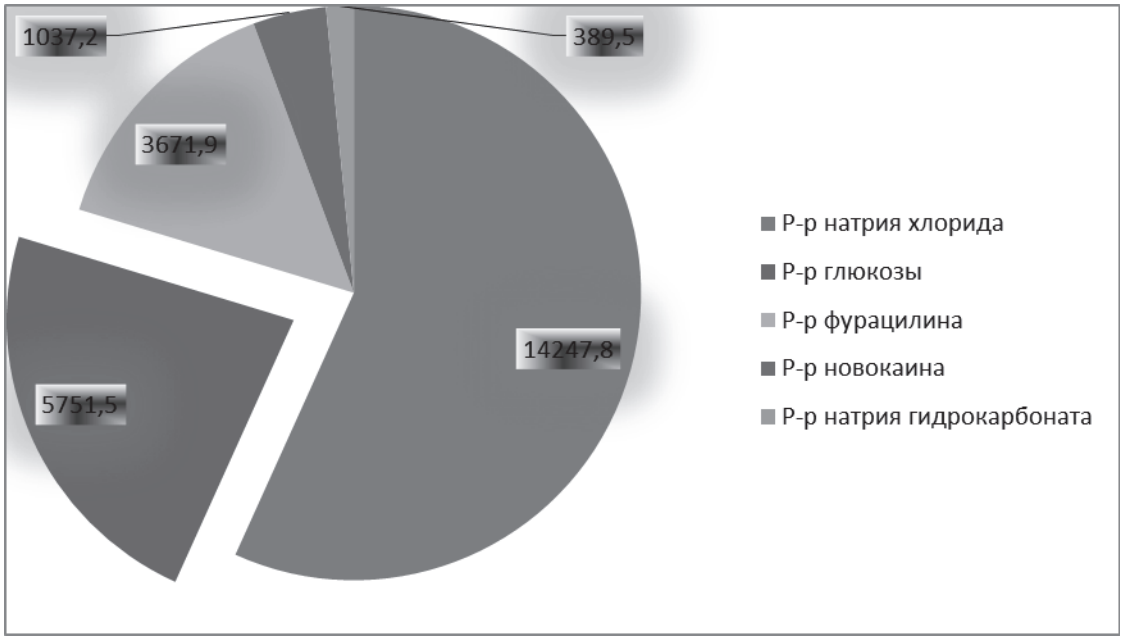


Рис. 3. Количество (л) СЛФ, производимых по часто повторяющимся прописям.

Это примерно 100 тыс. флаконов в месяц. Проведенные исследования производственной деятельности аптек ЛПУ г. Бишкек показали, что экстемпоральная рецептура представлена в основном стерильными и жидкими ЛФ, а на мягкие и твердые приходится менее 1% от всей экстемпоральной рецептуры. Наибольшее количество стерильных и жидких растворов производится в многопрофильных стационарах.

Таблица 3 - Удельный вес различных СЛФ (в л/мес.), приготовляемых по часто повторяющимся прописям

Аптека ЛПУ	**Стерильные растворы различной концентраций в литрах за месяц**				
	Натрия хлорид	**Глюкоза**	**Новокаин**	**Фурацилин**	**Натрия гидрокарбонат**
БНИЦТО №961	2432,1	178,3	24,8	298,2	49,7
ГДКБ №428	1654,5	643,7	154,3	187,3	38,5
ГКБ №6	1132,3	876,0	72,9	145,3	14,4
Национальный госпиталь	68,9	14,7	21,6	1067,2	23,7
НХЦ МЗ КР	2675,6	1231,1	154,0	478,4	63,8
НЦО	3245,4	765,2	173,2	567,7	7,9
НЦОМиД при МЗ КР	52,4	198,0	123,6	127,9	18,5
НЦФ	987,2	178,2	0,6	13,7	40,9
РЦН	1456,5	543,3	113,5	498,4	34,1
РЦПЗ МЗ КР	542,9	1123,0	198,7	278,8	98,0
Всего р-ра	14247,8	5751,5	1037,2	3671,9	389,5

В стерильной рецептуре выявлено 5 прописей, которые производятся регулярно и большими партиями. Это раствор натрия хлорида 0,9%; раствор глюкозы 5%, 10%, 15%; раствор новокаина 0,25%, 0,5%, 1%, 2%; раствор натрия гидрокарбоната 4%; и раствор фурацилина 1:5000 [6].

Выявлено, что за месяц в БА г. Бишкек данных растворов готовят 26511,6 л, что составляет около 100 тыс. флаконов, что сравнимо с мелкосерийным производством.

На основе анализа затрат воды очищенной и воды для инъекции для изготовления стерильных лекарственных форм, с использованием статистических методов обработки, выявлено что для изготовления 1 литра СЛФ необходимо 3,25 - 3,3 литра воды очищенной и воды для инъекций [2].

Выводы:

1. В условиях реформирования здравоохранения необходимы поиск новых организационно – методических решений по стратегическим вопросам лекарственного обеспечения стационарных больных и изменений подходов к проблемам аптеки.
2. Исследование рецептуры аптек ЛПУ г. Бишкек показали, что в ее структуре экстемпорально изготовленных лекарственных форм наибольший удельный фес приходится на стерильные – 70,534% и жидкие – 29,439%. Выявлены 5 основных прописей стерильных ЛФ , которые производятся регулярно и большими партиями: растворы натрия хлорида 0,9%,; раствора глюкозы 5%, 10%, 15%; раствор новокаина 0,25%, 0,5%, 1%, 2%; раствор натрия гидрокарбоната 4%; и раствор фурацилина 1:5000. Установлено, что замесяц в 14 аптеках ЛПУ г. Бишкек данных растворов готовят в объёме 26511,6 л, что составляет около 100 тыс.флаконов, и сравнимо с мелкосерийным производством.
3. На основе анализа затрат воды очищенной и воды для инъекций для изготовления стерильных лекарственных форм, с использованием статистических методов обработки, выявлено что для изготовления 1 литра стерильной ЛФ необходимо примерно 3,25 литра воды очищенной и воды для инъекций.

Литература:

1. Технический регламент "О безопасности лекарственных средств, для медицинского применения" утвержденный постановлением Правительства Кыргызской Республики от 6 апреля 2011 года № 137.
2. Аптеки ЛПУ: мнения специалистов.
3. Левин М.Б., Солонинина А.В. производственная деятельность аптек: проблемы и перспективы.
4. Лекарственная помощь населению и перспективы реформирования системы ЛО с точки зрения руководителей ЛПУ и аптек.// Ремедиум.- 2005 г.
5. Технический регламент «О безопасности лекарственных средств изготовляемых в аптеках» Утвержден постановлением Правительства КР от 26 мая 2012 года №320.
6. Беликов В. Г. фармацевтическая химия: В 2 ч.: Учеб.пособие/ В. Г. Беликов – 2 изд., перераб. и доп. – М.:МЕДпресс-информ,2008-704 с.

ОСТРАЯ ТОКСИЧНОСТЬ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ОРИГИНАЛЬНЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ПИПЕРИДИНА

Амиркулова М.К., Тилекеева У.М.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра базисной и клинической фармакологии,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме.В статье представлены результаты изучения острой токсичности и фармакологической активности новых производных пиперидина в сравнении с традиционными местноанестезирующими препаратами.Для проведения доклинических исследований использованы общепринятые методы. В результате было установлено, что все испытанные соединения оказали низкую токсичность и в разной степени проявили активность при инфильтрационной и проводниковой анестезии.

Ключевые слова: пиперидин, токсичность, отравление, местная анестезия.

ACUTE TOXICITY AND PHARMACOLOGICAL POTENTIAL OF ORIGINAL PIPERIDINE DERIVATIVES

Amirkulova M.K., Tilekeeva U.M.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of basic and clinical pharmacology,
Bishkek. Kyrgyz Republic

Abstract. The article presents the results of a study of acute toxicity and pharmacological activity of new piperidine derivatives compared to traditional local anesthetics. For preclinical studies used traditional methods. As a result, it was found that all tested compounds have low toxicity and showed varying degrees of activity at conduction and infiltration anesthesia.

Keywords: piperidine, toxicity, poisoning, local anesthesia.

Перед современной медициной поставлена задача в создании местных анестетиков, с достаточной глубиной местной анестезии в течение сравнительно длительного времени. Во многих областях хирургии, где эндотрахеальный наркоз не является облигатным и единственно возможным способом обезболивания, остаются методы инфильтрационной и проводниковой анестезии, как наиболее простые и безопасные. Успешное внедрение в клиническую практику новых местных анестетиков расширило показания к применению местных анестетиков – использование для терапии хронического болевого синдрома у онкологических больных, в послеоперационном периоде и в травматологии на этапе транспортировки больных. Синтез новых препаратов с путями снижения их токсического действия, является актуальной проблемой современной экспериментальной фармакологии. Среди органических соединений, которые можно использовать для синтеза местных анестетиков, большой интерес представляют производные пиперидина[1,6].

Принципиальными преимуществами производных пиперидина является идентифицируемая структура, возможность химической модификации, низкая токсичность и высокая фармакологическая активность[4,5,6].

Цель исследования. Выявить среди новых производных пиперидина вещества, обладающие низкой токсичностью и выраженными местноанестезирующими свойствами в сравнении с эталонными препаратами.

Материал и методы исследования. Для эксперимента были отобраныновые производные пиперидина под лабораторными шифрами МАВ-135, МАВ-136, МАВ-137, МАВ-138, МАВ-139 синтезированных в Институте химических наук им. А.Б. БектуроваМОН РК. Для проведения скрининговых исследований использованы общепринятые методы, рекомендованные Фармакологическим комитетом Республики Казахстан руководством по экспериментальному изучению новых фармакологических веществ под руководством Р.У. Хабриева (2005) [1,2].

В экспериментах использовались: белые мыши весом 18,0-22,0, белые крысы весом 180,0-250,0и морские свинки весом 200,0-250,0 одного пола, возраста, разделенных на серии по 6 животных в каждой, находившиеся на стандартной диете в условиях вивария НИИ ФПН им. Б. Атчабарова(предварительный карантин 14дней). Общее количество животных–54.Перед проведением экспериментов все животные были взвешены, разделены на группы ипромаркированы [1,2,6].

$ЛД_{50}$ определялась путем однократного подкожного введения водных растворов исследуемых соединений и препаратов сравнениябелым беспородным мышам. Вещества дозировались в мг/кг веса [2,3,5].

Фиксировался характер внешних симптомов отравления, скорость их наступления, выраженность, скорость регрессии, смертность. За животными, не погибшими первые 24 часа, проводилось наблюдение в течении двух недель до полного восстановления поведения и аппетита. Непосредственно после введения исследуемых соединенийв токсических дозах у животных наблюдалось снижение двигательной активности, переходящее в заторможенность, одышка, взъерошенность шерстного покрова. Летальному исходупредшествовали судорожные мышечные сокращения по всему телу, тонико-клонические судороги, патологическое дыхание по типу Кусс-Мауля. Степень токсичности препарата определялась по показателю $ЛД_{50}$. [3].

Инфильтрационная анестезия проводилась по методу Бюлбринг-Уэйдана морских свинках-самцах [2,4,6]. Для этого волосяной покров животного предварительного удалялся в области спины на 2-х симметричных участках. Соединения и эталонные препараты вводилисьвнутрикожно в дозе 0,2 мл в

один из выстриженных участков. Зона инъекции обводиласьметиленовым синим. Для контроля в симметричный участок кожи вводилось такое же количество изотонического раствора натрия хлорида. Чувствительность в месте инъекции определяласьприкосновением притупленной инъекционной иглы в центр образовавшегося волдыря [2,5,6].

Проводниковая анестезия исследована в модифицированном методе отдергивания хвоста «tailflick». Опыты проводились на беспородных крысах-самцах. Определялся порог болевой чувствительности. Затем равномерно с 4-х сторон производилось обкалывание корня хвоста крыс раствором испытуемых соединений и эталонных препаратов в объеме 1 мл. Принцип заключается в регистрации латентного периода отдергивания хвоста при термическом воздействии сфокусированным пучком света от оптоэлектронного анальгезиметрадо и после анестезии [2,5,6].

Обсуждение и результаты. Во время изучения острой токсичности реакции были однотипными и отличались лишь быстротой нарастания токсических проявлений с увеличением дозы. Признаки отравления начинали развиваться почти сразу после введения в высоких дозах. Клиника отравления проявлялась заторможенностью, отсутствием реакции на внешние раздражители. Одновременно развивалась одышка. После кратковременного двигательного возбуждения, у животных появлялись мышечные подергивания затем тонико-клонические судороги. Мыши принимали боковое положение, дыхание становилось редким, аритмичным. Смерть наступала от первичной остановки дыхания в течение 30 минут после введения соединении. Выжившие мыши к концу дня выходили из заторможенного состояния, принимали обычное положение. На следующее утро они вели себя активно и не отличались от интактных животных. Показатель средней смертельной дозы ($ЛД_{50}$ (мг/кг)) - вызывающая соответственно 50% гибели животных вычислялся по методу Беренса [3].

Таблица 1 - Показатель$ЛД_{50}$соединений при подкожном введении

Соединение, препарат	$ЛД_{50}$ (мг/кг)	P
4. MAB-135	950±7,8	
5. MAB-136	910±19,4	
6. MAB-137	826±24,8	
7. MAB-138	636±14,78	
8. MAB-139	524±18,7	
Новокаин	486,0 ± 8,8	P_1
Лидокаин	249,5 ± 18,4	P_2
Тримекаин	378,2 ± 17,4	P_3
Примечание - соединения по отношению к эталонным препаратам статистически достоверны (P_1. P_2<0,01; P_3,P_4<0,001)		

Таблица 2 - Активность при инфильтрационной анестезии

Соединение, препарат	0,25%					
	Индекс анестезии М±м		Длительность полной анестезии, мин.		Продолжительность действия, мин.	
MAB-135	36,0±0	p_1<0,05 p_2 <0,001 p_3 <0,001	34,16±1,34	p_1<0,001 p_2 <0,001 p_3 <0,001	59,16±1,80	p_1<0,001 p_2 <0,001 p_3 <0,001
MAB-136	36,0±0	p_1<0,05 p_2 <0,001 p_3 <0,001	45,83±1,54	p_1<0,001 p_2 <0,001 p_3 <0,001	69,16±1,08	p_1<0,001 p_2 <0,001 p_3<0,001
MAB-137	25,16±0,74	p_1<0,002 p_2>0,05 p_3>0,05	8,33±1,054	p_1<0,001 p_2 <0,002 p_3 <0,05	36,66±1,66	p_1>0,05 p_2 <0,001 p_3<0,001
MAB-138	35,33±0,272	p_1>0,05	26,66±1,2	p_1 <0,01	50,83 ±0,83	p_1<0,001

		p_2<0,001 p_3<0,001		p_2<0,001 p_3<0,001		p_2 <0,001 p_3 <0,001
МАВ-139	33,66±0,33	p_1 >0,05 p_2<0,001 p_3<0,001	20,83±2,07	p_1>0,05 p_2<0,01 p_3<0,001	52,5±1,2	p_1<0,001 p_2<0,001 p_3<0,001
Тримекаин	33,6±0,33		20,0±1,7		38,3±1,05	
Лидокаин	23,1±0,9		14,2±0,8		30,8±0,8	
Новокаин	25,0±1,0		10,0±1,2		29,1±1,5	

Примечания: p_1- достоверностьразличий по сравнению с тримекаином; p_2 - по сравнению с лидокаином; p_3 - по сравнению с новокаином

Анализ экспериментальных данных этой серий опытов свидетельствуют о том, что все испытанные соединения в разной степени активны при инфильтрационной и проводниковой анестезии. При инфильтрационной анестезии наиболее активными оказались вещества под лабораторными шифрами МАВ-135, МАВ-136 и МАВ-138. Соединения вызывают максимально глубокую анестезию (индекс анестезии 36). В 0,25% растворах они статистически достоверно превышают силу действия всех препаратов сравнения: тримекаина – в 1,1, лидокаина – в 1,55 и новокаина – в 1,44 раза. При сравнении длительности полной анестезии и общей продолжительности отмечено также, что все соединения превосходят препараты сравнения по этому параметру.

Продолжительность полной анестезии МАВ-135 и МАВ-136 составляет 56,66 мин., длительность ее выше, чем у тримекаина, лидокаина и новокаина в 2,83, 3,9 и 5,66 раза соответственно.Полная анестезия МАВ-138 составляет 45,83 минуты, что превышает соответствующие параметры тримекаина в 2,3 раза, лидокаина и новокаина в 3,25 и 4,5 раз, соответственно. МАВ-137приближается к соответствующему показателю новокаина, несколько уступает тримекаину и 0,8 раза превосходит лидокаина. Общая продолжительность действия МАВ-135 и МАВ-136 составляет 59,16 мин. и 60,16 мин. По этому показателю эти соединения активнее тримекаина в 1,5, лидокаина – в 1,9 и новокаина – в 2 раза. МАВ-138 действует длительнее тримекаина в 1,3;лидокаина – в 1,5 и новокаина – в 2,3 раза.Общая продолжительность эффекта МАВ-139 составляет 53,36 минут. Для препаратов сравнения длительность общей анестезии короче: на 33,3 мин – для тримекаина, на 22,8 мин – для лидокаина и на 25,1мин – для новокаина, что в 1,8, 2,0 и 2,4 раза длительнее показателей сравниваемых препаратов.

Умеренную активность при инфильтрационной анестезии проявил МАВ-137, так как по силе действия уступает тримекаинув 2,4 раза, а по продолжительности анестезии соответствует тримекаину.

Таблица 3 - Активность при проводниковой анестезии

Соединение, препарат	**Длительность полной анестезии мин.**		**Продолжительность действия мин.**	
МАВ-135	37,5±3,35	p_1 >0,05 p_2 >0,05 p_3 >0,05	165,0±6,7	p_1<0,001 p_2 <0,01 p_3 <0,001
МАВ-136	42,5±2,5	p_1 >0,05 p_2 >0,05 p_3 >0,05	130,0±24,49	p_1<0,05 p_2 >0,05 p_3<0,02
МАВ-137	19,16±4,89	p_1<0,02 p_2 <0,05 p_3>0,05	120,0±10,96	p_1 <0,01 p_2 >0,05 p_3<0,002

МАВ-138	32,5±7,16	p_1 >0,05 p_2 >0,05 p_3 >0,05	115,0 ±14,32	p_1<0,02 p_2 >0,05 p_3 <0,01
МАВ-139	85,5±3,16	p_1<0,02 p_2 >0,05 p_3 <0,001	135,0±5,8	p_1 >0,05 p_2<0,001 P_3<0,001
Тримекаин	47,3±8,4		56,9±12,8	
Лидокаин	65,0±18,4		90,8±18,4	
Новокаин	35,2±7,1		42,3±13,6	

Примечания: p_1- достоверность различий по сравнению с тримекаином; p_2 - по сравнению с лидокаином; p_3 - по сравнению с новокаином.

Об активности соединения при различных видах анестезии можно судить по продолжительности полной анестезии. Результаты опытов показали, что все исследуемые соединения в 1% растворах вызывали в разной степени выраженную полную анестезию. Наиболее активным по длительности действия оказалось МАВ-139. В указанной концентрации МАВ-139 превосходит таковую тримекаин в 1,8 раза, лидокаин – 1,3 и новокаин 2,4 раза. Длительность полной анестезии МАВ-136 приближается к соответствующему показателю тримекаина и несколько уступает лидокаину. МАВ-135 и МАВ 138 проявляют несколько более слабый эффект чем тримекаин и лидокаин (p>0,05). Полная анестезия его равна 35,5 мин., в то время как тримекаин действует 47,3 мин., лидокаин – 65 мин. МАВ-137 по продолжительности полной анестезии были не эффективнее новокаина, это разница статистически недостоверна.Общая продолжительность действия МАВ-139 значительно длительнее, чем у всех препаратов сравнения. МАВ-135 и МАВ-136 действуют 165 и 160 мин.,соответственно, и вызывает анестезию большей длительности, чем тримекаин в 2,28 и 2,8 раза, чем лидокаин – в 1,4 и 1,8 раза и новокаин – в 3 и 3,8 раза.Среднее положение по активности занимает соединение под номером МАВ-138. Вызывает полную анестезию длительностью 32,5 мин., что несколько короче в сравнении с эталонными препаратами, однако эта разница статистически недостоверна.В указанной концентрации МАВ-137 по показателю общей продолжительности действия превышает соответствующий параметр тримекаина в 2 раза, новокаина – в 2,7 раза и действует несколько длительнее, чем лидокаин (p>0,05).

Таким образом можно заключить, что все испытанные вещества оказались малотоксичными и проявили выраженный эффект при инфильтрационной и проводниковой анестезии. Наиболее активными при инфильтрационной анестезии оказались соединения МАВ-135 и МАВ-136, которые превосходят по всем параметрам препараты сравнения. При проводниковой анестезии наибольшая активность выявлена у МАВ-139.

В связи с чем, МАВ-135, МАВ-136 и МАВ-139 могут быть рекомендованы для дальнейшего углубленного изучения.

Литература:

1. Кузденбаева Р.С., Рахимов К.Д., Шин С.Н., Чуканова Г.Н.Доклиническое изучение местноанестезирующей активности новых биологически активных веществ. Методическое пособие - Алматы, 2000.- 30 с.

2. Хабриев Р.У.Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ, М., 2005 г. Москва

3. Беленький М.Л. Элементы количественной оценки фармакологического эффекта. Л., 1963 г. 152 с.

4. Игнатов Ю.Д., Черякова И.В., Галенко-Ярошевский А.П. – Методические указания по изучению местноанестезирующей активности фармакологический активных веществ. 2012 г. Москва

5. Кадырова Д.М. Изыскание и фармакологическое изучение новых местноанестезирующих средств в ряду производных пиперидина и дегидрохинолина: Автореф.дис.докт. РК, Алматы,1999.- 49б.

6. Миронов Н.А. Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств. 2012 г. Москва.

THE FEATURES OF MICROANGIOARCHITECTONICS OF PERITONEAL UTERINE BROAD LIGAMENT VESSELS

Sultanbay k.M., Arstanbaeva K.N., Baktybekova M.B., Nurdinov.B.
supervisor: T.S.Abaeva, G.S.Zamaletdinova

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Department of normal and topographical anatomy and
Department of foreign and Latin languages
arstanbaevakani@gmail.com

Actuality: Female genitals are anatomic system which periodically changes its functional state! The cyclic processes, pregnancy and childbirth stimulate in these organs complex functional restructuring. A significant amount of research is dedicated to the study of the vascular system of internal female reproductive organs, which emphasize the importance of microcirculation in guaranteeing of tissues and organs vital activity as well as body as a whole. However, the microvasculatures of broad ligament, the vascular morphology of serous membranes are not well studied in the 1st period of maturity.

Therefore, the aim of our work is to study the microvasculature of the uterus broad ligament in the 1st period of maturity.

Material and methods: The microvasculature study was carried out on corpses of 12 women's bodies with absence of morphological changes of organs and small pelvis. We used an injection, no injection and histological techniques. The general idea of microarchitectonics of vasculature and perimeter of small pelvic peritoneum we got basing on transcapillary ink-gelatin masses injection, held on autopsy through femoral artery. Bleaching of injection corpses was made in methylester of salicylic acid. The morphometric researches of microvessels was performed on modules of peritoneal broad ligament.

Results and discussion: On ink-gelatin masses injected preparations it is seen that the source of broad ligament arterial blood supply are branches uterine and ovarian vessels. On the anterior and posterior broad ligament leafs there is two-layer vasculature, consisted of 1-2 order own arteries branches and accompanying veins. The most part of microvasculature of uterine broad ligament is modular vasculature. In microvasculature of uterine broad ligament we can see long precapillaries. Smooth muscular cells in precapillary walls are situated generally at the initial section of these vessels.

In different parts of peritoneal uterine broad ligament arteriolo-venular anastomoses of different shapes and structure are found. In the uterine broad ligament lymphatic capillaries and postcapillaries are revealed. The permanent feature of microangioarchitectonics of uterine broad ligament central part is microvascular modules presence. Modules in the peritoneal uterine broad ligament has rhombic shape and its square varies from 8 to 19 mm^2 . The microscopy of vascular modules of peritoneal uterine broad ligament shows that arterial bed is generally presented as straight vessels with even diameter.

In mesial and lower parts of uterine broad ligament there are congestion of small veins and venules, which are not included to module. They differ with bigger diameter and tortuosity.

Conclusions: Microvasculature of uterine broad ligament has two-layer structure. Thicker parts are situated in mesial an lower sections of uterine broad ligament. Beam microvessels are characteristic of the peritoneum translation zone on the surface of uterus. In mesial and lower parts of uterine broad ligament predominance of postcapillaries and wide convoluted venules is revealed. In uterine broad ligament capillary networks braid congestion of fat cells, forming elastic shock absorbers. Central parts of vasculature of uterine broad ligament form wideweaved network. Among microvessels there are lymphatic capillaries and postcapillaries networks and the elements of lymphatic vascular plexus.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО НАКОПЛЕНИЯ СВИНЦА НА МОРФОЛОГИЮ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ САМЦОВ-ПОДРОСТКОВ КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Н. С. Филин, К. А. Лебедев, И. М. Патиев, Б.И. Нурдинов,
научные руководители: д. м. н., проф. С. В. Залавина, к.м.н., доц. П. А. Елясин
Новосибирский государственный медицинский университет
Г. Новосибирск, Россия
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Г.Бишкек, Кыргызстан
bai4ik.bn@gmail.com, +996777144868

Актуальность. Химические свойства тяжёлых металлов, а именно, - высокая биохимическая активность, токсичность, высокая кумулятивная способность, трудность выведения из организма и окружающей среды, высокая способность к миграции – делают их чрезвычайно опасными для здоровья людей.

Цель работы: определить структурные особенности в семенных извитых канальцах яичек самцов-подростков крыс при хроническом накоплении ацетата свинца.

Материалы и методы. Исследовалась гистологическая структура яичек 4-х недельных самцов крыс Wistar. Хроническая экзогенная свинцовая интоксикация создавалась введением раствора ацетата свинца ежедневно 1 раз в сутки в пищу в течение 3-х недель. Предварительно ацетат свинца растворяли в дистиллированной воде таким образом, что на 0,2 мл раствора приходится 1,0 мг свинца для дозировки 10 мг/кг веса. На каждые 100 г веса крысы в пищу вводили 0,2 мл раствора ацетата свинца. Для этого перед каждым кормлением животных взвешивали и в соответствии с массой инсулиновым шприцом в хлебный сухарик вводили необходимое количество раствора ацетата свинца. В группе контроля в пищу вводился эквивалентный объём чистой воды. Выделяли 2 группы по 10 животных в каждой – контрольная и опытная. Гистологический материал проводили по общепринятой методике. Проводили морфометрическое исследование методом точечного счёта, а также измерение поперечного размета извитых семенных канальцев с использованием программы Java(TM) Platform, Standard Edition Runtime Environmen Version 6.

Результаты. Морфометрия извитых семенных канальцев в контроле показала, что канальцы плотно прилежат друг к другу, межклеточное вещество, отделяющее канальцы друг от друга имеет вид узких прослоек и составляет 9,8 %, в то время как на стенку канальцев приходится 33,99 %. Форма канальцев на срезе чаще округлая, без резких изломов. Просветы канальцев составляют 56,2 %, в них хорошо видны сперматозоиды. При хронической интоксикации ацетатом свинца на поперечных срезах канальцы имеют различную форму – угловатую, уплощённую, округлую. Появляются участки, в которых канальцы лежат не плотно, между ними выявляются участки расширенного интерстиция, площадь которого достоверно увеличивается на 4 % и составляет 14,02 %. Площадь стенки канальцев увеличивается на 7,19 %. В стенке выявляются пустые промежутки между клетками. Поступление свинца вызывает достоверное уменьшение площади просвета извитых семенных канальцев на 11,41 %. Измерение диаметра канальцев выявлено увеличение абсолютного диаметра поперечных срезов извитых семенных канальцев: так, диаметр канальцев в нормальных условиях составляет 170,8 ± 1,24 пикселя, на фоне введения свинца этот показатель составляет 173,3 ± 1,00 пикселя ($P > 0,05$).

Выводы. Подводя итог полученным результатам, необходимо отметить - хроническая экзогенная интоксикация ацетатом свинца приводит к отёку интерстиция, как в стенке канальцев, так и между канальцами, в то время как площадь просвета канальцев значимо уменьшается.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЩЕКИ ПРИ КАДМИОЗЕ

А. Б. Логинова, В. Г. Можаровский, А. А. Золотарёв
научные руководители: д.м.н., проф. С.В.Залавина, к.м.н., доц. П.А.Елясин
Новосибирский государственный медицинский университет
г. Новосибирск, Россия

Логинова А. Б. – студентка 1 курса лечебного факультета, e-mail:zalavinasv@mail.ru
Можаровский В. Г., Золотарёв А. А. – студенты 1 курса педиатрического факультета

Актуальность. Уровень экологических проблем в России свидетельствует о том, что кризисные тенденции, с полной отчетливостью проявившиеся в предшествующие 15 лет, не преодолены, а в отдельных аспектах даже углубляются, несмотря на принимаемые меры. 15% территории России (по площади больше, чем Западная и Центральная Европа вместе взятые), на которой сосредоточена основная часть населения и производства, находится в неудовлетворительном экологическом состоянии. Случаи пятикратного превышения предельно допустимых концентраций загрязнителей воздуха отмечены более чем в 120 городах. Особую тревогу вызывает большое количество детей с высоким содержанием в организме свинца и кадмия, накопившихся в результате интенсивного загрязнения окружающей среды отработанными газами автотранспорта.

Цель работы: определить структурные перестройки в слизистой оболочке щеки самцов-подростков крыс при хроническом накоплении сульфата кадмия.

Материалы и методы. Исследовалась гистологическая структура щеки 4-х недельных самцов крыс Wistar. Хроническая экзогенная интоксикация создавалась введением раствора сульфата кадмия ежедневно 1 раз в сутки в пищу в дозе 0,5 мг/кг. Эксперимент проводился в течение 3-х недель. Для этого перед каждым кормлением экспериментальных животных взвешивали и, в соответствии с определённой массой, инсулиновым шприцом в пищу вводили необходимое количество раствора токсиканта. В группе контроля в пищу вводился эквивалентный объём чистой воды.

В эксперименте выделяли группы по 10 животных в каждой – контрольная и опытная. Гистологический материал проводили по общепринятой методике. Для морфометрии готовили срезы толщиной 5-7 мкм с последующей окраской гематоксилином-эозином. Проводили морфометрическое исследование методом точечного счёта.

Результаты. Морфологическое исследование слизистой оболочки щеки лабораторных крыс показала, что в группе интактных животных, выполняющих роль контроля в эксперименте, присутствует роговой слой. Таким образом, слизистая щеки самцов крыс Wistar представлена слизистой оболочкой жевательного типа.

Морфометрическое исследование эпителиальной выстилки слизистой оболочки животных контрольной группы выявило преобладание площади клеток шиповатого слоя, на долю которого приходится 72,06 %, клетки базального слоя эпителия щеки составляют 21,47 %, а компоненты поверхностного слоя составляют 6,47 %.

В условиях введения кадмия происходит увеличение относительной площади клеток базального слоя на 21,2 %, площадь клеток шиповатого слоя снижается на 33,6 % по сравнению с контролем. Однако наиболее выраженным изменением явилось увеличение площади поверхностного ороговевающего слоя, увеличение которых произошло в 3,86 раз.

Выводы. Подводя итог полученным результатам, необходимо отметить - хроническая экзогенная интоксикация сульфатом кадмия вызывает изменение соотношения площадей различных слоёв слизистой оболочки, что наиболее ярко проявляется в усилении процессов ороговения слизистой щеки.

ГИСТОГЕНЕЗ ЧЕЛЮСТЕЙ ПЛОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НАКОПЛЕНИИ КАДМИЯ И В УСЛОВИЯХ ЕГО КОРРЕКЦИИ

Ю. С. Щекин, Р. М. Теранов, Н. И. Пушилин, научные руководители: д. м. н., проф. С. В. Залавина, к.м.н., доц. П. А. Елясин
Новосибирский государственный медицинский университет
г. Новосибирск, Россия

Щёкин Ю.С., Теранов Р. М. – студенты 2 курса педиатрического факультета,
Пушилин Н. И. – заочный аспирант кафедры анатомии человека ФГБОУ ВО НГМУ, e-mail: zalavinasv@mail.ru

Актуальность. Научно-технический прогресс ведёт к интенсификации современного производства, к созданию новых видов технологических процессов, росту мощности оборудования, что сопровождается увеличением антропогенных выбросов в городскую среду. Доказано, что патология новорожденности, детства и даже всего периода жизни может быть обусловлена неблагоприятными

воздействиями в период внутриутробного развития. В связи с этим возникает особый интерес к проблеме влияния тяжёлых металлов на развитие плода и здоровье будущего потомства.

Цель работы - исследовать морфофункциональные перестройки в формирующихся челюстях плода в условиях поступления кадмия с 1 по 18 сутки беременности.

Материалы и методы. Объектом исследования явились плоды (10 контрольных, 25 с введением кадмия и 30 с сочетанным введением кадмия и цинка) от беременных самок Wistar. Крысам внутрибрюшинно вводили растворенный в физиологическом растворе сульфат кадмия в дозе 0,5 мг/кг в период беременности с 1 по 16 день (2 группа). В контрольной группе крысам внутрибрюшинно вводили физиологический раствор в эквивалентном объёме (1 группа). Животным 3-й группы вводили сульфат кадмия, затем с пищей они получали препарат «Биоцинк» (исходя из суточной потребности цинка 15 мг на 75 кг). Проводилось морфометрическое исследование фронтальных срезов челюстей 20-и дневных плодов методом точечного счёта по общепринятой методике.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе формирующиеся костные балки имеют равномерную ширину, ровные контуры и округлые очертания. В условиях параллельного введения кадмия и цинка костные балки располагаются плотнее друг к другу. При поступлении кадмия площадь костных балок челюстей не изменяется по сравнению с контролем. При сочетанном введении кадмия и цинка суммарная площадь костных балок и остеогенных клеток увеличивается на 26 % в сравнении с контролем (56,97 ± 1,35 – при введении Cd и Zn; 45,1 ± 1,66 – контрольная группа, M±m) и на 20 % в сравнении с группой при изолированном введении кадмия (45,12 ± 1,6 – введение кадмия, M±m). Подсчёт площади остеогенных клеток, внутри формирующихся костных балок показал, что в условиях сочетанного введения кадмия и цинка их количество превышает контрольный уровень в 5,5 раз, а в сравнении с данными группы в условиях кадмиевой интоксикации в 7,45 раз. Площадь участков мезенхимы разделяющей костные балки в 3-й группе уменьшается на 23,76 % (42,4 ± 1,76 – контроль, 38,56 ± 1,78 – введение кадмия) по сравнению с данными 2 группы, что сочетается с увеличением площади кровеносных капилляров в 1,92 раза при сравнении с показателями этой же группы (3,43 ± 0,7 – контроль, 4,24 ± 0,6 – введение кадмия, 8,14 ± 0,83 сочетанное введение кадмия и цинка).

Вывод. Выявленные структурные перестройки челюстей плода на фоне сочетанного поступления кадмия и цинка на систему мать-плод свидетельствуют об ускорении остеогенеза костей лицевого скелета плода по сравнению с показателями группы при изолированном накоплении кадмия.

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ МОЛОДЕЖИ XXI ВЕКА

Ильязова А.Н., науч.рук. – председатель СНО СС КГМА Нурдинов Б.И.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им.И.К.Ахунбаева ,
г. Бишкек , Кыргызская Республика

Ильязова А.Н. – студент 1-го курса факультета лечебного дело, e-mail: ayzhamalilyazova@gmail.com

Цель:

- Выявить уровень стресса среди молодежи;
- Определить влияния образа жизни на стрессоустойчивость;

Материалы и методы исследования:

Студенты и школьники более 6 стран.

В основу был взят тест исследователей Медицинского центра Университета Бостона (анонимно).

Результаты:

Из 1414 опрошенных студентов и школьников в возрасте от 15 до 25 лет:

- 63,6% ,(897) человек получили более 30 баллов, это означает, что эти люди являются конформистами, т.е. стрессы сильно влияют на учебную жизнь молодых людей, но они особо не сопротивляются этому
- 31,3% процентов (442) нормальный уровень стресса (часто подвергаются стрессу), который соответствует в меру напряженной жизни активного человека, но успешно с ним борются и их здоровью не вредят внешние факторы, а лишь их пагубные привычки
- 5,1% устойчивы к стрессу на 99,9%, вследствие чего почти ничего не угрожает их здоровью и психологическому состоянию.

- 29,15 (412) человек всегда борются со стрессом с помощь курения, а 28,7%(406) – с помощью алкоголя.
- Всего лишь 10,8(152) из всех опрошенных всегда (3-5 раз в неделю) занимаются физическими нагрузками, а 27,5% (338) почти никогда соответственно не занимаются спортом.
- 16,2%(229) имеют много друзей, а 9,2%(130) не имеют их вовсе; достаточно друзей имеют 53,8%(761)
- Всего лишь 10,9%(154) всегда чувствуют любовь со стороны других и отдают свою любовь взамен, часто и достаточно чувствуют и отдают любовь 28,5%(403). 2,6%(37) не чувствуют любви совсем.
- Почти у половины опрошенных (40,9% (578)) в радиусе 50 км есть друг, на которого они могут полностью положиться.
- Здоровыми (в физическом или духовном смысле) себя считают лишь 15,4%(217),а не здоровыми-2,7%(38).
- Не взаимодействуют с социумом (немного интроверты) 30,1% (426), 3,6%(51) ведут очень активную социальную жизнь, остальные же взаимодействуют с социумом, но не так ярко
- Всего лишь 15,5%(219) поддерживает их вера, а 25,4%(359) ни во что не верят

Заключение:

В современном мире огромное количество факторов, которые очень сильно влияют на жизнь человека. Множество людей поддается им, но есть отдельные личности, которые доказывают, что с ними можно бороться.

Также найдены методы быстрого восстановления (115 шт.), которые облегчат жизнь студентов и учеников.

РОЛЬ ШПАРГАЛКИ В ОСВОЕНИИ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Жапаралиева Айпери, Асаналиева Алтынай, Козорбеков Акыл-Кожо Ферис- Ахмед уулу
Научный руководитель: асс.каф.: АматовДаниярАпазович,
КГМА им. И.К. Ахунбаева, каф. факультетской педиатрии,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Актуальность.

Образование в современном мире является важным аспектом профессиональной деятельности. Студентами ВУЗов используются различные методы для освоения учебного материала, самым распространенным из которых являются шпаргалки [1,2].

Цель.

Изучить степень влияния, выявить положительные и отрицательные эффекты использования шпаргалок в освоении учебного материла.

Материалы и методы исследования.

С целью исследования роли шпаргалки для освоения учебного материала был разработан и использован тестовый опрос, состоящий из 30 вопросов.

Результаты и обсуждения.

Полученные результаты подтвердили использование студентами шпаргалок во время учебного процесса. Уровень пользы является переменной. Наиболее высокие уровни пользы наблюдаются у студентов старших курсов. Изучены результаты тестового опросника преподавателей КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Литература:

1. Бордовская Н.В. Психология и педагогика. Стандарт третьего поколения. Учебник для ВУЗов Год: 2013
2. Загвязинский В.И. Теории обучения и воспитания. Учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования.

УДК 616+091.8(075.8)

ВЛИЯНИЕ ПНЕВМОКОККА НА СЕРДЦЕ (МИОКАРД)

Лежнин Д.А.,науч.руководитель – д.м.н. профессор Тухватшин Р.Р.
Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева.
Кафедра патофизиологии.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Лежнин Д.А. – студент леч.факультета 3-курс, Lezhnin96@mail.ru

Актуальность. Хотя пневмококк является дыхательным патогеном, который не может заразить сердце, однако, его влияние на сердечные проблемы озадачило врачей и исследователей, учитывая, что даже быстрое применение антибиотиков не даёт никакой защиты от сердечных осложнений. Ежегодно по данным ВОЗ погибает около 1 млн детей в возрасте до 5 лет от Str. Pneumoniae, и ещё не известно что превалирует в летальном исходе.

Цель исследования. Отработать моделирование деструкции кардиомиоцитов введением Str. Pneumoniae с последующим нахождением лечения.

Методы и материалы исследования. Для этой цели были взяты 15 крыс (3 крысы для гистологического изучения здорового сердца и 12 крыс для опытов), NaCl и шприцы для введения бактерии, материалы для пересеивания бактерии и гистологического исследования сердца. Начал с пересеивания бактерии на сывороточный агар, кровянной с добавлением глюкозы, далее получив чистые культуры бактерии приступил к введению бактерии интраперитонеально, после, пронаблюдав за клиникой крыс приступил к торакотомии (предварительно усыпив) с целью взятия сердца для проведения гистологии, которую сделал сам, предварительно овладев техникой.

Результаты и их обсуждение. В стенке миокарда множественные кровоизлияния, межмышечный отёк, дистрофия кардиомиоцитов, очаги деструкции сердечной мышцы. Вероятно деструкция кардиомиоцитов произошла вследствие действия молекулы CbpA и токсина пневмолизина выделяющегося Str. Pneumoniae и действующего на сердце (миокард) подопытной крысы.

Выводы. Лечение антибиотиками приводит к гипосенсибилизацииStr. Pneumoniae в отношении часто вводимых антибиотиков, а самое главное ускаряют выделение пневмолизина (токсин участвующий в поражении сердца) из погибшей бактерии-Str. Pneumoniae.Вакцинация-малоэффективна. Нужно искать альтернативные пути лечения на разных этапах, после досконального понятия о Str. Pneumoniae, после понятия методики моделирования поражение сердца (миокарда), обучения микроскопированию сердца.

Литература:

1. Воробьёв А.А. «Медицинская микробиология, вирусология и иммунология». -2004.-691с.
2. Афанасьев Ю.И., Юрина Н.А., Котовский Е.Ф. «Гистология, эмбриология, цитология». – 2002.-744с.
3. Борисова Л.Б. «Руководство к лабораторным занятиям по микробиологии». – 1979.-286с.

УДК 577.164.2:543.24:634.32

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВИТАМИНА С МЕТОДОМ ТИТРИМЕТРИИ В РАЗНЫХ СОРТАХ МАНДАРИНА

Аскарбекова Ж.Н., Муратбекова З.М., Нарбаева А.Т.,
науч, руководитель –Токторбек к. Д.
Кыргызская Государственная медицинская академия,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аскарбекова Ж.Н., Муратбекова З.М., Нарбаева А.Т.-студенты 2 курса фарм. факультета, 6 группы КГМА, e-mail: jami_33@mail.ru
Токторбек к. Д. – преподаватель каф. ФГЗ и ХЛС

Витамин С является одним из важнейших биологических активных веществ, который необходим для нормального функционирования организма. Он стимулирует рост, участвует в процессах тканевого дыхания, обмене аминокислот, нормализует уровень холестерина в крови, а также способствует усвоению углеводов и железа[1].

Цель нашей работы: экспериментально выявить методику количественного определения витамина С в мандаринах, привезенных из разных стран, методом йодиметрического титрования. Определить влияние температуры на содержание витамина в продуктах.

Методика исследования: приготовление раствора йода, раствора крахмала, титрование аскорбиновой кислоты (таблетки-500 мг.), йодиметрическое титрование соков мандарина, расчет результатов [2, 3].

В ходе эксперимента было **выявлено:** содержание витамина С зависит от страны произрастания (разные климатические условия, количество солнечного света, длина светового дня в месте произрастания). Также зависит от свежести продуктов, условий их хранения и способа проб подготовки. Больше витамина содержится в мандаринах, привезенных из: 1.Марокко;2.Турция; 3. Пакистан; 4. Китай. При термической обработке и при охлаждении мандаринов: Китай, Пакистан, Турция, количество витамина С уменьшилось на 10-20%, а из Марокко-32%.

Список литературы.

1. Алдашев А.А. Биохимия человека // Витамины: Витамин С – Бишкек, 2013. – С. 77-78.
2. ГФ. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье // Индикаторы. Крахмал растворимый. Раствор индикатора: XI издание. Выпуск 2. Москва «Медицина», 1990. С. 88-89
3. Харитонов Ю.Я. Аналитическая химия. Количественный анализ. Физико-химические (инструментальные) методы анализа // Окислительно–восстановительное титрование. Йодиметрия - Москва «Высшая школа», 2003. - С. 169

QUANTITIVE DISTRIBUTION OF MYOCYTES CAPSULE BRONCHOPULMONARY LYMPH NODES IN ADOLESCENTS

Nurdinov B., supervisor: M.T. Janganaeva

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Department of normal and topographical anatomy
Bai4ik.bn@gmail.com

Actuality: Lymphoid nodes are the organs at the same time carrying on its construction as a barrier, and transportation (smooth muscle-connective node elements of the capsule). In this connection it is interesting, both from a theoretical and practical point of view is the study of the state of microanatomical formations capsule of the lymph nodes, providing active lymph drainage, cellular composition which in adolescence reaches its maximum level of development (R. Petrov).

Given the foregoing detailed studies of different subgroups extra organs bronchopulmonary lymph nodes in adolescence (14-16 years) is actual.

Material and methods: The morphometric study was carried out on the corpses of 6 children who died at the age of 14-16 years of age (adolescence) from injury and accidental causes not related to diseases of the respiratory organs and lymphatic system. Bronchopulmonary lymph nodes detected by interstitial injection mass Gerota. Then fixed with 10% neutral formalin solution. Histological sections were performed on the gate level of a lymph node. Sections were stained with Van Gieson, by Weigert.

To investigate the capsule of the lymph nodes, were made all-out preparations according to the method proposed by Borisov. The capsule of lymph nodes examined is conventionally divided into the area hillar thickening (corresponding to the place of exit efferent lymph vessel), an area interfollicular area, follicular section (corresponding to the place of diligence to the capsule lymphoid nodules) and trabecular area (Sapin M.R) myocytes counted using layers ocular grid Stefanova with a standard number of quadrants. Digital material is treated by the standard variation of the statistical methodology, as well as using tables Strelkov R.B.

Results and discussion: It was established that extraorganbronchopulmonary lymph nodes are located within the gates of the left and right lungs. The left and right bronchopulmonary lymph nodes are adjacent to the upper, anterior, lower and posterior surfaces of the main bronchi. In the study of bronchopulmonary lymph nodes it noted that all subgroups of these units are rare, usually found the upper, lower and inferior subgroup of nodes. Bronchopulmonary lymph nodes covered by a thin connective tissue capsule.

In the study of histological preparations and total capsule bronchopulmonary lymph nodes found to lie therein myocytes layers not uniformly. Myocytes, collagen and elastic fibers are oriented parallel to the surface of the capsule, and they move the trabeculae (trabecular along the longitudinal axis). All layers capsules lymph nodes are limited by thin elastic and collagen fibers of varying thickness. In the deep layers of the capsule lie thicker elastic fibers

In the study of histological preparations showed the predominance of myocytes in hillary thickening and interfollicular region. Fewer myocytes determined trabeculae and to follicular area.

Conclusions: The capsule bronchopulmonary lymph nodes myocytes layers deposited unevenly and various parts of the lymph nodes.

Depending on the number of muscle cells in the capsule of the lymph nodes is determined by the section of "dilution", in which there are a small number of myocytes (foliculyar region, trabeculae) and a portion of "sealing" with a high content of myocytes (hilar thickening, interfolicular region).

Children adolescence quantitative composition of the smooth muscle cells suggests functional maturation of lymph node involved in the active transport of lymph.

ВЛИЯНИЕ ТАБАЧНОЙ ПРОДУКЦИИ НА КОЛИЧЕСТВО АМИЛАЗЫ В СЛЮНЕ ЧЕЛОВЕКА

А. Сейткулова, Ф. Халилова, научный руководитель - Б.И. НУРДИНОВ
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Bai4ik.bn@gmail.com

Актуальность: Как сказал французский профессор Морис Тубиан: «Табак является первым фактором смертности внашем обществе, опережая рак и автомобильные катастрофы». Курение - вид бытовой наркомани. Ни для кого не секрет, насколько опасно курение, однако же, во всём мире ежедневно выкуривается около 15 миллиардов сигарет. По оценкам, в США на лечение болезней, связанных с курением, уходит 50 миллиардов долларов в год.

Цель исследования: Выявить изменения содержания амилазы в слюне .

Объекты исследования: Биологическая жидкость (слюна) 4-х некурящих и 4-х курящих в последние 3 года студентов Кыргызской государственной медицинской академии им.И.К.Ахунбаева

Методы: Лабораторные исследования

В восемь (четыре на четыре) химических стаканчика было собрано по 2 мл слюны. В 4 стаканчика – слюны некурящего студента– раствор №1,2,3,4. В 4 стаканчика – курящего студента– раствор №5,6,7,8.

В каждый стаканчик налила по 25 мл холодной водопроводной воды. Отдельно сварили крахмальный клейстер: ½ чайной ложки пищевого крахмала поместили в химический стаканчик, развели холодной водой, размешали и нагревали на пламени спиртовки, постоянно помешивая до кипения, охладили клейстер.

В 8 пробирок налили по 3 мл клейстера и добавили в каждую пробирку по 10 капель растворов слюны. В первые 4 пробирки – раствор №1,2,3,4 , в другие 4 пробирки – раствор №5,6,7,8. Через 10 минут в каждую пробирку добавили по одной капле раствора йодной воды, слегка встряхнули пробирки.

Результат

При добавлении в каждую пробирку раствора йодной воды наблюдали во всех пробирках синее окрашивание. Причём в растворе №5,6,7,8 окраска белее, интенсивная. После встряхивания пробирок, окраска исчезает, быстрее в пробирке с раствором №1,3,4.

Вывод

Качественная реакция на крахмал – взаимодействие с йодным раствором – синее окрашивание, которое мы наблюдали. Под действием фермента амилазы, находящейся в слюне, крахмал постепенно разрушается. Причём в растворах №1,2,3,4 разрушение крахмала происходит быстрее, так как в слюне некурящего человека больше фермента амилазы. Следовательно, вещества, содержащиеся в табачном дыме, уменьшают количество ферментов, в частности амилазы, и замедляют обмен веществ у человека.

ВРЕДНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ТАБАЧНОЙ ПРОДУКЦИИ НА ЖИВЫЕ ОРГАНИЗМЫ

Б. Нурдинов, А. Сейткулова, Ф. Халилова
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Bai4ik.bn@gmail.com

Актуальность: Как сказал французский профессор Морис Тубиан: «Табак является первым фактором смертности внашем обществе, опережая рак и автомобильные катастрофы». Курение - вид бытовой наркомани. Ни для кого не секрет, насколько опасно курение, однако же, во всём мире ежедневно выкуривается около 15 миллиардов сигарет. По оценкам, в США на лечение болезней, связанных с курением, уходит 50 миллиардов долларов в год.

Цель исследования: Изучить действия сигаретного дыма на живые организмы.
Объекты исследования: Опарыши (личинки мух)
Методы: Лабораторное исследование.
Действие сигаретного дыма на личинок мух – опарышей.

Было взято 33 опарыша, которых разделили на три группы. В три стакана одинаковой вместимости поместили одинаковую массу еды (кусочек белого хлеба), одинаковую массу воды. В каждый стакан поместили по 11 червячков. Первая емкость – контрольный. Во вторую и третью группу направляли дым сигареты без фильтра (емкость №2) и с фильтром (емкость №3). Затем все три емкости изолировали плотной бумагой и зафиксировали клейкой лентой.

Результат: Сравнивая степень подвижности личинок в чистом воздухе и в воздухе с никотином, можно отметить, что в воздухе с никотином первые 20 мин личинки ведут себя гораздо активнее. Затем их движения замедляются, а через некоторое время перестают двигаться совсем. Содержание никотина в среде обитания опарышей значительно снижает продолжительность их жизни.

№ стакана	Условия обитания	Продолжительность жизни личинок мух
1 - контрольный	Замкнутое пространство с объемом воздуха 100 мл	Более 3 дней
2	Замкнутое пространство с объёмом воздуха 100 мл + нагнетенный дым от сигареты без фильтра	Через 24 часа – 11 погибших личинок (100%)
3	Замкнутое пространство с объемом воздуха 100 мл + нагнетенный дым от сигареты с фильтром	Через 24 часа – 8 погибших личинок (73%), через 27 часов после начала опыта погибли все личинки (100%)

Вывод: Ядовитые вещества, содержащиеся в табачном дыме, значительно снижают продолжительность жизни личинок мух, вызывают их гибель.

ВРЕДНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ТАБАЧНОЙ ПРОДУКЦИИ НА РАСТЕНИЯ

Ф. Халилова, А. Сейткулова, научный руководитель - Б.И. Нурдинов
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Bai4ik.bn@gmail.com, +996777144868

Актуальность: Как сказал французский профессор Морис Тубиан: «Табак является первым фактором смертности внашем обществе, опережая рак и автомобильные катастрофы». Курение - вид бытовой наркомани. Ни для кого не секрет, насколько опасно курение, однако же, во всём мире ежедневно выкуривается около 15 миллиардов сигарет. По оценкам, в США на лечение болезней, связанных с курением, уходит 50 миллиардов долларов в год.

Цель исследования: Изучить действия сигаретного дыма на растения.
Объекты исследования: Бобы
Методы: Лабораторные исследования

Опыт №1. Действие никотина на семена бобов.

По 6 бобов положили в 2 емкости, в одну налили водопроводную воду(№1 емкость), в другую раствор с табачным дымом *(в коническую колбу вместимостью 250 мл налили дистиллированной воды и выпустили дым из груши в воду. Некоторые компоненты дыма растворяются в воде. Забор сигаретного дыма повторяли 12 раз, таким образом с помощью данной методики мы получили раствор дыма от сигарет*) (№2 емкость). Воды налили таким образом, чтобы она покрыла семена, находящиеся в чашечке.

Результат:Через 6 дней у семян в первом стакане появились проростки, которые в последующие дни увеличились в размерах, во втором стакане проростки не появились совсем, внутреннее содержимое семени сгнило.

Вывод:Вещества, содержащиеся в табачном дыме, губительно действуют на семя, и не дают семени возможности прорасти.

Опыт №2. Действие никотина на пророщенные семена бобов.

Три пластмассовые ёмкости поместили почву на высоту 1/2 ёмкости. В каждую ёмкость высадили по два проросших семя бобов на глубину 0,5 см. Поливку проводили в одно и то же время одинаковым объемом воды. Рассадник №1 (контрольный) поливали водопроводной водой, рассадник №2 поливали раствором из колбы №2 (раствор от сигареты с фильтром), рассадник №3 – из колбы №3 (раствор от сигареты без фильтра).

Результат:

№ рассадника	Время всхожести семян бобов,количество дней.	Высота побегов через 3 дня после восхода семян, в сантиметрах.
1(контрольный).	Через 3 дня побеги показались на поверхности почвы	5 см.
2	Побеги не взошли.	Семена сгнили в почве.
3	Побеги не взошли.	Семена сгнили в почве.

Вывод:

Раствор табачного дыма вызывает гибель проросших семян и гниение семян в почве.

ВРЕДНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ТАБАЧНОЙ ПРОДУКЦИИ НА РАСТЕНИЯ

Ф. Халилова, А. Сейткулова, научный руководитель - Б.И. Нурдинов
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Bai4ik.bn@gmail.com

Актуальность: Как сказал французский профессор Морис Тубиан: «Табак является первым фактором смертности внашем обществе, опережая рак и автомобильные катастрофы». Курение - вид бытовой наркомани. Ни для кого не секрет, насколько опасно курение, однако же, во всём мире ежедневно выкуривается около 15 миллиардов сигарет. По оценкам, в США на лечение болезней, связанных с курением, уходит 50 миллиардов долларов в год.

Цель исследования: Изучить действия сигаретного дыма на растения.
Объекты исследования: Бобы
Методы: Лабораторные исследования
Опыт №1.Действие никотина на семена бобов.

По 6 бобов положили в 2 емкости, в одну налили водопроводную воду(№1 емкость), в другую раствор с табачным дымом *(в коническую колбу вместимостью 250 мл налили дистиллированной воды и выпустили дым из груши в воду. Некоторые компоненты дыма растворяются в воде. Забор сигаретного дыма повторяли 12 раз, таким образом с помощью данной методики мы получили раствор*

дыма от сигарет) (№2 емкость). Воды налили таким образом, чтобы она покрыла семена, находящиеся в чашечке.

Результат:Через 6 дней у семян в первом стакане появились проростки, которые в последующие дни увеличились в размерах, во втором стакане проростки не появились совсем, внутреннее содержимое семени сгнило.

Вывод:Вещества, содержащиеся в табачном дыме, губительно действуют на семя, и не дают семени возможности прорасти.

Опыт №2. Действие никотина на пророщенные семена бобов.

Три пластмассовые ёмкости поместили почву на высоту 1/2 ёмкости. В каждую ёмкость высадили по два проросших семя бобов на глубину 0,5 см. Поливку проводили в одно и то же время одинаковым объемом воды. Рассадник № 1 (контрольный) поливали водопроводной водой, рассадник №2 поливали раствором из колбы №2 (раствор от сигареты с фильтром), рассадник №3 – из колбы №3 (раствор от сигареты без фильтра).

Результат:

№ рассадника	Время всхожести семян бобов,количество дней.	Высота побегов через 3 дня после восхода семян, в сантиметрах.
1(контрольный).	Через 3 дня побеги показались на поверхности почвы	5 см.
2	Побеги не взошли.	Семена сгнили в почве.
3	Побеги не взошли.	Семена сгнили в почве.

Вывод

Раствор табачного дыма вызывает гибель проросших семян и гниение семян в почве.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Ф. Халилова, А. Сейткулова, научный руководитель - Б.И. Нурдинов
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Bai4ik.bn@gmail.com

Актуальность: Как сказал французский профессор Морис Тубиан: «Табак является первым фактором смертности внашем обществе, опережая рак и автомобильные катастрофы». Курение - вид бытовой наркомани. Ни для кого не секрет, насколько опасно курение, однако же, во всём мире ежедневно выкуривается около 15 миллиардов сигарет. По оценкам, в США на лечение болезней, связанных с курением, уходит 50 миллиардов долларов в год.

Цель исследования: Выявить распространенность потребления сигарет среди студентов г.Бишкек, школьников г. Ош и их отношение к курению, средняя стоимость сигарет, которые они потребляют, уровень знаний о вреде курения.

Материалы и методы исследования: Объект исследования — студенты г. Бишкек и школьники г.Ош

Методы исследования:

анкетирование: проведено анонимное анкетирование среди 800 (м:400, ж:400) студентов 5 вузов г.Бишкек (1-4 курс) и 200 школьников (6-11 классы) г.Ош.

Результаты:

Из опрошенных 800 студентов:

- ни разу не пробовали сигарету всего 17 студентов
- активно курят 40,5% (парней 220, девушек 104);

- пытались бросить- 54% (175 студентов)

- 430 из 800 не знают о пассивном курении;
- негативно относятся к курению- 38,1% (305 студентов)
- основная причина курения – проблемы на учебе, работе, в семье;
- 69,5% знают о последствиях курения (556 студентов);
- 352 из числа опрошенных не волнует предупреждающая надпись на пачке сигарет.

- согласно результатам анкетирования, курящие 324 из числа 800 опрошенных студентов, ежедневно тратят на сигареты около 6000-7000 сомов (за месяц – примерно 200000, за год- около 2400000 сомов).

Из 200 школьников:

- курят 27% (54 школьников)

-пыталось бросить- 31% (17 школьников);

- возраст, когда школьники начинают курить–11-14лет;
- 28% знают, что такое «пассивное» курение (56 школьников);
- негативно относятся к курению- всего 22% (44 школьников);
- основная причина курения – влияние друзей, стресс и *др.факторы**;
- 56% знают о последствиях курения (112 школьников);
- 63% от числа опрошенных учащихся не волнует предупреждающая надпись на пачке сигарет (126 школьников);
- Согласно результатам анкетирования, курящие 54 из числа 200 опрошенных школьников, ежедневно тратят на сигареты 800-950 сомов (за месяц – примерно 27000, за год- около 324000 сомов).

Среди причин, побудивших учащихся к курению, можно выделить:* ***влияние кумиров* *— 12%,* ***любопытство*** *— 17%,****« чтобы быть крутым»*** *-9%, 4% ответили –* ***« курю, сам не знаю зачем».***

УДК 616.8-615:616.711-007.55-057.857

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НА ДИНАМИКУ РАЗВИТИЯ СКОЛИОЗА У СТУДЕНТОВ ЗКГМУ ИМ. МАРАТА ОСПАНОВА

Сахиева Ж.М., Ерахметова Д.О., Байжекенов Т.Б., Алкаубаева А.К.,
науч.руководитель – к.м.н., доцентЖексенова А.Н.
Западно Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова,
г. Актобе, Республика Казахстан

Сахиева Ж.М. – студентка 3 курса 313 А группы факультета Общая медицина, zh.sakhi_13@mail.ru
Ерахметова Д.О. – студентка 3 курса 313 А группы факультета Общая медицина
Байжекенов Т.Б. - студент 3 курса 205 А группы факультета Общая медицина
Алкаубаева А.К. - студентка 3 курса 302 А группы факультета Общая медицина

Актуальность. Нарушение опорно-двигательного аппарата, в частности сколиоза у детей и подростков является распространенным заболеванием и ограничивает двигательную активность и процесс психического и соматического взаимоотношения является беспорно актуальной. При сколиозе развивается физическая неполноценность, возникают глубокие психоэмоциональные нарушения вследствие деформации позвоночного столба [1,2].

Проблема взаимоотношения психического и соматического – одна из самых сложных и неразрешенных, несмотря на продолжительный интерес специалистов в этой области. В настоящее время в Казахстане по данным (Вишнякова Н.П., 2016) сколиоз выявляется у 0,28-0,29% населения,среди них 0,48-0,52% у детей, 1,72-1,75% у подростков, а в России по данным (Щеколдиной А.А.,2015) у 4-13% детей.

Цель работы. Выявить взаимосвязь психоэмоционального состояния на динамику развития сколиоза у студентов медицинских вузов на примере ЗКГМУ имени Марата Оспанова.

Материалы и методы. В исследование было включено 428 студентов 2 курса и 419 студентов 3 курса факультета «Общая медицина» ЗКГМУ имени Марата Оспанова. Из них студентов 2 курса – 31, 3 курса –41 с установленным диагнозом сколиоз по медицинским амбулаторным картам(форма 025у). Состояние психоэмоциональной особенности у студентов изучали с помощью: метода анкетирования по Айзенку и по определению образа жизни П.Г. Воронцова. Провели психогеометрический тест Сьюзен Деллингер (определение психического типа и функциональной ассиметрии полушарий головного мозга). Полученные результаты обрабатывали в программе SAS-10.

Результаты. По данным медицинских амбулаторных карт студентов было выявлено, что с диагнозом сколиоз страдают всего - 8,5% студентов 2-3 курсов: из них 7,2% - студенты 2 курса, 9,8% - студенты 3 курса. Студенты страдающие сколизом из 2 курса составляют 74% девушек, 26% юношей и

соответсвенно 3 курс 85% девушек, 15% юношей. По анкетированию больше половины студентов, страдающих сколиозом, имеют интровертивный тип. Интроверты наибольшее значение придают явлениям внутреннего мира, они малообщительны, склонны к повышенному самоанализу, испытывают затруднения при вхождении в новую социальную среду, нонконформны и асуггестивны.

Заключение. Таким образом, студенты с интровертивным типом темперамента, ведущие сидячий образ жизни, которые учились в углубленных русских школах-гимназиях, живущие в городе более подвержены сколиозу.

Литература.

1. Ахвердиева С. М., Ахвердиева Г. М., Банколе А. В. Влияние среды на формирование опорно-двигательного аппарата учащихся средней и старшей школы // Юный ученый. — 2015. — №1. — С. 114-117.

2. Дрогомерецкий В.В., Третьяков А.А., Санин А.В. и другие. Исследование свойств личности студентов основной и специальной медицинской группы// Современные проблемы науки и образования. – 2015. - №3.

УДК 615.322.015

ВЛИЯНИЕ СУШКИ НА СОДЕРЖАНИЕ КАРОТИНОИДОВ В ПЛОДАХ РЯБИНЫ ОБЫКНОВЕННОЙ

Гусакова В.А., науч.руководитель – д.фарм.н., доцент Хасанова С.Р.
Башкирский государственный медицинский университет,
г. Уфа, Республика Башкортостан, Россия

Гусакова В.А. – студентка 4 курса фармацевтического факультета БГМУ,
e-mail: svet-khasanova.ru

Плоды рябины обыкновенной давно используются в качестве витаминного и общеукрепляющего средства. Согласно литературным данным, специфическое действие обеспечивают такие витамины, как аскорбиновая кислота, каротиноиды и флавоноиды. Для получения качественных препаратов, содержащих плоды рябины с высоким содержанием биологически активных веществ необходимо правильно собрать сырье и выбрать оптимальный режим сушки. Так как плоды рябины являются сочными плодами, поэтому выбор оптимального режима сушки сырья для сохранения всего комплекса биологически активных веществ является актуальным.

Целью исследований явился выбор оптимального режима сушки плодов рябины. Для исследования использовались плоды рябины обыкновенной, собранные в 2016 г в Уфимском районе Республики Башкортостан в период плодоношения растения. Плоды высушены с использованием 3 режимов сушки: воздушно-теневая сушка (образец 1), искусственная сушка при 60°С (образец 2) и при 90°С (образец 3). В плодах определяли содержание каротиноидов с использованием спектрофотометрической методики в пересчете на β-каротин в извлечении, полученном экстракцией плодов петролейным эфиром [1].

Содержание каротиноидов составило в образце 1 – 0,58±0,05%, в образце 2 - 0,3±0,012%, в образце 3 – 0,27±0,026%. Для определения различий между содержанием каротиноидов в образцах были рассчитаны критерии Фишера. Так, критерий Фишера эмп. между содержанием каротиноидов в образцах 2 и 3 составил 0,5. Критический критерий Фишера 2,78. Так как Fэмп.<Fкр., соответственно, различий между образцами 2 и 3 по содержанию каротиноидов нет. Fэмп. между образцами 1 и 2 составил 5,6. F кр. – 2,78. Так как Fэмп.>Fкр., следовательно, в образце 1 содержание каротиноидов достоверно больше, чем во 2 образце. Fэмп. между образцами 1 и 3 составил 10. F кр. – 2,78. Так как Fэмп.>Fкр., следовательно, в образце 1 содержание каротиноидов достоверно больше, чем во 3 образце.

Таким образом, наибольшее содержание каротиноидов наблюдается в сырье высушенном с использованием воздушно-теневой сушки. Также можно сделать вывод, что каротиноиды являются термолабильными соединениями и при повышении температуры разрушаются.

Литература:

1. Ветров, П.П. Определение содержания липофильных веществ и суммы каротиноидов в растительном сырье / П.П. Ветров, С.В. Гарная // Химико-фармацевтический журнал. – 1989, №3 – С.34-38.

УДК 612.2

РАЗРАБОТКА МЕТОДА ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕГОЧНЫХ СПАЗМАТИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)

Ахмедов Х.З., Алымкулов А.Т., науч. руководитель - д.м.н. проф. Тухватшин Р.Р.
Кыргызской Государственной Медицинской Академии имени И. К. Ахунбаева,
кафедра патофизиологии,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Ахмедов Х.З. – студент леч.факультета III-курс; e-mail: suzak_93mail.ru
Алымкулов А.Т. – студент леч.факультета III-курс

Актуальность. В структуре летальности от сердечно-сосудистых заболеваний ТЭЛА занимает третье место. Основу патогенеза составляет рефлекторный спазм легочных капиляров, что приводит к повышению давления в правых отделах сердца. В связи с тем, что к ТЭЛА чаще подвержены больные после обширных хирургических операций и с тромбозом глубоких вен нижних конечностей профилактика тромбозов путем введение тромболитиков чревато кровотечениями.

Цель исследования. Разработать методику по профилактике рефлекторного спазма легочных сосудов при тромбоэмболии легочной артерии.

Методы и материалы исследования. Для этой цели были взяты 20 кроликов массой 3.5-4кг. Кроликов разделили на две группы: контрольная и опытная. Давление в полостях сердца измеряли с помощью аппаратов «мингограф 34» , а запись на «6NEK-401», тромбоэмболию вызывали по методу Андреева (1973). Для формирования тромба подавался ток силой 4мА и частотой 300в, в течении 30 минут. Зону над яремной веной обезболивали 1% раствором лидокаина в 0.9% р-е NaCl в соотношении ¼. Наружная и внутренняя челюстные вены препарировались от окружающих тканей с последующим введением в наружную электрода с изогнутым концом на глубину 10мм, а во внутреннюю вводили полиэтиленовый катетер, который продвигался до правого желудочка. Аналогичным методом через общую сонную артерию производилась катетеризация левого отдела сердца. Катетер подключался к датчику манометра. Давление в полостях сердца записывалось до начала тромбоэмболии и после нее. Определялись: Psis п.ж.; Psis л.ж.; Pdis п.ж.; Pdis л.ж.; Pmed п.ж.; Pmed л.ж.; В опытной группе животным предварительно перед ТЭЛА вводили в/в лидокаина гидрохлорид 2мг/кг массы животных

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе после ТЭЛА: Psis п.ж. повысилось на 75±15%., Psis л.ж. понизилось на 50±10%. Pdis п.ж. повысилось на 10±3%, Pdis л.ж. осталось без видимых изменений. Pmed. п.ж. повысилось на 50±12.5%. Pmed л.ж. понизилось на 20±7%. За счет генерализованного спазма легочных сосудов произошло повышения давления в правых отделах сердца, параллельно этому приток крови к левым отделам был затруднен, вследствие чего снижалось давление в левых отделах сердца. В опытной группе: Psis п.ж. повысилось на 40±6.1%. Psis л.ж. понизилось на 23±3.5%. Pdis п.ж. повысилось на 5±1.7%. Pdis л.ж. осталось без видимых изменений. Pmed п.ж. повысилось на 20±2.7%. Pmed л.ж. понизилось на 12±1.7%. Введения лидокаина подавляло рефлекторный спазм легочных сосудов, тем самым расстройство гемодинамики было менее выражено, чем в контрольной группе.

Выводы. Установлено, что в опытной группе, у животных в результате примененной методики с введением лидокаина не наблюдалось значительного нарушения гемодинамики, за счет подавления рефлекторного спазма легочных сосудов, и гибели животных.

Литература:

1. Гайтон А.К. и соавт. «Медицинская физиология», 2008.
2. Андреев С.В., «Моделирование заболеваний», 1973.
3. Гриппи М.А. «Патофизиология легких», 2001.

СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ЯЗЫКА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПОСТУПЛЕНИЯ КАДМИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

К.А. Лескова, А.А. Никифорова, М.С. Щепанкевич, Б.И. Нурдинов
научные руководители: д.м.н., проф. С.В.Залавина, к.м.н., доц. П.А.Елясин
Новосибирский государственный медицинский университет

Г. Новосибирск, Россия
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Г.Бишкек, Кыргызстан
bai4ik.bn@gmail.com, +996777144868

Актуальность. Интенсивное развитие промышленности, транспорта, использования минеральных удобрений, количество тяжелых металлов в окружающей среде становится опасным для человека. Организмы детей и подростков более подвержены токсическому воздействию тяжёлых металлов – ослабляется рост и развитие, нарушается деятельность нервной системы, иммунной, эндокринной и других систем организма. В настоящее время все острее стоит проблема, связанная с отравлением людей тяжёлыми металлами, так как многие токсичные элементы способны накапливаться в почве, в воде, растениях, с которыми поступают в организм людей. Среди токсичных элементов одно из первых мест занимает кадмий и его соединения.

Цель работы – выявить структурные перестройки слизистой оболочке языка самцов-подростков крыс в условиях хронической субтоксической интоксикации кадмием.

Материалы и методы. Исследована слизистая оболочка языка 4-х месячных самцов-подростков крыс Wistar. Животные разделялись на 2 группы по 10 особей в каждой: 1-я гр. – интактный контроль, 2-я – животные, подвергавшиеся хронической интоксикацией сульфатом кадмия. Кадмиевая интоксикация создавалась введением раствора сульфата кадмия в пищу в дозе 0,5 мг/кг. Морфометрическое исследование проводилось методом точечного счёта на парафиновых срезах, окрашенных гематоксилин-эозином. Цифровой материал обрабатывали методом вариационной статистики. За достоверность различий принималось значение $p < 0,05$ (по t-критерию Стьюдента), вероятность различий составляла 95 %.

Результаты. Исследования показали, что слизистая нижней поверхности языка в нормальных условиях имеет роговой слой, т. е. проявляет признаки строения слизистой оболочки жевательного типа. Линия расположения ядер базального эпителия здесь имеет плавный волнообразный характер. На границе эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки формируются невысокие эпителиальные гребешки и соединительнотканные сосочки. В специализированной слизистой языка высота эпителиальных гребешков и соединительнотканных сосочков значительно больше, что создаёт более рельефный вид границе эпителия и собственной пластинке слизистой оболочки.

На дорсальной поверхности языка при введении кадмия линия расположения ядер базального слоя эпителия имеет угловатые, неправильные очертания. Форма ядер базальных эпителиоцитов вытянутая и часто неправильная. Введение сульфата кадмия приводит к формированию тенденции уменьшения площади клеток базального и шиповатого слоёв слизистой оболочки языка. Площадь зернистого слоя достоверно уменьшается на 9 %. Наблюдается значимое увеличение толщины рогового слоя в специализированной слизистой оболочке языка под влиянием накопления кадмия на 13,8 %.

Выводы. Выявленные изменения слизистой оболочки языка в условиях кадмиоза свидетельствуют об изменении соотношения площадей различных слоёв эпителиальной выстилки, а также о нарушении процессов слущивания поверхностных слоёв эпителиальных клеток, что приводит к достоверному увеличению их площади.

БЫТОВОЙ ВРЕД ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Каримов И.А., Разаков А.А., науч. руководитель – к.ф.-м.н., ст. преподаватель Аманбаева Г.М., Председатель СНО СС КГМА Нурдинов Б.И.
Кыргызская Государственная медицинская академия,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Каримов И.А. – студент 1 курса ЛД КГМА, e-mail: karimolive@yandex.ru
Разаков А.А. – студент 1 курса ЛД КГМА

XXI век – век гаджетов. Наша жизнь кардинально отличается от жизни предков. В наше время существуют множество гаджетов, которые облегчают нашу жизнь. Но каждый такой аппарат содержит в себе опасность в виде электромагнитного излучения (ЭМИ). Мы с моей командой попытаемся выяснить на сколько велик вред данной проблемысовременности.

Ход работы: Первым делом мы повторили тему электромагнитного поля из курса физики. Следом отправились в Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора для измерения мощности излучения бытовых приборов с помощью профессиональных измерителей. Большинство электроприборов показывало мощность излучения в десятки раз выше нормы. Особо стоит отметить СВЧ микроволновую печь, мобильный телефон и ночник из катушки Теслы, которые в отдельных местахдавали мощность в 200 раз больше нормы.Wi-Fiизлучение давало мощность в 20 раз ниже нормы.Отметим крайне малый радиус действия ЭМИ. При плотном контакте с девайсом измеритель показал высокую мощность излучения, и стоит только отдалить измеритель на пол метра, мощность сокращалась примерно в 100 раз.Проблему сильного излучения от смартфонов можно решить путём полной замены Мобильной сети на Wi-Fi, т.к. излучение от маршрутизатора в десятки раз ниже.

Следующим шагом мы провели анкетирование студентов 1 курса Лечебного факультета КГМА им. Ахунбаева. Все данные были зафиксированы. Оказалось, что 41,5% анкетированных студентов часто испытывают головные боли. Из них 75% засыпают возле мобильника и 65% звонят в день 5 раз и выше.Исходя из показателей счетчиков измерителей ЭМИ и анкетирования, обнаруженото, что большинство излучения исходит от мобильных телефонов, которые всегда и всюду рядом. Для того, чтобы убедиться в крайнем вреде ЭМИ, был поставлен следующий эксперимент: Были отобраны 10 лабораторных крыс одного вида и примерно одного возраста, после взяты анализы крови. 5 из них были помещены в нормальные условия жизни, а 5 других находились под влиянием ЭМИ. И те, и другие крысы хорошо питались. Через месяц взяли анализы крови. Результаты оказались следующими: Вязкость крови крыс, находящихся под влиянием ЭМИ, увеличилась. А кровь крыс, находящихся в нормальных условиях, не изменилась. Исходя из эксперимента, можно предположить сокрушительный вред ЭМИ, так как человек так же находится все время в зоне поражения.

Вывод: ЭМИ крайне вредоносна для общего здоровья человека. Необходимо ограничивать использование бытовой техники:

- Во время просмотра телевизора нужно держать достаточно большую дистанцию.
- Выходить в другую комнату, во время работы микроволновой печи.
- Держать мобильный телефон подальше от уха во время разговора.
- Переносить мобильник с собой в сумках, рюкзаках и т.д.
- Ставить телефон на ночь по дальше от себя.

Люди не могут полностью отказаться от техники, т.к. жизнь без техники в нашем веку невозможна. Поэтому и существует техника безопасности и правила эксплуатации.

Литература: Защита от электромагнитных полей / Под ред. Б. Блейк Левитт. – М.: АСТ, Астрель, 2007 г.

УДК: 573.6; 577

СОЗДАНИЕ ПРЕПАРАТОВ ФЛУРЕВИТОВ НА ОСНОВЕ НОВОЙ ГРУППЫ БИОРЕГУЛЯТОРОВ

Краснов М.С.[1,3], *Ямскова В.П.[2], Хомченко Л.И.[3], Ростовский Г.К.[3], науч. руководитель – д.х.н., проф. Ямсков И.А.[1]

[1]ФГБУН Институт элементоорганических соединений им. А.Н. Несмеянова РАН, Москва
[2]ФГБУН Институт биологии развития им. Н.К. Кольцова РАН, Москва
[3]ACLON INTERNATIONAL Inc., Торонто, Канада
E-mail: nauka@aclon.ru

Актуальность. Ранее нами была разработана концепция профилактики и восстановления организма при наиболее распространенных патологиях путем применения средств, созданных на основе новой группы биорегуляторов животного и растительного происхождения. От других молекул, участвующих в процессах регуляции, биорегуляторы данной группы отличаются своей способностью в низких дозах восстанавливать структуру и функцию в патологически измененных тканях. **Материалы и методы.** В настоящее время биорегуляторы изучаемой группы были обнаружены практически во всех тканях млекопитающих, а также в тканях растений, у беспозвоночных животных и в грибах и выделены в отдельную группу мембранотропных гомеостатических тканеспецифических биорегуляторов (МГТБ), благодаря сходству их физико-химических свойств и характера биологической активности [1,2, 3].

Биорегуляторы данной группы имеют сложный состав. Они состоят из биологически активных пептидов, получивших название регуляторных пептидов и белков, модулирующих их биологическую активность – белков-модуляторов [4]. Было показано, что в растворах МГТБ присутствуют в виде наноразмерных частиц (50-200 нм). **Результаты.** Внеклеточно локализованные МГТБ, стабилизируют межклеточные адгезионные взаимодействия, обеспечивают поддержание структурной организации межклеточного пространства в тканях, обеспечивая, тем самым, прохождение «правильного» регуляторного сигнала, в том числе и к стволовым клеткам. Было установлено, что в основе механизма действия данных биорегуляторов лежит их способность влиять на основные биологические процессы – клеточную адгезию, миграцию, дифференцировку, пролиферацию, а также активировать клеточные источники регенерации в тканях тех органов, которые являются источниками их выделения. На основе МГТБ разработаны препараты Флуревиты, представляющие собой водные растворы биорегуляторов в СМД. Флуревиты позволяют создавать целый спектр продукции, направленной на комплексное оздоровление организма на клеточном уровне, эффективную профилактику заболеваний, реабилитацию после перенесённых заболеваний, омоложение организма. Флуревиты не обладают побочным действием, не вызывают развития неблагоприятных реакций ни со стороны отдельных тканей, ни организма в целом. Их прием сочетается с применением лекарственных средств. В сельском хозяйстве Флуревиты предназначены для приготовления питьевых растворов в качестве профилактических и оздоровительных средств при различных патологиях желудочно-кишечного тракта, верхних дыхательных путей. Их прием будет способствовать уменьшению падежа, особенно, среди молодняка, улучшению пищеварения, увеличению иммунного статуса животных и птицы, т.е. вызывать развитие процессов, приводящих к значительному улучшению состояния особей. **Заключение.** Применение Флуревитов предполагает новый подход: во-первых, данные препараты инициируют процессы саморегуляции организма, стимулируют восстановление и репарацию в патологически измененных тканях; во-вторых - МТГБ присутствуют в препаратах в малых дозах, что устраняет риск возникновения побочного негативного действия и аллергических реакций практически до нуля.

Список литературы.

1. Ямсков И.А., Ямскова В.П. Фармакологические препараты нового поколения на основе ранее неизвестных биорегуляторов-гликопротеинов клеточного микроокружения // Рос. хим. ж. (ЖРХО им. Д.И. Менделеева). - 1998. - Т. 42. - №3. - С. 85-90.

2. Ямскова В.П., Краснов М.С., Ямсков И.А. Наноразмерные биорегуляторы тканей глаза млекопитающих как основа для фармакологических препаратов нового поколения // Изд. Макс Пресс. - 2009. - 82с.

3. Краснов М.С., Маргасюк Д.В., Ямсков И.А., Ямскова В.П. Действие новых регуляторных белков из растений в сверхмалых дозах // Радиационная биология и радиоэкология. - 2003. - №3. - С. 269-272.

4. Ямскова В.П., Краснов М.С., Ямсков И.А. // Новые экспериментальные и теоретические аспекты в биорегуляции. Механизм действия мембранотропных гомеостатических тканеспецифических биорегуляторов. Saarbrucken: Lambert Academic Publishing. - 2012. - p. 127.

УДК 557.122.3-057.875

СОСТОЯНИЕ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА БИОЛОГИИ И ХИМИИ

Мукашова А.С., Нурмаматова А.Б., Рахманкул Р.М.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Мукашова А.С. - ассистент каф. ФиХЛС, научный руководитель
Нурмаматова А.Б. - студентка фарм.фак. 2 курс
Рахманкул Р.М. - студент фарм.фак. 2 курс

Актуальность: Белки - наиболее важные биологические вещества живых организмов. Все белки находятся в состоянии непрерывного активного метаболизма - распада и синтеза. Белковый обмен - это распад аминокислоты, расщепление органических макромолекул и надмолекулярных структур и синтез

этих соединений. Белковый обмен занимает особое место в многообразных превращениях веществ, характерных для всех живых организмов [1]. При избытка и недостатке белков в организме возникают серьезные нарушения: замедление роста и развития, изменения в состава крови, ослабление умственной деятельности, снижение работоспособности и разные инфекционным заболеваниям и т.д.

Материалы и методы: Для исследования и изучения изменения белкового обмена были привлечены 10 студентов 3-курса,факультета -биологии и химии, которое проходило в республиканском диагностическом центре города Бишкек. Данное исследование проводилось методом SPE электрофорез на американском аппарате «BECKMAN».В основе этого метода лежит разделение белка на несколько фракции и его изучение [2].

Результаты исследование: У 40% студентов выявлена гипопротеинемия (уменьшение общего количества белка). При котором возникают разные заболевания: кахексия, нефроз, воспаления инфекции. Уменьшение общего количества белка до 30-40г/л у человека ведет к более серьезным заболеванием: цирроз печень. У остальных студентов обмен белков в норме:но при повышении а *г* возникают такие заболевания как острые инфекции, острые некрозы, острый ревматизм, нефроз, карцинома [3]. Исследование показало, что у 20% студентов повышена а *г* белка-при повышении белка (3 возникают разные заболевании: застойная желтуха, гепатит, нефроз,Р-миеломы.У 30% студентов выявлены эти признаки-при повышении у возникают такие заболевания, как хронические воспаления, хронический полиартрит, ретикулез, печени цирроза, у- миелеомы. Исследование показало 60% студентов повышенный у -глобулин (табл.).

Таблица - Результаты исследования белкового обмена у студентов КГМА

№		**Показатели**	**Контроль**	**Сезоны года**	
				осень	**весна**
1		Общий белок (г/л)	65-85	67,95±2,0	65,62±1,7
2	Белковые фракции	Альбумин (%)	58,8-69,6	54,0±1,3	53,2±0,8
		р- глобулины (%)	1,8-3,8	2,58±0,1	2,51±0,2
		а2 - глобулины (%)	3,7-13,1	11,86±0,5	12,54±0,3
		Р - глобулины (%)	8,9-13,6	12,52±0,6	12,33±0,5
		у - глобулины (%)	8,4-18,3	19,03±1,2	18,42±1,0

Вывод: В целом состояние исследуемых 10 студентов 3-курса, факультета биологии и химии, можно считать удовлетворительным. А различные заболевания, такие как инфекционные, ревматизм и другие возникают за счет разных внутренних и внешних факторов окружающей среды.

Литература:

1. Березов Т.Т., Коровкин Б.Ф. Биологическая химия. - М.: Медицина, 2012. - 704 с.

2. Учебное пособие для мед. ВУЗов /Под редакцией проф. Л.А.Даниловой. - СПб.: Сотис, 2007.- 150 с.

3. Литвицкий П.Ф. Патофизиология (I том). - М.: ГЕОТАР-медиа, 2003. – 738 с.

3. ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ

Сопуев А.А.[1], Калжикеев А.А.[2], Мырзакалыков К.И.[1], Туташев А.С.[2], Кудаяров Э.Э.[1]
[1]Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
[2]Национальный хирургический центр МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье на основе методов доказательной медицины определена эффективность профилактического дренирования брюшной полости после аппендэктомии.

Ключевые слова: профилактическое дренирование брюшной полости, аппендэктомия, рандомизированное клиническое исследование.

АППЕНДЭКТОМИЯДАН КИЙИН КУРСАК КӨҢДӨЙҮН ДРЕНАЖДООДО АЗЫРКЫ КӨЗ КАРАШТАР

Сопуев А.А.[1], Калжикеев А.А.[2], Мырзакалыков К.И.[1], Туташев А.С.[2], Кудаяров Э.Э.[1]
[1] И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы, [2] КР ССМ Улуттук хирургиялык борбору,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада далилделген медицинанын негизинде аппендэктомиядан кийин курсак көңдөйүн алдын ала дренаждоонун натыйжалуулугу аныкталды.

Негизги сөздөр: курсак көндөйүн алдын-ала дренаждоо, аппендэктомия, атайлап эмес клиникалык изилдөө.

MODERN VIEWS ON ABDOMINAL DRAINAGE AFTER APPENDECTOMY

AA Sopuev[1], AA Kalzhikeev[2], KI Myrzakalykov[1], AS Tutashev[2], EE Kudayarov[1]
[1] Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Achunbaev,
[2] National Surgical Centre MH KR,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: on the basis of evidence-based medicine methods determined the effects of prophylactic abdominal drainage after appendectomy.

Keywords: prophylactic drainage of the abdominal cavity, appendectomy, a randomized clinical trial.

Введение. Профилактическое дренирование брюшной полости (ПДБП) в течение многих десятилетий широко применяется после различных хирургических вмешательств в качестве эффективного метода профилактики осложнений в абдоминальной хирургии [7, 8, 9].

В последние годы в международном хирургическом сообществе стали предприниматься попытки по оценке эффективности ПДБП после хирургических вмешательств на органах брюшной полости на основе проведения контролируемых рандомизированных клинических исследованиях (РКИ). Несмотря на результаты проведенных исследований, которые были основаны на фактических данных и подтверждающих спорность ПДБП во многих случаях, большинство хирургов по всему миру продолжают регулярно использовать ПДБП [7, 8, 9].

Поэтому на основе методов доказательной медицины было проведено исследование с **целью** определения эффективности ПДБП после аппендэктомии путем собирания, истолкования и объединения

авторитетных, важных и практикуемых в медицине доказательств, полученных в специальных научных исследованиях.

Материал и методы исследования. На сегодняшний день опубликовано 5 РКИ, в которых была проведена оценка эффективности дренирования брюшной полости после аппендэктомии при остром аппендиците (Табл. 1).

Таблица 1 - Характеристика РКИ по оценке эффективности ПДБП при остром аппендиците

№	Автор, год	Уровень доказа-тельности	Коли-чество больных	Особенности заболевания	Продол-житель-ность дренирова-ния
1.	Magarey, 1971 [4]	2b	279	Все стадии аппендицита	Не сообщается
2.	Haller, 1971 [3]	2b	43	Перфоративный аппендицит с перитонитом	≥ 7 дн
3.	Stone, 1978 [6]	2b	113	Аппендэктомия при травме и для предполагаемого аппендицита, но не потвердившегося	≥ 5 дн
4.	Greenall, 1978 [2]	2b	103	Аппендикулярный абсцесс, воспалительный экссудат в правой подвздошной ямке	Не сообщается
5.	Dandapat, 1992 [1]	2b	86	Не сообщается	Не сообщается

Результаты исследования и обсуждение. Аппендэктомия является наиболее распространенной операцией на органах ЖКТ. Как правило она выполняется при остром аппендиците. Степень развития воспалительного процесса при остром аппендиците варьировала от катаральной формы до гангренозной и перфоративной форм. В 2-х РКИ была проведена оценка эффективности профилактического дренирования брюшной полости при остром катаральном аппендиците [4, 6]. Несмотря на то, что обе изучаемые группы больных (с дренированием и без дренирования брюшной полости) имели относительно большой размер выборки (> 90 пациентов в каждой группе), исследования были проведены без расчета источника и размера выборки и, следовательно, были отнесены к категории 2b уровня. В одном исследовании сообщалось о значительно более высокой частоте раневой инфекции у больных с послеоперационным дренированием брюшной полости при остром катаральном аппендиците [4]. В других исследованиях в обеих изучаемых группах больных (с дренированием и без дренирования брюшной полости) частота раневых и интраабдоминальных гнойных осложнений была примерно на одном уровне [6].

Возможно значение профилактического дренирования брюшной полости после аппендэктомии может возрастать при гангренозном и перфоративном аппендиците. Для этого было определено 5 РКИ с целью оценки эффективности профилактического дренирования брюшной полости при гангренозном и перфоративном аппендиците. Из-за этих же причин, отмеченных выше, уровень доказательств в данных 5 РКИ был классифицирован как 2b. Результаты показали более высокий уровень раневой инфекции у больных с дренированием брюшной полости (диапазон 43-85%), в сравнении с больными без дренирования брюшной полости (диапазон 29-54%). Отмечена неравномерность структуры интраабдоминальных гнойных осложнений в рассматриваемых РКИ. В 2-х исследованиях сообщалось о несколько более высоких уровнях интраабдоминальных гнойных осложнений у недренированных пациентов [2, 3]. В исследовании Stone H.H. с соавт. имел место более высокий уровень интраабдоминальных гнойных осложнений у дренированных пациентов [6]. В РКИ, проведенном Danadapat M.C. и Panda C. аналогичный показатель был примерно одинаков в обоих исследуемых группах [1]. Следует отметить, что развитие кишечных свищей наблюдалось только у больных с дренированием брюшной полости в 4,2 – 7,5% случаев.

Проведен мета-анализ, включивший только случаи гангренозного и перфоративного аппендицита. Четыре рандомизированных контролируемых исследования (все уровень 2b) были включены в этот мета-анализ с конечной целью оценки раневой инфекции. В 3-х РКИ была дана оценка внутрибрюшных гнойных осложнений и кишечных свищей. Исследование, проведенное Haller и соавт, было исключено из мета-анализа, вследствие того, что все исследуемые больные были педиатрического возраста, а группа детей без дренирования брюшной полости имела дополнительные дренажи в ране [3]. Анализ был рассчитан по принципу отношения шансов (ОШ). Для раневой инфекции этот

показатель был равен 1,75 (CI 0.96- 3,19). Для кишечных свищей этот показатель был равен 12.4 (CI 1.14-135) с количественным преобладанием в группе не дренированных больных. Для внутрибрюшных гнойных осложнений этот показатель был равен 1,43 (CI 0.39-5.29) без количественного преобладания ни в одной из групп.

Заключение. Только хорошо продуманные РКИ с адекватными размерами выборки могут предоставить убедительные данные по оценке эффективности профилактического дренирования брюшной полости для снижения и выявления послеоперационных осложнений при хирургических вмешательствах в брюшной полости. Учитывая отсутствие окончательного обзора в этой области, мы провели многосторонний анализ на основе фактических данных для подготовки рекомендаций по использованию ПДБП в хирургии ЖКТ [5].

Результаты анализа показали, что во многих случаях профилактическое дренирование брюшной полости после аппендэктомии бесполезно, увеличивает индекс болевых ощущений и общую стоимость лечебных мероприятий. Такие выводы соответствуют любой из фаз течения острого аппендицита: от катарального до гангренозно-перфоративного. Даже если принять во внимание гетерогенность в схемах антибиотикотерапии ПДБП не снижали послеоперационных осложнений и увеличивало вероятность возникновения кишечных свищей. Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что ПДБП следует избегать в любой стадии острого аппендицита (рекомендация степени А).

Литература:

1. Danadapat, M.C. A perforated appendix: should we drain? / M.C. Danadapat, C. Panda // *J Indian Med Assoc*. – 1992. – T.90. – P.147–148.
2. Greenall, M.J. Should you drain a perforated appendix? / M.J. Greenall, M. Evans, A.V. Pollock // *Br J Surg*. – 1978. -№65. –P.880–882.
3. Peritoneal drainage versus non-drainage for generalized peritonitis from ruptured appendicitis in children: a prospective study / [J.A. Haller et al.] //*Ann Surg*. – 1973. - №177. – P.595–600.
4. Peritoneal drainage and systemic antibiotics after appendectomy / [C.J. Magarey et al.] // *Lancet*. – 1971. - №2. – P.179–182.
5. Meakins, J.L. Innovations in surgery: the rules of evidence / J.L. Meakins // Am J Surg. – 2002. – T.183. – P.399–405.
6. Stone, H.H. Abdominal drainage following appendectomy and cholecystectomy / H.H. Stone, C.A. Hooper, W.J. Millikan // *Ann Surg*. – 1978. - №187. – P.606–612.
7. Мамакеев, М.М. Измерение скорости распространения поверхностных акустических волн в прогнозировании и диагностике течения раневого процесса / М.М. Мамакеев, А.А. Сопуев, О.А. Салибаев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2000. - №1. - С.54-55.
8. Профилактическое дренирование брюшной полости после операций на дистальных отделах ЖКТ / [Сопуев А.А. и др.] // Проблемы современной науки и образования. - 2016. - № 13 (55). - С. 129-131.
9. Особенности клиники, диагностики и лечения острого аппендицита у беременных / [Сопуев А.А. и др.] // Проблемы современной науки и образования. - 2016. - № 11 (53). - С. 121-124.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Абдуллаев Д.С., Самаков А.А., Алтынбекова А.А., Токтосопиев Ч.Н., Акматова А.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе рассматриваются вопросы диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Анализируются данные о 42 оперированных больных. Рентгенологические методы позволили диагностировать недостаточность замыкательной функции кардии у 20 (47,6%) 30 (71%) больных, эзофагоскопия - у 30 (71%). Эзофагоскопия позволила установить рефлюкс-эзофагит у 34 больных. При эзофагоскопии выявляется пролапс слизистой оболочки желудка в пищевод у 4 (9,5%) больных. Пищевод Баррета диагностирован у 3 (7%) больных. Для хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни рекомендуется эзофагофундопликация по Ниссен- Росетти.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), диагностика, лечение.

АШКАЗАНДАН КЫЗЫЛ ӨҢГӨЧКӨ РЕФЛЮКС ООРУСУНУН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООСУНУН НАТЫЙЖАСЫ

Абдуллаев Д.С., Самаков А.А., Алтынбекова А.А., Токтосопиев Ч.Н., Акматова А.Р.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул илимий иште ашказандан кызыл өңгөчкө рефлюкс оорусун дарылоо жана аныктоо ыкмалары каралат. 42 бейтаптын операциясынан анлизденген маалыматтары пайдаланган. Рентген аркылуу кардиянын жабуу милдетин аткарбоосу 20 (47,6%) 30 (71,0%) бейтаптан көрүнөт, эзофагоскопия – 30 (71,0%). Эзофагоскопияда рефлюкс 34 адамда байкалат. Эзофагоскопия аркылуу ашказандын демейдеси кызыл өңгөчкө пролапс болгондугун 4 (9,5%) бейтаптан көрүндү. Бареттин кызыл өңгөчу 3 (7,0%) оорулууда табылды. Бул ооруну дарылоо үчүн Ниссон-Росеттинин эзофагофундопликациясы сунушталынат.

Негизги сөздөр: ашказандан кызыл өңгөчкө рефлюкс оорусу, аныктоо, дарылоо.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Abdullaev D.S., Samakov A.A., Altynbekova A.A., Toktosopiev Ch.N., Akmatova A.,
I.K. Achunbaev Kyrgyz State Medical Akademy,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The paper deals with the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. Analyzed data on 42 patients operated. Radiographic techniques have allowed to diagnose deficiency of the reflex function of the cardia in 20 (47.6%) 30 (71%) patients, esophagoscopy - 30 (71%). Esophagoscopy allowed to install reflux esophagitis in 34 patients. Endoscopy revealed prolapse of the mucous membrane of the stomach into the esophagus in 4 (9.5%) patients. Barrett's esophagus was diagnosed in 3 (7%) patients. For the surgical treatment of gastroesophageal reflux disease is recommended for esophagofundoplycation by Nissen-Rosetti.

Keywords: gastroesophageal reflux disease (GERD), diagnosis, treatment.

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является наиболее распространенным заболеванием желудочно-кишечного тракта. Это заболевание существенно снижает качество жизни и наносит значительный экономический ущерб, что обусловливает ее высокую социальную значимость. Распространенность ГЭРБ в странах Западной Европы, Северной и Южной Америки составляет 10—20%, в странах Азии — 5% [1,2], распространенность ГЭРБ в Москве 23,6%, в городах России 13,3% [3].

Согласно монреальскому определению, ГЭРБ - состояние, развивающееся, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента симптомов и/или развитие осложнений [4]. Наиболее характерными симптомами ГЭРБ являются изжога и регургитация (кислая отрыжка, срыгивание пищи), а наиболее распространенным осложнением - рефлюкс-эзофагит (РЭ). Диагностика этого заболевания строится в первую очередь на выявлении и оценке жалоб больного и инструментального обследования [5].

Лечение ГЭРБ рассматривается на трех уровнях, включающих коррекцию образа жизни и питания, медикаментозную терапию и хирургические вмешательства. Цель лечебных мероприятий при ГЭРБ — купирование симптомов заболевания, улучшение качества жизни больных, лечение эзофагита, предотвращение или устранение осложнений болезни. В большинстве случаев это достигается путем проведения консервативных лечебных мероприятий. «Золотым стандартом» является лекарственная терапия ингибиторами протонной помпы (ИПП). У 30% больных, несмотря на проводимую терапию ИПП, симптомы ГЭРБ могут сохраняться и даже в некоторых наблюдениях, динамика может быть отрицательной. Таких больных принято обозначать как «не отвечающих на терапию ИПП» [6].

Хирургическое лечение эффективно устраняет симптомы болезни, имеет минимальное количество осложнений и является процедурой предотвращающей развитие рака пищевода.

Согласно рекомендаций Общества американских гастроинтестинальных и эндоскопических хирургов (SAGES) 2010 г. показаниями к хирургическому лечению ГЭРБ являются [7]:

1) отсутствие эффекта от консервативного лечения или выраженность побочных эффектов лекарственных препаратов;

2) желание больного (в связи с невозможностью ежедневно принимать препараты на протяжении всей жизни, стоимость которых может быть высокой);

3) осложненные формы эзофагита (пищевод Барретта, стриктуры, повторные кровотечения);

4) экстраэзофагеальные проявления ГЭРБ, (рефлюксная бронхиальная астма, кашель, боль в грудной клетке).

Также, согласно рекомендациям SAGES, хирургическое лечение показано при наличии параэзофагеальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (когда часть желудка внедряется сбоку от нормально расположенного пищевода), которая проявляется различной симптоматикой, в том числе симптомами ГЭРБ [8].

Главная цель антирефлюксных операций — восстановление анатомической позиции и работоспособности кардии путем механического улучшения ее функции при сохранении нормальной способности больного глотать, удерживать аэрофагию и возможности осуществлять при необходимости искусственное или самопроизвольное опорожнение желудка через рот [1].

Наиболее часто выполняются 360-градусная фундопликация по Nissen и Nissen—Rosetti, 180—270-градусная задняя парциальная и двусторонняя фундопликацию по Toupet, передняя парциальняя фундопликация по Dor (180°) и Watson (90—120°). В целом эффективность таких вмешательств около 90% в течение 3 лет наблюдения и около 67% в течение 7 лет [7].

Toupet в 1963 г. и Dor в 1968 г. предложили варианты так называемых парциальных (частичных) фундопликаций со смещением дна желудка кпереди (Dor) или кзади (Toupet) от пищевода с формированием манжетки на половину его окружности (180°). Позднее были представлены методики окутывания пищевода на 270° симметрично передней и задней стенками дна желудка, получившая название двусторонней фундопликации по Toupet, и окутывания задней стенкой желудка на 210°, называемая задней фундопликацией по Toupet . Методики частичных передних фундопликаций с охватом пищевода на 90—120° получили наименование фундопликаций по Watson [9].

В последнее время широкое распространение получил лапароскопический доступ. Данные метаанализов убедительно доказывают превосходство лапароскопических методик в виде меньшей частоты ранних послеоперационных осложнений и более короткого периода восстановления. Однако стоит отметить, что при лапароскопическом варианте частота повторных операций в ближайшие сроки после хирургического вмешательства несколько выше. Согласно международным консенсусным рекомендациям, выполнение лапароскопической фундопликации является предпочтительным [10].

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения ГЭРБ.

Материал и методы исследования Классификация ГЭРБ. Различают две формы ГЭРБ: эндоскопически-негативная рефлюксная болезнь, или неэрозивная рефлюксная болезнь. На её долю приходится около 60% случаев заболевания. Диагностика при неэрозивной форме ГЭРБ в большинстве случаев не сложна. Косвенными признаками патологического рефлюкса считаются: пролапс слизистой оболочки желудка в пищевод, особенно при рвоте; истинное укорочение пищевода с расположением пищеводно-желудочного перехода существенно выше диафрагмы; заброс желудочно-дуоденального содержимого в пищевод. Вместе с тем неэрозивная форма ГЭРБ наиболее часто сопровождается внепищеводными проявлениями заболевания. Среди внепищеводных проявлений ГЭРБ выделяют ротоглоточные, респираторные, псевдокардиальные и кардиальные симптомы и синдромы.

Также выделяют эрозивную рефлюксную болезнь, сопровождающуюся РЭ или воспалительно-декструктивными поражениями слизистой оболочки пищевода, и пищевод Барретта (метаплазия многослойного плоского эпителия пищевода в его дистальном отделе на циллиндрический).

Методы диагностики ГЭРБ: Клинические проявления. Основным симптомом у всех больных является изжога и боль за грудиной – это ощущение дискомфорта или чувства жжения за грудиной, распространяющегося кверху от эпигастральной области по ходу пищевода, так или иначе связанное с забросом желудочного содержимого в пищевод. К другим симптомам ГЭРБ относятся отрыжка, срыгивание, дисфагия, одинофагия, ощущение кома в горле, жжение языка, боль в надчревной области после еды, усиливающаяся при наклонах.

Полипозиционное рентгенологическое исследование пищевода, которое выявляет грыжу пищеводного отверстия диафрагмы, эрозии, язвы, стриктуры пищевода. Для выявления ГЭР больному предлагают в вертикальном положении выпить порцию контрастной массы и после эвакуации бариевой взвеси из пищевода в желудок занять горизонтальное положение.

Эндоскопическое исследование пищевода позволяет уточнить диагноз путем оценки состояния слизистой оболочки, выявление воспалительных изменений пищевода, эрозии, язвы, определения границы слизистой оболочки пищевода и желудка; наличие "второго входа" в желудок; зияние или неполное смыкание кардии; транскардиальные миграции (пролапс) слизистой оболочки; ГЭР; признаки грыжевого гастрита и РЭ; наличие контрактильного кольца (Шацкого); наличие очагов эктопии эпителия, стриктуры пищевода, пищевод Барретта.

Эзофагоманометрия. Измерение давления в пищеводе, производится с помощью специальных баллонных зондов. В норме давление в зоне глоточно-пищеводного сфинктера составляет 20-65 мм рт ст, в зоне нижнего пищеводного сфинктера – 10-30 мм рт ст.

Следующим методом диагностики ГЭРБ служит pH-метрия. Результаты оценивают: по общему времени, в течение которого pH в пищеводе не превышает 4,0; количеству рефлюксов в сутки; количеству рефлюксов продолжительностью более 5 мин; наибольшей длительности рефлюкса. Чувствительность метода составляет 88-95%.

При *УЗИ* пищевода определяли следующие показатели: длину абдоминального отдела пищевода (норма до 20 мм);- наружный диаметр абдоминального отдела пищевода (норма 10,5 мм); отношение абдоминального отдела пищевода к диафрагме и ножкам диафрагмы; величину угла гастроэзофагеального перехода. Также оценивали структуру стенки абдоминального отдела пищевода по слоям; визуализировали проксимальные отделы пищевода при нарушении перистальтической активности пищевода; - визуализировали ГЭР при заполнении желудка жидкостью.

Кроме того, УЗИ желудка выполняли для выявления остатков жидкости и пищи в полости желудка в качестве объективного признака замедления эвакуации содержимого из органа и по двенадцатиперстной кишке. На втором этапе УЗИ желудка, которое осуществляли после заполнения последнего жидкостью, определяли: - структуру зоны пилорического жома; - перистальтическую активность желудка и двенадцатиперстной кишки (частоту, скорость и амплитуду перистальтической волны); - период полувыведения содержимого желудка.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости позволяет выявить сопутствующую патологию других органов брюшной полости.

Результаты исследования и обсуждение. Приводим результаты хирургического лечения 42 больных ГЭРБ, оперированных в Национальном хирургическом центре МХ КР за последние 10 лет. Среди наблюдавшихся 42 больных мужчин было 24 (57%), женщин – 18 (43%). Большинство пациентов 36 (86%) чел. находились в наиболее работоспособном возрасте.

Клиническая картина ГЭРБ была обусловлена ГЭР и его осложнениями. Основной жалобой являлась боль у 37 чел. (88%), которая наиболее часто локализовалась в эпигастральной области и под мечевидным отростком. Загрудинные боли у большинства встречались при наличии у них тяжелых форм РЭ у 5(11,9%) чел. Наиболее специфичным симптомом ГЭРБ была изжога, выявленная у 29 чел. (69%), чаще появляющаяся после переедания, приема большого количества сладостей, пряностей или острых блюд, реже натощак. Отрыжка и срыгивание выявлены у 23 чел. (54%), из них отрыжка только воздухом у 15 чел. (35,7%), воздухом и пищей у 7 пациентов (16,7%). У двух (5%) больных наблюдали аэрофагию, 4 чел.(9,5%) страдали “симптомом шнурков”, проявляющимся вытеканием пищи из желудка в рот при наклонах туловища вперед. Ночная регургитация пищи из желудка в рот - “симптом мокрой подушки” - выявлена только у одного чел. (2,4%). Жалобы на дисфагию предъявил 3 чел.(7%). Ларингеальная и пульмональная симптоматика выявлена у 5 (11,9%) больных страдающих “симптомами шнурков” и (или) “мокрой подушки”. Проявления этого - периодическая осиплость голоса после ожога глотки и гортани кислым желудочным содержимым, частые обострения хронического бронхита и пневмонии, обусловленные частичной регургитацией содержимого желудка в дыхательные пути. Пять человек (11,9%) отмечали боли в области сердца.

Рентгенологический метод позволил диагностировать недостаточность замыкательной функции кардии (НЗФК) у 20 (47,6%) больных, имевших ее клинические проявления. Рентгенологическое определение ГЭР в вертикальном положении указывало на более выраженную НЗФК. Считали, что притупление угла Гиса, по рентгенологическим данным, может служить косвенным диагностическим признаком НЗФК и ГПОД. Рентгенологическое исследование позволило выявить наличие рефлюкс-эзофагита лишь у 24% больных.

При эзофагоскопии РЭ обнаружен у 34 (81 %) больных. НЗФК обнаружена у 30 (71,1%) больных. У 19 (45 %) больных был выявлен катаральный РЭ, у 8 (19 %) - эрозивный, у 5 (12%) - язвенный и у 2 (5%) пациентов - стенозирующий РЭ. Тяжесть течения РЭ не имела прямой зависимости

от давности заболевания. Пролапс слизистой оболочки желудка в пищевод определяется при отсутствии ГПОД у 4 ((9,5%) больных.

Гистологическое исследование во время эзофагоскопии выполнили 10 (23%) больным с подозрением на метаплазию эпителия пищевода и злокачественный процесс в стенке пищевода. Во всех исследуемых материалах отмечалось отсутствие атипичных клеток, в тканях определялось хроническое воспаление, иногда встречались участки грануляционной ткани, фибринозного некроза, инфильтрированные лейкоцитами. В одном препарате в покровном эпителии были явления паракератоза и незначительного акантоза. В трех (7%) наблюдениях имелась метаплазия эпителия пищевода по желудочному и кишечному типу, классифицированная нами как пищевод Баррета.

Всем 42 больным, производили зофагофундопликацию по Nissen и Nissen—Rosetti. После мобилизации пищеводно-желудочного перехода и создания позади пищеводного окна оценивали размер грыжевых ворот для выполнения крурорафии. Последнюю стремились проводить во всех случаях при наличии ГПОД. Противопоказанием для ее проведения считали наличие короткого пищевода. Диафрагмальные ножки сшивали нерассасывающимся шовным материалом. С помощью турникета пищевод максимально низводили в брюшную полость. Фундопликационную манжетку фиксировали узловыми швами, с обязательным захватом в шов стенки пищевода. Длина манжетки должна составлять не менее 5 см, что, как правило, требовало наложения 4—5 швов. При методике Nissen всегда пересекаются один-два коротких желудочных сосуда. В последнее время мы применяем метод Nissen—Rosetti без пересечения коротких артерий желудка, что уменьшает риск кровотечения в послеоперационном периоде.

В ближайшем послеоперационном периоде легкая дисфагия возникла у 9 (21%) чел. Однако во всех случаях дисфагия носила транзиторный характер и проходила без каких-либо дополнительных назначений или манипуляций в среднем в течение 7 дней. Релапаратомия была произведена у одного (2,3%) чел. из-за прорезывания швов фундопликационной манжетки. После наложения П-образных серозно-мышечных швов на стенку желудка и санации брюшной полости наступило выздоровление.

Отдаленные результаты от 3 года изучены у 20 больных. У 18 (90%) из них были получены отличные и хорошие отдаленные результаты по Visic. У них отсутствовали жалобы, характерные для ГЭРБ, барьерная функция кардии во всех случаях была состоятельной, о чем свидетельствовали данные pH-метрии, эндоскопии и рентгенологического исследования. Лишь у 2 (10%) чел. был отмечен РЭ легкой степени.

Заключение. Таким образом, в настоящее время ГЭРБ является одной из наиболее часто встречающихся патологий. Использование современных инструментальных методов диагностики и возможность применения антирефлюксных хирургических способов позволяют добиваться значительных успехов в лечении этого распространенного заболевания, а также в профилактике его осложнений.

Литература.

1.Кубышкин, В.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / В.А. Кубышкин, Б.С. Корняк. - М., 1999. – 208 с.

2. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: A systematic review / [J. Dent et al.] // Gut. - 2005. - Vol. 54. - P. 710-717.

3. Результаты многоцентрового исследования «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ) / [Лазебник Л.Б. и др.] // Тер арх. – 2011. - №1.- С. 45-50.

4. The Monreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus / [N. Vakil et al.] // Am. J. Gastroenterol. - 2006. - Vol. 101. - P. 1900-1920.

5. Васильев, Ю.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Ю.В. Васильев // Избранные главы клинической гастроэнтерологии. – М.: Анахарсис, 2005. - С. 7-30.

6. El-Serag, H. Systematic review: persistent reflux symptoms on proton pump inhibitor therapy in primary care and community studies / H. El-Serag, A. Becher, R. Jones // Aliment Pharmacol Ther. – 2010. - №32. – P. 720-737.

7. Guidelines for surgical treatment of gastroesophageal reflux disease / [D. Stefanidis et al.] // Surg Endosc. – 2010. – Vol. 24, №11. – P. 2647-2669.

8. Guidelines for the management of hiatal hernia / [Q.P. Kohn et al.] // Surg Endosc. - 2013. - №27. – P. 4409-4428.

9. Пучков, К.В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / К.В. Пучков, В.Б. Филимонов. – М.: Медпрактика, 2003. – 172 с.

10. Петров, Д.Ю. Хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Д.Ю. Петров, А.В. Смирнов // Хирургия. - 2014. - №7. - С. 89-95.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Акешов А.Ж., Макамбай кызы А.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. Ахунбаева И.К.,
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: целью работы явилось улучшение результатов лечения больных альвеококкозом печени. В обследовании использовали лабораторные и инструментальные методы обследования. Наблюдали 59 больных альвеококкозом, у 3 процесс признан неоперабельным, у 19 выполнены радикальные, а у 37 условно-радикальные операции с криодеструкцией оставленного очага альвеококкоза. Послеоперационный период протекал благоприятно. При выписке назначено 3 курса химиотерапии альбендазолом 400 мг по 28 дней с интервалом 14 дней для профилактики рецидива болезни. В сроки от 6 месяцев до 2 лет обследовано 29 пациентов из 37 оперированных условно-радикальным методом, у 12 - при обследовании выявлен очаг с четкими контурами, у 8- без изменений, у 9 - очаг уменьшился в размере, ни у одного не выявлено прогрессирования процесса. Повторно оперировано 11 больных: у 9 вылущен очаг поражения, а у 2 часть узла, который не представлялось возможным удалить, обработан жидким азотом. Послеоперационный период протекал без осложнений. Полученные результаты подтверждают эффективность использования криодеструкции при условно-радикальных операциях. Из 3 больных с неоперабельной формой умер 1 больной.

Ключевые слова: печень, радикальные и условно-радикальные операции, альвеококкоз, оперативное лечение, криодеструкция, химиотерапия, жидкий азот.

БООРДУН АЛЬВЕОКККОЗУНА ОПЕРАЦИЯ ЖАСОО МЕТОДДОРУН ЖАКШЫРТУУ

Акешов А.Ж., Макамбай кызы А.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, жалпы практикадагы хирургия комбустиология курсу менен кафедрасы (каф.башчысы, м.и.д., проф. А. И. Мусаев).

Корутунду: Иштин максаты болуп боордун альвеококкозун дарылоонун жыйынтыктарын жакшыртуу эсептелинет. Изилдөөдө лабораторлук жана инструменталдык методдор колдонулду. Альвеококкоз менен ооруган 59 оорулуу байкоодон өткөрүлдү, алардын үчөөндө неоперабел, 19унда радикалдык, альвеококкоздун калдыктарын криодеструкциялоо менен 37синде шарттуу радикалдык процесси байкалды. Операциядан кийинки мезгил жакшы өттү. Ооруканадан чыгып жатканда оорунун рецидивнин алдын алуу үчүн альбендазол 400 мг химиотерапия курсу 28 күнгө 3 курс жазылып берилди. 37 жарым-радикалдуу операция жасалганган бейтаптын ичинен 29 бейтап 6 айдан 2 жылга чейинки мөөнөттөгү текшерүүдөн өткөрүлдү, текшерүү учурунда 12 бейтапта - так контур менен очогу аныкталды, 8 бейтапта - өзгөрүү жок, 9унда – очогдун көлөмү кичирейген, биринде да прогрессирленген процесс аныкталган жок. 11 оорулууга кайтадан операция жасалды, 9унда жабыркоо очогу чыкты, ал эми экөөндө суюк азот менен тазалап кетирүү мүмкүнчүлүгү берилди. Протекалбез кабылдоосунун операциядан кийинки мезгили. Алынган жыйынтыктар шарттуу-радикалдык операцияларда криодеструкцияны колдонуу натыйжалуу болорун тастыктайт.

Бир оорулуу (1.6%) полиоргандык жетишпестиктен улам каза болду.

Негизги сөздөр: боор, радикалдык жана шарттуу-радикалдык операциялар, альвеококкоз, операциялык дарылоо, криодеструкция, химиотерапия, суюк азот.

IMPROVED METHODS OF SURGICAL INTERVENTION FOR LIVER ALVEOCOCCOSIS

Akeshov A.J., Makambay k. A.
Kyrgyz State Medical Academy named after Akhunbaev I.K.,
Department of surgery of general practice with course of combustiology,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: the aim of this work was to improve the results of treatment of liver alveococcosis. The survey used laboratory and instrumental methods of examination. Observed 59 patients with alveococcosis, 3 the process is recognized as inoperable, 19 made radical and conditionally radical 37 with cryodestruction of the left foci alveococcosis. The postoperative course was favorable. At discharge given 3 courses of chemotherapy with albendazole 400 mg for 28 days to prevent recurrence of the disease. In terms from 6 months to 2 years study included 29 patients from 37, 12 - the examination revealed a lesion with clear contours, at 8 - no change 9 - the lesion decreased in size, neither not detected a progression of the process. Repeated operations were performed in 11 patients, 9 veluwen the lesion, and at 2 a part of the site which was not possible to remove the treated with liquid nitrogen. The postoperative period was uneventful. The obtained results confirm the effectiveness of the use of cryodestruction in conditionally radical operations. One patientdied from multiple organ failure.

Key words: liver, radical and conditionally radical surgery, alveolar hydatid disease, surgical treatment, cryotherapy, chemotherapy, liquid nitrogen.

Введение. Альвеококкоз – тяжелое паразитарное заболевание человека, которое характеризуется длительным течением и образованием паразитарных узлов в печени. Особенности роста паразитарного узла в печени, его способность инфильтрировать в окружающие ткани, прорастать в жизненно важные образования печени и соседние органы, давать метастазы в легкие и мозг, что дает основание сравнивать это заболевание со злокачественными опухолями [2]. Бессимптомное течение альвеококкоза приводит к поздним срокам обращения пациентов, уже с различными осложнениями, диагностика и лечение которых сложна [6, 7].

Основным методом лечения является хирургический и чаще всего он сочетается с химиотерапией [3]. К сожалению, радикальную операциювозможно выполнить не более чем у 25-30% больных. Наибольший удельный вес занимают условно-радикальные, но после них наблюдаются рецидивы в 10-15% случаев [1, 4]. Все исследователи отмечают необходимость сочетать условно-радикальные операции с химиотерапией и тогда при стабилизации процесса можно выполнить повторную операцию[5], а другие авторы при условно-радикальных операциях используют криодеструкцию [4].

Цель - Улучшить результаты лечения альвеококкоза печени.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 59 больных. Мужчин было 31(52%), женщин 28(48%), в возрасте от 21 до 62 лет, с давностью заболевания от 3-х месяцев до 2 лет. В обследовании были применены общепринятые лабораторные методы (общий анализ крови и мочи, почечно-печеночные тесты) и инструментальные методы исследования (УЗИ внутренних органов, КТ органов брюшной полости, обзорная рентгенография органов грудной клетки).

У 3-х больных(5%) на этапе обследования выявлено центральноепоражение с прорастанием в ворота печени, они признаны неоперабельными и им назначен курс химиотерапии альбендазолом400 мг по 28 дней с интервалом 14 дней и постоянное наблюдение. В 19 случаях (32%) было локальное поражение сегментарного или долевого характера без вовлечения в процесс ворот печени, а у остальных 37-х больных (63%) патологический очаг занимал правую или левую доли с прорастанием в ворота печени, им произведены условно-радикальные операции, которые проводились в сочетании с криодеструкциейткани хладагентом (жидкий азот). Участки узлов, которые не представлялось возможным удалить, толщиной около 3-4 см были подвержены обработке жидким азотом - криодеструктором (криоиней КИ-401). По данным некоторых авторов при воздействии жидкого азота на ткань от поверхности воздействия в глубину до 3-4 см теряется около 40º С при первоначальной температуре в -180ºС, которое в свою очередь приводит к 100% гибели паразита.

Во всех случаях в послеоперационном периоде больным назначалась химиотерапия альбендазолом 400 мг по 1 таблетке 1 раз в день после еды 28 дней с интервалом 14 дней, 3 курса.

Результаты и их обсуждение. Трем больным (5%) с неоперабельным случаем назначено 3 курса Альбендазола. 56 больных были подготовлены к предстоящей операции. Всем больным за 3 дня до

операции назначали инфузионную терапию, а в предоперационном периоде за 30 минут до операции выполняли периоперационную антибиотикопрофилактику Цефазолином 1.0 внутривенно. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом. Радикальные резекции произведены у 19(32%)больных. Это правосторонняя- 9 чел.(47%) и левосторонняя-5 чел. (26%) гемигепатэктомии, а у 5 (26%) сегментарная резекция печени. Во время радикальных операций кровопотеря в среднем составляла около 500 мл±50.0 мл.У остальных 37 (63%) пациентов условно-радикальные операции проводились в сочетании с криодеструкцией хладагентом (жидкий азот). Во время условно-радикальных операций с использованием криодеструкции кровопотеря составляла около 250±50,0 мл. В послеоперационном периоде проводились все необходимые мероприятия для предупреждения воспалительных осложнений (цефалоспорины III поколения-Цефтриаксон 1,0 внутривенно, 2 раза в день, Метрид 100.0 внутривенно, 2 раза в день) 3 дня, гемотрансфузия по показаниям, контролировали биохимические показатели функционального состояния печени в ранний послеоперационный период уровень билирубина составил от 14.6 до 18.2 ммоль/л.Выполняли инфузионную терапию с включением гепатотропных средств (Гептрал, Эссенциале, комплекс витаминов). Состояние постепенно улучшалось, и они были выписаны в удовлетворительном состоянии и им назначено 3 курса Альбендазола. Среднее пребывание больных в стационаре составило 14 койко-дней.

Отдаленные результаты изучены в сроки от6 месяцев до 2 лет при обследовании на УЗИ внутренних органов и КТ печени. У трех больных с центральным расположением альвеококкоза, которые были признаны неоперабельными, дальнейшего роста не наблюдалось, рекомендовано продолжить лечение альбендазолом, а одна больная умерла от полиорганной недостаточности.

Из 37 человек, которым были выполнены условно-радикальные операции, обследовано 29 чел. и при УЗИ внутренних органов установлено: у 12- оставленный очаг альвекоккоза с четкими контурами, у 9- очаг уменьшился в размере, у 8- остался на том же уровне и ни у одного не выявлено прогрессирования процесса.

У 11 очаг признан операбельным, и они были повторно оперированы тоже с использованием криодеструкции, во всех случаях очаги поражения альвеококкозом имели четкие границы, они были удалены путем вылущивания, ложе коагулировано. В 2-х случаях часть узла у ворот печени оставались, которые были обработаны жидким азотом. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом наши наблюдения показали, что применение криодеструкции в сочетании с химиотерапией Альбендазолом, повышают эффективность условно-радикальных операций.

Однако, для окончательных выводов о целесообразности методики лечения альвеококкоза необходимо продолжить наблюдение за этой группой больных и продолжить накопление клинического материала.

Литература:

1. Альперович Б.И. Осложнения после резекции печени // Хирургия. - 1995. - №6. – С. 41-43.
2. Альперович Б.И. «Радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе печени» //Анналы хирургической гепатологии. – 1996. - Том 1, №1. – С. 31-36.
3. БорсуковА.В. Миниинвазивная склеротерапия 96%- этанолом единичных метастазов и неосложненных кист печени // Анналы хирургической гепатологиию. - 2004. – Том 9, №1. - С. 79-88.
4. Джоробеков А.Д. Совершенствование хирургической тактики и техники оперативных вмешательств, при альвеококкозе печени // Хирургия Кыргызстана – 2007. - №2. – С. 111-114.
5. Журавлев В.А. Повторные радикальные операции у так называемых «неоперабельных» больных альвеококкозом печени //Анналы хирургической гепатологии. - 2000. – Том 5, №2. – С. 11-18.
6. Оморов Р.А. Альвеококкоз, диагностика, лечение, профилактика. - Бишкек: ExpressPrint, 2009. – 233 с.
7. Пышкин С.А. Хирургическое лечение альвеококкоза печени // Актуальные проблемы хирургической гепатологии, сб. материалов XIX международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Иркутск, 2012. – С. 95-96.

ДРЕНИРОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРВИЧНОМ МЕДИАСТИНИТЕ

Ашиналиев А.А., Степанчук И.В., Бейшеналиев А.С., Жолдошева Ч.А.
КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье приводятся анализ результатов оперативного лечения 46 больных с острым гнойным медиастинитом. 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.

КУРЧ ИРИҢДҮҮ БАШТАПКЫ МЕДИАСТЕНИТТЕ СРЕДОСТЕНИЯНЫ ДРЕНАЖДОО

Ашиналиев А.А., Степанчук И.В., Бейшеналиев А.С., Жолдошева Ч.А.
И.К. Ахунбаев атындагы КММА, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада кызыл өңгөчтүн жат нерседен жаракат алуусунан келип чыккан курч ириңдүү медиастенити менен жабыркаган 46 бейтапты оперативдүү дарылоонун анализдеринин жыйынтыгы берилет. Бул жагдайда хирургиялык дарылоо негизги болуп саналат жана средостенияны түтүктөр аркылуу герметикалык дренирлөө менен средостенияга инфекция жугузуучу шилекейдин же аш казандагы агрессивдүү заттардын тынымсыз келип туруусун токтотуу болуп саналат.
Негизги сөздөр:медиастенит, кызыл өңгөч, средостение, хирургия.

DRAINING OF MEDIASTINIUM IN INITIAL ACUTE PURULENT MEDIASTINITIS

Ashinaliev A.A., Stepanchuk I.V., Beyshinaliev A.S., Djoldosheva Ch.A.
KSMA named after I.K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: 46 patients operative treatment results analysis with acute purulent mediastinitis is given in the article. Surgical treatment is main and it consists of hermetic draining of mediastinum by tubes and exception of constant coming of infected saliva or aggressive gastric contents into mediastinum.
Key words: 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-резаные и огнестрельные ранения груди. Еще 23-30 лет назад наиболее частой причиной возникновения медиастинита было повреждение пищевода металлическим проводником эзофагоскопа. 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).

Таблица1 - 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 эндотрахеальнымнаркозом 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 27 - 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.

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.

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

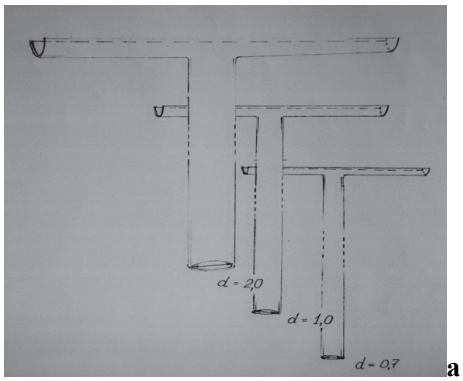
Показаниями к хирургическому лечению были: ранения пищевода, инструментальные, гидравлические, спонтанные его разрывы с образованием дефекта стенки пищевода более 0,5см и ложного хода в средостении более 2 см длиной, повреждением медиастинальной плевры, трахеи, сосудов шеи и средостения, развитием гнойных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

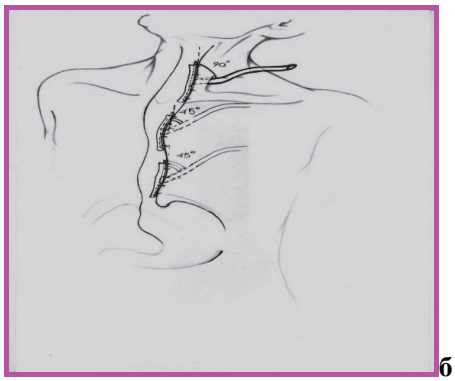
При больших дефектах пищевода различной локализации до 2000 года мы ушивали обычными узловыми швами, а иногда, при установлении этого диагноза, обходились наложением лишь гастростомы по Кадеру и дренированием плевральной полости. В случаях оперативного ушивания дефекта пищевода возникала несостоятельность 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 12 - ти больных. Диаметр трубок был от 0,5 до 2,0см. (Рис.1а).

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. 1б). 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 90^0 дренирование пищевода. O.A. Abbottet. al., M.W. Harrisonet. 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.



а



б

Рис. 1а, 1б. 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 трубкув просвет пищеводаи 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. 1б).

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.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 3-4 см 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 45^0 в 4-м межреберье по передней аксилярной 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.

Выводы.

1. Хирургическое лечение является основным и заключается в герметичном дренировании средостения трубками с последующим длительным промыванием полости растворами антисептиков и активной аспирации.

2. У больных с гнойным медиастинитом, вызванном перфорацией пищевода, важной задачей хирургического вмешательства является исключение постоянного поступления в средостение инфицированной слюны или агрессивного желудочного содержимого. Для решения этой задачи использовали ушивание дефекта пищевода модифицированной Т-образной трубкой, применение которой позволяет избежать второго этапа хирургического лечения для создания герметичности и непрерывности пищевода.

Литература:

1. Благитко Е.М., Чикинев Ю.В., Маданбеков Н.К. Клинико-рентгенологическая характеристика больных при инструментальной перфорации пищевода после бужирования пищевода // Сибирский консилиум.- 2005.- № 6.- С. 42-44.

2. Бобров В.М., Лысенко В.А., Шушков П.В., Баданов В.А. Повреждения пищевода, вызванные инородными телами или инструментами // Вестник оториноларингологии.- 2005.- № 2.- С. 55-57.

3. Карандашов В.И., Шейнберг В.М., Абакумов М.М. Особенности клиники и лечения одонтогенных гнойных медиастинитов // Стоматология. – 1996.- № 1.- С. 45-46.

4. Колкин Я.Г., Вечерко В.Н., Паниотов А.П. Лечение медиастинита // Хирургия.- 2003.- № 3.- С. 44-46.

5. Коробейников А.С., Варданян А.С., Маданбеков Н.К. Тактика ведения больных при гнойных медиастинитах // Авиценна-2006: Материалы ежегодной конкурс-конференции студентов и молодых ученых.- Новосибирск, 2006.- С. 556-557.

6. Коровин А.Я., Маскин С.С., Марченко Н.В. Тактика лечения генерализованной инфекции при гнойном медиастините // 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: Автореф. дис. … канд. мед. наук.- Новосибирск, 2006.- 23 с.

8. Мустафин Д.Г., Проскурин А.И., Харитонов Д.А. Осложнения, вызванные инородными телами пищевода // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.- 2006.- № 2.- С. 44-47.
9. Перепелицын В.Н., Огородников М.А. Ранняя диагностика и комплексное лечение острого гнойного медиастинита // Материалы 3 конгресса ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова.- М., 2007.- С. 121-122.
10. Слесаренко С.С., Агапов В.В. Прелатов В.А. Медиастинит.- М., 2005.- 211 с.
11. Balkan M.E., Oktar G.L., Oktar M.A. Descending necrotizing mediastinitis: a case report and review of the literature // Int. Surg.- 2001.- Vol. 86, N. 1.- P. 62-66.
12. Pappa H., Jones D.C. Mediastinitis from odontogenic infection. A case report // Br. Dent. J.- 2005.- Vol. 198, N. 9.- P. 547-548.

МЕТОД ОДНОМОМЕНТНОГО ДВОЙНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ибраимов Д.С., Воробьев Н.А.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Наблюдали 54 больных с псевдокистами поджелудочной железы, у 43 выполнено традиционное оперативное лечение, из 43 у 31 наложен цистогастроанастомоз, у 4 цистоеюноанастомоз с наружным назогастральным дренированием, а у 8 только наружное дренирование псевдокисты. Осложнение возникли у 6 пациентов (11,1%), (остаточная полость-1, цистодигистивный рефлюкс-1, рецидив-1, воспаление носовых ходов и ротоглотки-3), и 11 больным наружное дренирование выполнено по усовершенствованной нами методике в сочетании с одномоментным двойным внутренним, осложнений не наблюдали.

Ключевые слова: поджелудочная железа, псевдокисты, ультразвуковое исследование, оперативное лечение, осложнения.

УЙКУ БЕЗДИН ЫЙЛАКЧАСЫН БИР УЧУРДА КОШ ТҮТҮКЧӨ АРКЫЛУУ САРЫКТЫРМАЛОО ЫКМАСЫ

Ибраимов Д.С., Воробьев Н.А.
И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Жалпы хирургия комбустиология курсу менен кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Биздин көзөмөлүбүздө 54 бейтап уйку бездин ыйлакчасы менен болду, 43 бейтапка мурунку колдолунуп жургөн хирургиялык дарылоо ыкмалары, анын ичинен 31 бейтапка цистогастроанастомоз, ашказан көндөйчөсү аркылуу сарыктырмалануучу цистоеюноанастомозу жана 8 оорулуга ыйлакчаны жөнөкөй сарыктырмалоо ыкмалары колдонулду. Дарттын өтүшүп кетүүсү 6 бейтапта (көндөйчөнүн калдыгы-1, цистодигистивдик рефлюксу-1, дарттын кайталанма түрү-1, операциядан кийинки кабылдоосу-3) байкалды. 11 бейтапка биз өздөштүргөн ыйлакчаны бир учурда кош сарыктырмалоо ыкмасы колдонулду, дартын өтүшүп кетүү белгилери байкалган жок.

Негизги сөздөр: Уйку бези, ыйлакчалар, ультрадобуштуу изилдөөлөр, операция жолу менен дарылоо, дарттын өтүшүп кетүүсү.

THE METHOD OF SIMULTANEOUS DUAL DRAINAGE WITH PANCREATIC PSEUDOCYSTS

Ibraimov D.S., Vorobyev N.A.
Kyrgyz State medical academy, Department of general surgery with the course of combustiology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: 54 were observed in patients with pancreatic pseudocysts, 43 holds the traditional surgery, in 31 of 43 tsistogastroanastomoz applied in 4 tsistoeyunoanastomoz with outer nasogastric drainage, and 8

show only the external pseudocyst drainage. Complication occurred in 6 patients (11.1%), (residual cavity-1 tsistodigistivny reflux-1-one relapse, inflammation of the nasal passages and the oropharyngeal-3) and 11 patients fulfilled by external drainage improved our procedure in combination with momentary dual internal, complications were not observed.

Key words: pancreas, pseudocyst, ultrasound, surgery, complications.

Введение. Несмотря на свой более чем 100 летний период изучения, проблема диагностики и хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы, и в наши дни остается предметом многочисленных исследований. Кистозные поражения поджелудочной железы не являются редкостью в абдоминальной хирургии [1,2,3], причины их возникновения многообразны, но наиболее часто они формируются после перенесенного острого панкреатита, в результате хронического воспалительного процесса поджелудочной железы, а также после травм [4,5,6].

Ранее диагностика псевдокист была сложна, но с появлением УЗИ значительно улучшилось выявление кист, а использование КТ, МРТ дают возможность определить не только размеры и локализацию кист, но и их отношение к окружающим тканям, сосудам [7,8,9,10]. Диагностирование сформированных псевдокист поджелудочной железы служит абсолютным показанием к хирургическому лечению из-за возможности развития большого числа осложнений.

Лечение псевдокист только оперативное, при применении медикаментозных средств рассасывание кист не наступает [11,12]. Операции по поводу псевдокист поджелудочной железы относятся к разряду сложных вмешательств, поскольку кисты изначально представляет собой «полость распада» в сальниковой сумке, границами которой являются воспаленные стенки окружающих органов. В этом плане применяются наружное и внутреннее дренирование кист, радикальные операции (энуклеации кисты, резекции поджелудочной железы с кистой); эндоскопические, лапароскопические и другие малоинвазивные пункционно-катетеризационные вмешательства, направленные на наружное и (или) внутреннее дренирование псевдокист под контролем способов топической визуализации [13,14,15,16], но при их использовании не всегда удается добиться облитерации полости, не исключается рецидив и осложнения в связи с чем, идут поиски наиболее эффективных мер лечения. Учитывая недостатки существующих методов оперативного лечения, с использованием назокистозного дренирования нами усовершенствован способ одномоментного двойного внутреннего с наружным дренированием псевдокист поджелудочной железы.

Цель исследования – Провести сравнительный анализ результатов оперативного лечения псевдокист поджелудочной железы.

Материал и методы исследования. Под наблюдением в городской клинической больнице №1 с 2009г. по 2015г. находились 54 больных с псевдокистами поджелудочной железы. Женщин было 18 в возрасте от 30 до 72 лет, мужчин 36 в возрасте от 36 до 76лет.

Давность заболевания составляла от 4,5 месяцев до 4-х лет. Воспалительные кисты поджелудочной железы рассматривали как осложнение острого или хронического панкреатита. Ведущим этиологическим фактором панкреатита явилось систематическое употребление алкоголя, а у ряда больных, ранее не употреблявших алкоголь, острый панкреатит развился после приема обильной жирной и острой пищи. Локализация псевдокист поджелудочной железы с учетом их расположения относительно паренхимы была различной (в головке железы у 13 больных, в теле у 30 и в хвостовом отделе у 11 пациентов).

В установлении диагноза псевдокисты поджелудочной железы использовали следующий комплекс диагностических методов включающий общие лабораторные данные, определение специфических показателей экскреторной и инкреторной функций поджелудочной железы (общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин, АСТ, АЛТ, общий белок, С – реактивный белок, глюкоза крови, амилаза крови, диастаза мочи по общепринятым методикам), а также инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ, МРТ.)

Результаты и их обсуждение. В результате обследования псевдокисты поджелудочной железы установлены у 54 больных, все они оперированы под общим эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов. Выбор доступа осуществлялся исходя из расположения псевдокисты поджелудочной железы: если киста локализовалась в головке и в теле – верхнесрединная лапаротомия, если в хвостовом отделе, то – левоподреберная лапаротомия. Типы выполненных операций даны в таблице.

Таблица - Типы операций

Типы операций	Всего		из них возникли осложнения			
	абс	%	цистоди-гистив-ный рефлюкс	воспаление носовых ходов	остаточ-ная полость	рецидив кисты
Панкреато-цистогастростомия	31	57,4	1	2	1	
Панкреатоцисто-еюноанастомоз	4	7,4		1		
Наружное дренирование кисты	8	14,8				1
Двойное внутреннее с наружным дренированием по нашей методике	11	20,4				
Итого	54	100,0	1(1,9%)	3(5,4%)	2(1,9%)	1(1,9%)

Панкреатоцистогастростомия выполнена 31 больному, так как передняя стенка экстрапанкреатической псевдокисты была интимно спаяна с задней стенкой желудка и размер кист не превышал 8 см. Наложение анастомоза дополнялось установлением наружного назокистозного зонда для санации полости псевдокисты антисептиками. У 4-х больных произведен панкреатоцистоеюноанастомоз на выключенной петле по Roux, которые также завершались установлением наружного назокистозного зонда. Здесь следует отметить, что длительное стояние наружного назокистозного зонда приносит большие неудобства больному, вызывая воспаление носовых ходов и ротоглотки. У 8-х больных произведено наружное дренирование нагноившихся псевдокист поджелудочной железы. В послеоперационном периоде проводилось активное промывание полости кисты озонированным раствором, однако облитерация остаточной полости продолжалась в течение 16 – 18 дней. При использовании традиционного оперативного подхода в лечении псевдокист поджелудочной железы осложнения отмечены нами у 6 больных (11,1%). Так при цистогастроанастомозе из 31 больных осложнения имели место у 4. У 1 пациентки после операции возник цистодигистивный рефлюкс, у 2 больных отмечен воспалительный процесс носовых ходов, ротоглотки и пищевода что потребовало преждевременного удаления зонда до восстановления функции анастомоза и у 1 пациентки к моменту выписки при УЗИ контроле обнаружена остаточная полость. При наложении цистоеюноанастомоза из 4 оперированных у 1 возник воспалительный процесс носовых ходов, других осложнений в этой группе не наблюдали.

Наружное дренирование выполнено нами у 8 больных с нагноившимися псевдокистами поджелудочной железы. Несмотря на длительность пребывания в стационаре и массивной антибиотикотерапии у 1 из них возник рецидив заболевания. Из числа больных, которым выполнены традиционные методы оперативного лечения, осложнения возникли у 6 (13,9%) больных из 43, что составило 13,9%.

Учитывая недостатки применения после операции наружного назокистозного дренирования при псевдокистах поджелудочной железы нами была усовершенствована методика наружного дренирования.

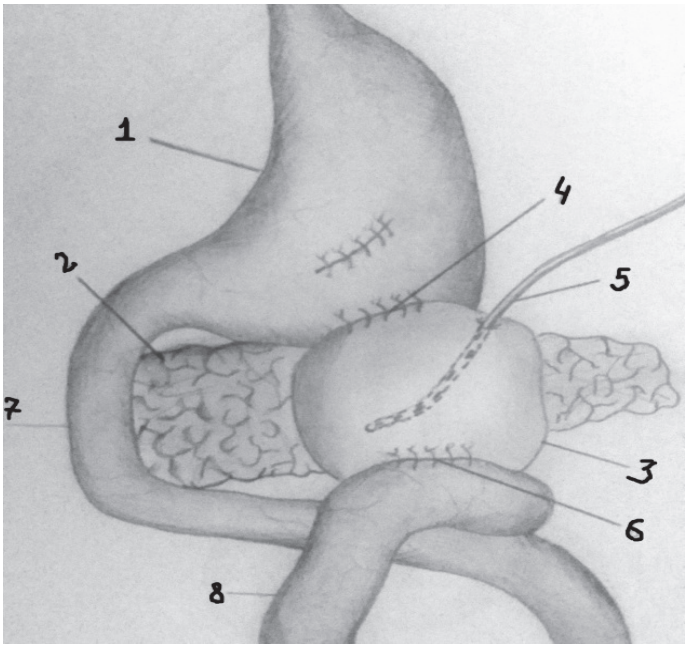


Рис**.** Метод одномоментного двойного внутреннего с наружным дренированием псевдокисты поджелудочной железы

1-желудок; 2-поджелудочная железа; 3 – псевдокиста; 4-гастроцистоанастомоз; 5 – дренажная трубка; 6 –цистоеюноанастомоз; 7-двенадцатиперстная кишка; 8-тощий кишечник.

У 11 больных произведена операция по усовершенствованной нами методике одномоментного двойного внутреннего, с наружным дренированием псевдокист поджелудочной железы (Патент № 1667 от 29.08.2014г. КР.), размер которых превышает 10 см.

Сущность нашей методики заключалась в следующем: выполнялась верхне-срединная или левоподреберная лапаротомия в зависимости от локализации псевдокисты, поджелудочной железы. Производили гастротомию, выделяли стенку псевдокисты с ее последующей пункцией, участок из стенки брали на гистологическое исследование, а содержимое направляли в лабораторию на биохимический анализ. После эвакуации содержимого из полости пункционным методом, вскрывали полость псевдокисты поджелудочной железы, тщательно осматривали ее, часто содержимым оказывались некротические массы и секвестры, сформировавшиеся в плотные образования, которые обязательно удалялись. Далее формировали традиционный панкреатоцистогастроанастомоз. Через верхнюю латеральную стенку в кистозную полость проводили тонкую силиконовую дренажную трубку, фиксировали ее кетгутом и выводили дренаж через отдельную контраппертуру в левом подреберье. Такой дренаж необходим для полной и своевременной эвакуации содержимого кисты, санации ее полости в послеоперационном периоде для предупреждения застоя и инфицирования, а также для дальнейшего динамического наблюдения за функциональной состоятельностью анастомоза. Далее формировали панкреатоцистоеюноанастомоз. Для его наложения использовали петлю тощей кишки отступя от связки Трейтца не менее 40 см выключенную Y-образным анастомозом по Roux, что предотвращало возможность возникновения цистодигистивного рефлюкса. Формирование анастомоза с «отключенной» тощей кишкой значительно снижало вероятность инфицирования полости кисты и прогрессирование панкреатита.

В послеоперационном периоде полость псевдокисты ежедневно промывали 0,02% антисептическим раствором декаметоксин, через дренажную трубку контролировали характер и объем отделяемого из полости кисты с обязательным биохимическим исследованием. На 5-6 сутки после операции выполняли рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастным веществом. При подтверждении уменьшения полости кисты, удовлетворительной эвакуации контраста и отсутствия отделяемого дренажную трубку удаляли. В послеоперационном периоде ни у одного больного мы не наблюдали осложнений. Пребывание в стационаре составило 10,0±0,32койко-дней. У всех 11 больных при контрольном УЗИ кистозных образований поджелудочной железы не обнаружено, анастомоз состоятельный и функционирует.

Больным которым было использовано традиционное оперативное лечение, их было 43, пребывание в стационаре составило 15,8+1,12 койко дней, а осложнения возникли у 6, у 1 из них к моменту выписки отмечено наличие остаточной полости при УЗИ, цистодигистивный рефлюкс-1, рецидив-1, воспаление носовых ходов и ротоглотки – у 3, что составил 11,1%.

Таким образом, усовершенствованная нами методика наружного дренирования оказалось эффективной в лечении псевдокист поджелудочной железы, с размером более 10см.

Выводы:

1. Возникновению псевдокист поджелудочной железы способствуют многие факторы: воспаление (острые и хронические) поджелудочной железы, травмы.
2. Традиционное оперативное лечение (гастроцистоанастомоз с наружным назокистозным дренированием) имеет недостатки: воспаление носовых ходов и ротоглотки, цистодигистивный рефлюкс, длительный срок облитерации кисты, наличие остаточной полости.
3. Использование одномоментного двойного внутреннего с наружным дренированием псевдокист поджелудочной железы предотвращает возникновение анастомозита, цистодигистивного рефлюкса, обеспечивает более быструю облитерацию полости кисты и ведет к сокращению сроков стационарного лечения.

Литература:

1. Бескосный А.А. Критерии прогноза тяжелого течения острого панкреатита / А.А. Бескосный, С.А. Касумьян // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – №1. – С. 24-32.

2. Гостищев, В.К. Диагностика и лечение осложненных постнекротических кист поджелудочной железы / В. К. Гостищев, А.Н. Афанасьев, А.В. Устименко // Хирургия.- 2006.- № 6.- С.25-27.

3. Дарвин В.В. Острый деструктивный панкреатит: современное хирургическое лечение / В.В. Дарвин, С.В. Онищенко, Е.А. Краснов // Анналы хирургической гепатологии.-2014.-Т.19,№4.-С.76-83.

4. Лубянский В.Г. Патогенез формирования и результаты хирургического лечения кишечных свищей у больных с панкреонекрозом. // Вестник хирургии.-2012.-№1.-С.88-93.

5.Новые технологии в диагностике и оперативном лечении постнекротических осложнений острого панкреатита / А.Б. Рейс, С.В. Морозов, В. Л. Полуэктов [и др.] // Омский научный вестник. - 2013. - № 1 (118). - С. 156-159.

6. Пункции и дренирование жидкостных скоплений при остром панкреатите и его осложнениях / Б.Л. Дуберман, Д.В. Мизгирев, А.Н. Пономарев и др. // Анналы хирургической гепатологии. - 2008. - № 1. - С. 87-93.

7. Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита на разных стадиях заболевания / С.Ф. Багненко, А.Д. Толстой, В.Р. Гольцов // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: Матер. I конгресса московских хирургов. – М., 2005. – С.84-85.

8. Прокофьев, О.А. Псевдокисты поджелудочной железы: какую тактику избрать / О.А. Прокофьев, Г.Г. Ахаладзе, Э.И. Гальперин // Анналы хирургической гепатологии.- 2001. Т. 6, № 2.- С. 100–105.

9. Результаты хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы / С.В. Тарасенко, Т.С. Рахмаев, А.А. Копейкин [и др.]// Хирургическая практика. - 2011. - №3.

10. Хирургическая тактика при псевдокистах поджелудочной железы / А. Е. Кузьменко, С.А. Шаталов, С.В. Межаков [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - 2012. - Т. 13, № 3. - С. 359-361.

11. Харьков Д.П. Псевдокисты поджелудочной железы: эффективность чрезкожной миниинвазивной технологии формирования панкреатоцистогастроанастомоза на стенде / Д.П. Харьков, А.М. Федорук, А.В. Савченко // Анналы хирургической гепатологии.-2015.-Т.20,№3. –С.117-124.

12. Щастный А.Т. Двойное дренирование при лечении больших псевдокист поджелудочной железы / А.Т. Щастный, И.П. Штурич, А.Р. Сятковский // Новости хирургии.-2010.-Т.18,№6.-С.133-138.

13. Beger, H. G. Deseases of the pancreas / H.G. Beger, S. Matsuno, J.L. Cameron.- 2007.- 950 p.

14. Brugge, W.R. Approaches to the drainage of pancreatic pseudocysts / W. R. Brugge // Curr Opin Gastroenterol.-2004.-Vol.20.-P.488–492.

15. Medical treatment of acute pancreatitis/ J. Mayerle, P. Simon, M. Lerch et al. // Gastroenterol Clin N Am. – 2004. – Vol. 33. – P. 855-869.

16. Naoum, E. Pancreatic pseudocysts: 10 years of experience / E. Naoum // J Hepatobiliary Pancreat Surg.- 2003.-Vol.10.-P.373–376.

ПЛАСТИКА БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Жаманкулова М.К., Туратбекова К.Т., Касымов А.А., Максут уулу Эрлан
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: даны результаты использования полипропиленовой сетки в пластике брюшной стенки у 21 больных с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами. Осложнения после операции не отмечено. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: грыжи послеоперационные, рецидив, оперативное лечение, полипропиленовая сетка, осложнения.

ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ ЧОН ЖАНА ИРИ КУРСАК ЧУРКУНУН ПЛАСТИКАСЫ

Жаманкулова М.К., Туратбекова К.Т., Касымов А.А., Максут уулу Эрлан
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медицина академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: 21 бейтаптын операциядан кийинки чон жана ири курсак чуркунун пластикасында медициналык полипропилендик торчонун колдонуудагы жыйынтыгы берилди. Олгон учур болгон жок.

Негизги сөз: чурку, дарылоо, кабылдоо, аллопластика, оорунун кайталынышы.

PLASTY OF ABDOMINAL WALL IN LARGE AND GIANT POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

Zhamankulova M.K., Turatbekova K.T., Kasymov A.A., Maksut uulu E.
I.K. Akhunbaev Kyrghyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: There are results of polypropylent mesh using in plasty of abdominal wall of 21 patients with large and giant postoperative ventral hernias. There was no complication, without fatal outcome.

Key words: polypropelent mesh, hernia, ventral, treatment, complications, reccurence.

Введение: Послеоперационные вентральные грыжи довольно распространенное заболевание в хирургической практике. По данным различных авторов заболеваемость составляет от 4 до 8 %. И тенденции к спаду заболеваемости не наблюдается [1,2,3].

Несомненно, грыжесечение занимают лидирующее место среди плановых оперативных вмешательств и составляют от 10 до 25 % от всех операций в абдоминальной хирургии как в странах СНГ, так и за рубежом.

Несмотря на полученные некоторыми авторами положительные результаты лечения послеоперационных вентральных грыж пластикой местными тканями с применением оригинальных методик, большинство исследователей сходятся во мнении о необходимости использования при лечении данного заболевания дополнительных биосинтетических материалов [1,4].

Актуальность проблемы лечения вентральных грыж определяется также тем, что герниопластика местными тканями часто не удовлетворяет хирургов из-за высокой частоты рецидивов. Так, замещение грыжевого дефекта и неполноценных собственных тканей грыженосителя прочным протезом из синтетического материала уменьшает частоту рецидивирования вентральных грыж до 0–10 % и способствует полной социальной реабилитации пациента, в то время как при пластике местными тканями частота рецидивов нередко превышает 40% [5,6].

Цель работы: улучшить результаты лечения рецидивных больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж.

Материалы и методы. С июня 2016 по январь 2017 года в Городской клинической больнице №1 г. Бишкек, под наблюдением находилось 21 больной с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами, из них женщин 16, а мужчин-5. Возраст больных колебался от 31 года до 61.

Таблица 1 - Распределение больных по возрасту

Возраст	31-40	41-50	51-61
Мужчин	1	3	1
Женщин	3	6	7
Всего	4	9	8

Срок грыженосительства составил от 3 до 10 лет.

Таблица 2 - Сроки грыженосительства

Сроки	До 3 лет	От 4 до 6 лет	От 7 до 9 лет	Более 10 лет
Мужчин	1	2	2	
Женщин	2	5	3	6
Всего	3	7	5	6

При анализе сроков существования грыжи установлено, что у троих срок был 3 года, у 7 от 4 до 6 лет, у 5 от 7 до 9 лет и у 6 более 10 лет.

По размеру грыж - большие выявлены у 13 и гигантские у 8 больных. Следовательно, превалировали большие грыжи.

При опросе пятеро больных ранее перенесли операцию по поводу прободной язвы желудка, трое по поводу кишечной непроходимости, четверо по поводу острого калькулезного холецистита, двое по поводу проникающих ранений брюшной полости, а остальные по поводу различных гинекологических заболеваний.

При обследовании сопутствующие заболевания выявлены у 9 больных, у 6 больных наблюдалась гипертоническая болезнь 2-3 степеней, хронический бронхит у 3 больных, но чаще мы наблюдали ожирением 1-2 степени у 7 человек. Несомненно, сопутствующие заболевания учтенны при предоперационной подготовке и во время оперативного вмешательства. До операции у пациентов с большими и гигантскими грыжами мы изучали функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Проводилась спирометрия – определяли дыхательный объем, форсированный выдох

При поступлении больные чаще всего предъявляли жалобы на наличие грыжевого выпячивания на передней брюшной стенки, умеренную болезненность, усиливающуюся при физической нагрузке, нередко наблюдалась периодическая задержка стула и отхождения газов.

Результаты и их обсуждения. Выбор метода пластики зависел от многих факторов, таких как, величина грыжи, состояние передней брюшной стенки, так и функциональных возможностей конкретного больного. Но абсолютно всем больным при пластике мы использовали полипропиленовую сетку, учитывая.

При грыжесечении нами использованы усовершенствованные методы пластики.

Этапы операции включали: после выделения грыжевого мешка, вскрытия его, вправления содержимого и иссечения мешка, по величине грыжевых ворот выкраиваем полипропиленовую сетку, так чтобы она выступала на 3 см за края грыжевых ворот. Выделяем апоневроз от края грыжевых ворот на 2,0 – 2,5 см, предварительно на сетку с каждой стороны накладываем П-образные швы и оставляем свободными, затем сетку укладываем под апоневроз и изнутри кнаружи подготовленными нитями прошиваем апоневроз, а затем эти нити затягиваем, при этом сетка фиксируется на всем протяжении под апоневрозом. Свободный край апоневроза фиксируем к сетке непрерывным обвивным швом. Подкожную клетчатку дренируем 1 или 2 микроирригаторами. Эти методы были применены нами у 5 больных с гигантскими размерами грыж, у которых необходимо было сохранить объем брюшной полости.

У 4 больных с гигантскими размерами грыж и у одной больной с большой грыжей пластика выполнена по второму усовершенствованному методу, когда также нужно было сохранить объем брюшной полости.

Производим разрез кожи с подкожной клетчаткой над грыжевым выпячиванием, выделяем грыжевой мешок, до грыжевых ворот. Далее вскрываем и обрабатываем грыжевой мешок, содержимое погружаем в брюшную полость. Грыжевой мешок обрабатываем путем образования дубликатуры брюшины. Затем устанавливали полипропиленовую сетку в виде «заплаты», при этом не натягивая между собой края грыжевых ворот, фиксируем узловыми швами по периметру сетки. Далее дистальнее первичных швов на 2-3 см, накладываем второй ряд узловых швов, не дублирующих первый ряд швов (удостоверение на рационализаторское предложение № 12 от 280114).

У 7 больных с ожирением мы произвели резекцию части сальника для снижения внутрибрюшного давления. Кроме того у 3 больных с грыжами средних и больших размеров полипропиленовая сетка применена для укрепления области ушитых грыжевых ворот, так как при ушивании отмечалось разволокнение апоневроза и мышц, поэтому сетку фиксировали не менее, чем на расстоянии 3-4 см от линии шва, это обеспечило хорошее укрепление апоневроза и мышц.

Во время операции при выполнении вариантов пластики с применением сетки осложнений не было. Всем больным перед операцией мы вводили 1,0 грамм цефазолина внутривенно, для избежания гнойно-воспалительных осложнений.

Все больные оперированы под общим эндотрахеальным наркозом, с применением миорелаксантов. Во время операции осложнений не было. Послеоперационный период также протекал гладко. Подкожно-жировую клетчатку мы активно дренировали с целью исключения образования скопления жидкости. При благоприятном течении послеоперационого периода дренажи удаляли на на 3-и сутки, и лишь у одного на 6-е, в связи с образованием инфильтрата. Осложнения как нагноение, серомы послеоперационной раны отмечены не были.

Особое значение мы уделяли активизации больных в раннем послеоперационном периоде, с целью избежания легочных и тромбоэмболических осложнений, особенно у лиц пожилого возраста. Через 2-3 часа после операции делали дыхательную гимнастику. Через 6-7 часов разрешали ходьбу. Ранняя активизация благоприятно отразилась на общем самочувствии больных.

Через один месяц после операции на контрольное обследование явились 8 больных, жалоб они не предъявляли. Надо отметить, что трудоспособность больных осталась на прежнем уровне.

В сроки от 6 месяцев до 3 лет обследовано 10 больных, хорошие результаты были отмечены у 9 больных обследованных в отдаленные сроки после операции. Два пациента жаловались на умеренную болезненность в области послеоперационного рубца. Ни у одного рецидива грыжи не выявлено.

Выводы:

Большие и гигантские послеоперационные вентральные грыжи довольно часто встречается в практике хирурга патология, и лечение должно быть адекватным.

Причиной возникновения послеоперационных вентральных грыж являются многие факторы: неадекватный выбор метода пластики, осложненное течение послеоперационного периода (серома, инфильтрат, нагноение раны, парез кишечника, пневмония) и выполнение тяжелого физического труда после операции.

Диагностика грыж не вызывает затруднений, но при этом необходимо определить метод и объем операции, чтобы предотвратить развитие осложнений.

В оперативном лечении больших и гигантских послеоперационных грыж целесообразно использовать полипропиленовую сетку, их правильный выбор фиксации обеспечивает выздоровление и предотвращает рецидив болезни.

Литература:

1. Грубник, В.В. Современные методы лечения брюшных грыж / В.В. Грубник. Киев, 2001.- 280 с

2. Коссович, М.А. Послеоперационные вентральные грыжи при выполнении лапароскопических холецистэктомий / М.А. Коссович, А.Ю. Бирюков, М.М. Гоголадзе // Эндоскоп, хирургия.- 2005.- №1.- С. 64-64

3. Тимошин, А.Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков.-М., 2003.- 144 с

4. Жебровский, В.В. Хирургия грыж живота и эвентераций / В.В. Жебровский, М.Т. Эльбашир.- Симферополь, 2002.- 440 с

5. Общая хирургия / Под ред. П.Н. Зубарева.- СПб., 2004.- 320 с

6. Тимошин, А.Д. Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки /А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков //Герниология.- 2004.- №1.- С. 5-10.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ССИНДРОМОМ ЛЕРИША

Исаков Б.Ж.
Сосудистый центр НГ МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Встатье приводятся анализ гемодинамических показателей 209 больных перенесших реконструктивные операции по поводу синдрома Лериша. В раннем послеоперационном периоде возникли у 33 (15,7%) больных различные осложнения.

Анализ возникших в послеоперационном периоде осложнений показал, что наиболее частым осложнением был тромбоз протеза.

Ключевые слова: синдром Лериша, реконструктивные операции, хирургия, протез.

ЛЕРИШ СИНДРОМУ БАР БЕЙТАПТАРДЫ ОПЕРАТИВДИК ДАРЫЛООНУН ЖАКЫНКЫ ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

Исаков Б.Ж.
КР УГ ССМ Кан-тамыр борбору,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме: Макалада Лериш синдрому боюнча реконструктивдүү операциядан өткөн 209 бейтаптын гемодинамикалык көрсөткүчтөрүнүн анализи берилет. Операциядан кийинки баштапкы мезгилде 33 (15,7%) бейтапта ар кандай кабылдоолор пайда болгону байкалган.Операциядан кийинки кабылдап кетүүлөрдүн талдоосу дарттын өтүшүп кетүүсүнүн ичинен протездин тромбозу басымдуулук кылаарын көрсөттү.

Негизги сөздөр: Лериш синдрому, реконструктивдүү операция, хирургия, протез.

THE NEAREST RESULTS OF OPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH SYNDROME OF LERISHA

Isakov B.J.
Vascular center NH MH KR,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: Hemodynamic evidences analysis of 209 patients have been operated reconstructivaly in connection with the Lerish syndrome.

33 patients (15.7%) had different complications in the early postoperative period. Analysis of postoperative complications showed that the most fragment complication was thrombosis of prosthesis.

Key word: syndrome of Lerisha, Reconstructive operation, Surgery, Prosthesis.

Введение. Облитерирующие заболевания артерий являются наиболее распространенным поражением сосудов нижних конечностей [2,3]. Атеросклеротическое поражение брюшной аорты и артерий нижних конечностей в настоящее время занимает третье место по частоте органной локализации после поражения коронарных артерий и артерий головного мозга. Данное заболевание чаще встречается у мужчин среднего и пожилого возраста [1,5,11]. Заболеваемость облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей у мужчин в возрасте 55-64 лет достигает 11 % и по частоте не уступает заболеваемости ИБС [3]. Поэтому лечение пациентов с атеросклеротической окклюзией терминального отдела аорты и артерий нижних конечностей является актуальной социально значимой проблемой.

Причиной развития окклюзионных процессов в 86-90% случаев является атеросклероз [1,10]. Частота развития тяжелой ишемии нижних конечностей при облитерирующим атеросклерозе общей подвздошной артерии по данным различных авторов, колеблется от 20 до 70%, что требует хирургической коррекции [2,3].

Синдром Лериша является одним из наиболее частых заболеваний артериальной системы, обусловленный окклюзирующим поражением аорто-подвздошного сегмента. Нарушение

кровообращения таза и нижних конечностей приводит к появлению характерной триады симптомов, подробно описанных Леришем уже в 1923 г. перемежающейся хромоте, отсутствию пульса на артериях нижних конечностей и импотенции [2,3].

Этиология окклюзирующего поражения аорты различна атеросклероз, неспецифический аортоартериит, постэмболическая окклюзия, травматический тромбоз, фиброзно-мышечная дисплазия (преимущественно поражаются подвздошные артерии), врожденная гипоплазия или аплазия аорты. Чаще всего встречается облитерирующий атеросклероз (94%), затем неспецифический аортоартериит (5%) и около 1% падает на остальную патологию [4,6,9]. Синдром Лериша классифицируется по этиологии заболевания, локализации окклюзирующего поражения и его протяженности, а также по выраженности клинических проявлений. В зависимости от этиологии различают приобретенные поражения (атеросклероз, тромбангиит, неспецифический аорто-артериит, постэмболическая и тромботическая окклюзии) и врожденные (гипоплазия, аплазия, фиброзно-мышечная дисплазия). По виду окклюзирующие поражения аорты делятся на стеноз и окклюзию. При этом может наблюдаться различная комбинация окклюзирующего поражения стеноз брюшной аорты с односторонней окклюзией подвздошной артерии, стеноз бифуркации и обеих подвздошных артерий. По уровню окклюзии принято разделять поражение аорты на три формы низкая окклюзия (окклюзия бифуркации аорты ниже от нижней брыжеечной артерии), средняя (на уровне или выше брыжеечной артерии) и высокая (субренальный сегмент). При оценке распространенности окклюзирующего поражения следует учитывать также состояние внутренних подвздошных, бедренных и берцовых артерий. Сочетанное поражение бедренно-подколенного сегмента встречается более чем у половины больных с синдромом Лериша. При атеросклерозе встречаются все стадии морфологических изменений от фиброзных бляшек до атерокальциноза. Чаще всего поражение локализуется по задней стенке аорты, но не редко и циркулярное поражение. Атерокальциноз сопровождается изъязвлением интимы и образованием пристеночного тромба. Выраженный стеноз ведет к тромбозу просвета сосудов (чаще подвздошных). Атеросклеротическое поражение наибольшей степени наблюдается в области бифуркации аорты. Для неспецифического аорто-артериита характерно преимущественное поражение аорты, а также почечных и висцеральных артерий. Воспалительный процесс приводит к резкому утолщению аортальной стенки, особенно медии и адвентиции, интима поражается вторично, выраженному периаортиту. При постэмболической окклюзии видимые изменения в артериальных стенках отсутствуют, просвет полностью закупорен организованным тромбом [2,7,8].

Целью настоящего исследования является анализ результатов реконструктивных операции по поводу синдрома Лериша.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 209 больных перенесших реконструктивные операции по поводу синдрома Лериша, поступивших в сосудистое отделение НГ МЗ КР в период с 2003 по 2016 год. Все пациенты госпитализированы для оперативного вмешательства.

Мужчин было 204 (97,6%), а женщин 5 (2,4%).

Возраст больных колебался от 22 до 76 лет.

Виды реконструктивных операций выполненные при облитерирующем атеросклерозе артерии нижней конечности:

1. аорто - бедренное шунтирование (АБШ) - у 93 (44,5%) больных;
2. подвздошно-бедренное шунтирование (ПБШ) – у 17 (8,1%) больных;
3. бедренно-подколенное шунтирование (БПШ) – у 99 (47,4%) больных.

Длительность оперативного вмешательства у больных всех 3-х групп варьировала от 225 до 462 минут, и в среднем составила 312,2 мин. ±42,6.

Кровопотеря за время оперативного вмешательства варьировала от 500 до 1200 мл, и в среднем составила 712,3 мл. ± 103,42.

Интраоперационная инфузионная терапия включала переливание коллоидных и кристаллоидных плазмозаменителей в объеме 10 мл/кг в соотношении 2:1 и свежезамороженной плазмы в объеме 3-4 мл/кг. Переливание плазмы совпадало по времени с моментом пропитки подвздошно-бедренного протеза для обеспечения лучших гемостатических условий. Показанием для переливания донорской эритроцитарной массы считали увеличение кровопотери более 700мл или снижение гемоглобина, который контролировали по ходу операции, менее 80 г/л. Такая необходимость возникла у 37 (23,7%) больных. В среднем количество перелитой у них донорской эритроцитарной массы составило 220 мл ± 121,32, а общий объем инфузионной терапии, проведенной в ходе операции 1633 мл ± 184,21.

Результаты и обсуждение. АБШ проведено у 93 (44,5%) больных. Показанием к операции явилось, наличие выраженных атеросклеротических бляшек приводящих к патологическому сужению просвета артерий, местами полностью перекрывающих просвет артерии. В результате чего поступление крови в дистальные части артерий обеспечивалось неполноценно через коллатеральные пути, которые не всегда срабатывали. В исходе чего ишемизированные конечности подлежали ампутации.

При наличии патологических сужений аорты и подвздошных артерий производили следующие виды операций: Аорто-бедренное бифуркационное шунтирование, либо протезирование с использованием синтетических аорто-бедренных бифуркационных протезов Экофлон, Basex (рис. 1).

Таким образом, учитывая данные объективного и инструментального исследования гемодинамических показателей мы провели комбинированную анестезию (эпидуральная + в/в анестезия), высокая продленная эпидуральная анестезия с катетеризацией обеспечивает нормализацию перистальтики кишечника, позволяет нормализовать гемодинамические показатели и способствуют предупреждению развития послеоперационных осложнений и прогрессирования атеросклеротического процесса.

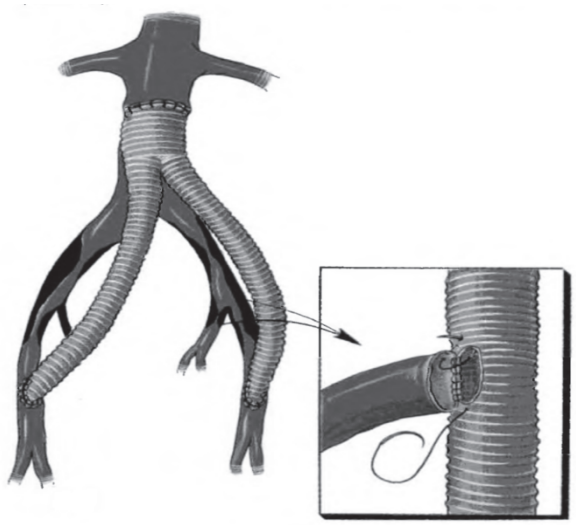


Рис.1. Аорто-бедренное бифуркационное шунтирование.

ПБШ-проведено у 17 (8,1%) больных. Показанием к операции явилось, наличие выраженных атеросклеротических бляшек приводящих к патологическому сужению просвета артерий, местами полностью перекрывающих просвет артерии. В результате чего поступление крови в дистальные части артерий обеспечивалось неполноценно, через коллатеральные пути, которые не всегда срабатывали. В исходе чего ишемизированные конечности подлежали ампутации.

При наличии патологических сужений подвздошных и бедренных артерий производили следующие виды операций: Подвздошно-бедренное шунтирование, либо протезирование с использованием синтетических линейных протезов Экофлон, Basex №8-10 (рис. 2).

БПШ проведено у 99 (47,4%) больных. Показанием к операции явилось, наличие выраженных атеросклеротических бляшек приводящих к патологическому сужению просвета артерий, местами полностью перекрывающих просвет артерии. В результате чего поступление крови в дистальные части артерий обеспечивалось неполноценно, через коллатеральные пути, которые не всегда срабатывали. В исходе чего ишемизированные конечности подлежали ампутации.

При наличии патологических сужений либо окклюзии бедренно-подколенного сегмента артерий нижних конечностей производили следующие виды операций: аутовенозноебедренно-подколенное шунтирование при наличии у больного проходимых глубоких вен, либо протезирование с использованием синтетических линейных протезов Экофлон, Basex №6-8 (рис. 3.).

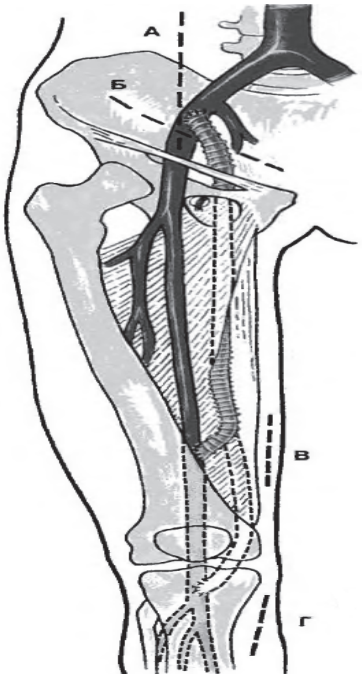


Рис.2. Наружноподвздошно-поверхностнобедренное шунтирование.

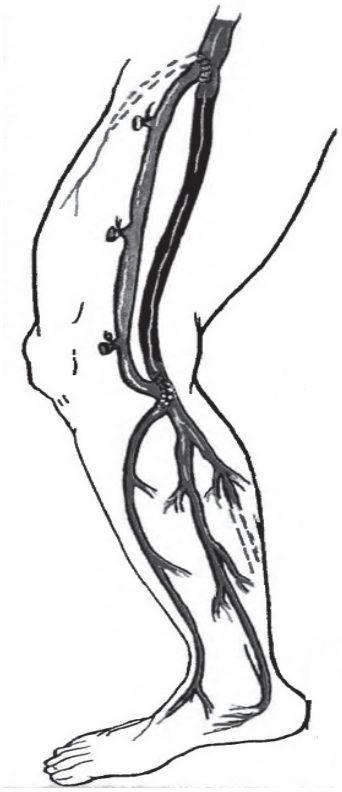


Рис.3. Аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование.

Послеоперационном периоде встречались различные осложнения (табл.1).

Как видно из таблицы, наиболее часто после реконструктивных оперативных вмешательств на брюшном отделе аорты и артериях нижних конечностей в послеоперационном периоде встречался тромбоз протеза.

Частота этого осложнения достигала 3,3%. На втором месте по частоте занимают инфекционные осложнения со стороны операционной раны (воспаление, нагноение краев раны). Общее число их

составило 5 или 2,3% среди всех прооперированных больных. Общее число ампутаций в послеоперационном периоде составило 4 случаев (1,9%). Частота возникновения в послеоперационном периоде пневмоний составила 1,4%. Острый инфаркт миокарда в послеоперационном периоде возник у 3-х больных (1,4%).

Таблица 1 - Послеоперационные осложнения после реконструктивных операции по поводу синдрома Лериша

Виды осложнений	**Всего**	
	абс	**%**
Тромбоз протеза	7	3,3
Ампутации после операций	4	1,9
Нагноение раны	5	2,3
Длительный парез ЖКТ	5	2,3
Пневмония	3	1,4
ОИМ	3	1,4
ТЭЛА	2	0,9
Эвентрация	4	1,9
Умерло	3	1,4
Всего	33	15,7

Из 209 пациентов, подвергнувшимся реконструктивным оперативным вмешательствам на брюшной аорте и артериях нижних конечностей умерло 3 человека. Общая летальность составила 1,4%.

Таким образом, в раннем послеоперационном периоде возникло у 33 (15,7%) больных различные осложнений.

Анализ возникших в послеоперационном периоде осложнений показал, что наиболее частым осложнением был тромбоз протеза.

Литература.

1. Белов Ю. В., Фадин Б. В. Реконструктивные операции в аорто–подвздошной зоне из мини-доступа / Екатеринбург : Центр «Учебная книга», 2007. – 224 с.

2. Бокерия Л. А. Отчет о состоянии сердечно-сосудистой хирургии / Москва – 2007.-54с.

3. Бураковский В. И., Бокерия Л. А. Сердечно-сосудистая хирургия / – М. : Медицина, 1989. – 742 с.

4. Бокерия Л. А., Лищук В. А., Спиридонов А. А. Влияние пережатия аорты на гемодинамику при реконструкции грудной и брюшной аорты //Ангиология и сосудистая хирургия. – 2004. – № 1. – С. 125–135.

5. Максимов А. В. Минидоступ в реконструктивной хирургии аортобедренного сегмента / Казань : «Идел–пресс», 2012. – 144 с.

6. Хамитов Ф.Ф., Белов Ю.В., Верткина Н.В. Миниинвазивная хирургия при синдроме Лериша /М. : Наука, 2005. – 101 с.

7. Покровский А.В. Клиническая ангиология /М. :Медицина.-2004.–Т.2.–887с.

8. Скугарь Ю.А., Логуш Н.О., Фоменко В.П. Хирургическая тактика при сочетании окклюзии бедренно–подколенного сегмента и аорто-бедренного сегмента при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей // Хирургия. – 2004. – № 1. – С. 8–10.

9. Augestad K.M. Wilsgaard T., Solberg S. Incisional hernia after surgery for abdominal aortic aneurysm // Tidsskr. Nor. Laegeforen. – 2002. –Vol. 122, N1. – P. 22–24.

10. Alpagut U., Kalko Y., Basaran M. Comparison between minilaparotomy and standart median laparotomy for reconstruction of aorto–iliac occlusive disease // ActaChir. Belg. – 2003. – Vol.103, N 2. – P. 208 –211.

11. Lederle F. A. Abdominal aortic aneurysm – open versus endovascular repair // N. Engl. J. Med. – 2004. – Vol. 351.

ОПТИМИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Касенов А.С., Джумаева Н.Т.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
Научный руководитель д.м.н. профессор Мусаев А.И.

Резюме: представлены результаты мер профилактики раневых осложнений у 254 больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости. Контрольная группа-52 чел., традиционные меры профилактики, первая основная-101 с целью профилактики применен 0,02% раствор декасана, вторая основная -101 чел. для профилактики применен раствор октенисепт. В оценке течения раневого процесса использованы клинические показатели и эхоморфометрия послеоперационных ран в сроки после операции: 1,3,6 сутки. Осложнения в контрольной группе выявлены у 11 чел. (21,2 %), в первой основной у 5 чел. (4,9 %), во второй основной у 1 чел. (2,0 %). Результаты подтвердили целесообразность использования мер профилактики. Лучшие показатели имели место у больных второй основной группы.

Ключевые слова: экстренные операции, раневые осложнения, профилактика, декасан, октенисепт, эхоморфометрия ран.

КЕЧИКТИРИЛГИС АБДОМИНАЛДУУ ХИРУРГИЯДАГЫ СЕЗГЕНИП КАБЫЛДООНУН АЛДЫН АЛУУДАГЫ ЖАКШЫРТЫЛГАН ЫКМАСЫ

Касенов А.С., Джумаева Н.Т.
И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы
Жалпы практикадагы хирургия комбустиология курсу менен кафедрасы
Илимий жетекчи м.и.д., профессор Мусаев А.И.

Резюме: ич көңдөйүндөгү органдарынын курч оорулары менен ооруган 254 оорулуунун жарааттынын кабылдап кетүүсүнүн алдын алуу боюнча чаралардын жыйынтыктары берилди. Контролдук топтогулар-52 адам, алдын алуунан салттуу чаралары, биринчи негизги -101 адамга алдын алуу максатында 0,02% декасандын кошулмасы, экинчи негизги -101 адамга алдын алуу үчүн октенисепт кошулмасы колдонулду. Жараат процессинин жүрүшүнө баа берүү үчүн операциядан 1,3,6 сутка убакыт өткөндөн кийин операция болгон жараатка клиникалык көрсөткүчтөр жана эхоморфометрия колдонулду. Контролдук топтун ичинен 11 адамда (21,2 %), биринчи негизги топтон 5 адамда (4,9 %), экинчи негизги топтон 1 адамда (2,0 %) кабылдоо болгон. Жыйынтыктар көрсөткөндөй алдын алуу чаралары максатка ылайык колдонулган. Эң жакшы көрсөткүчтү экинчи негизги топтогу оорулуулар көрсөттү.

Негизги сөздөр: шашылыш операциялар, жарааттын кабылдоосу, алдын алуу, декасан, октенисепт, жарааттын эхоморфометриясы.

OPTIMIZED APPROACH IN THE PREVENTION OF INFLAMMATORY COMPLICATIONS OF EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY

Kasenov A.S. Dzhumaeva N.T.
Kyrgyz State Medical academy I.K. Ahunbaeva
Bishkek, Kyrgyz Republic.
Department of Surgery with the course of general practitioners Combustiology
Supervisor of Ph. D. Professor A.I. Musaev

Summary: The results of the measures of prevention of wound complications in 254 patients with acute diseases of the abdominal cavity. A control group of 52 people., The traditional measures of prevention, the first basic-101 for prevention 0.02% dekasan solution is applied, the second major -101 people. To prevent oktenisept applied solution. In the assessment of wound healing process used by clinical parameters and

ehomorfometry postoperative wounds in the postoperative period: 1,3,6 day. Complications in the control group were found in 11 people (21,2%), in the first primary in 5 people. (4.9%), the second core in 1 person (2,0%). The results confirmed the appropriateness of the use of preventive measures. The best results occurred in patients with the second main group.

Keywords: emergency surgery, wound complications, prevention, dekasan, oktenisept, ehomorfometry wounds.

Введение. Раневые осложнения после операций на органах брюшной полости занимают первое место [4,5]. Развитие их зависит от вирулентности микроорганизмов, наличия факторов риска (сахарный диабет, анемия, ожирение, воспалительные заболевания сердечно-сосудистой системы), госпитальных (длительная или повторная госпитализация), интраоперационных (продолжительная операция, большая кровопотеря, квалификация хирурга, чрезмерная электрокоагуляция) и социальных (частые стрессовые ситуации, низкий уровень жизни, наркомания) и др. [2,4,5,6]. Все перечисленные факторы играют роль в возникновении осложнений, поэтому и меры профилактики должны учитывать эти факторы.

В литературе уделено большое внимание разработке мер предотвращения раневых осложнений при возникновении которых существенно увеличиваются сроки стационарного лечения и материальные затраты. Более широко с целью профилактики применялись антибиотики, но с появлением антибиотико-устойчивых штаммов микробов их эффективность существенно снизилась [7,8]. Идут разработки новых антибиотиков с более широким спектром их действия и методов их введения в организм больного. Используются довольно широко и физические факторы в момент операции и после нее (УФО, лазер, ультразвук, магнит, инфракрасное излучение, озон) [2,3].

В последние годы ряд исследователей [1,9,10] с целью профилактики раневых осложнений рекомендуют применять плазму, обогащенную тромбоцитами, но методика приготовления сложна и поэтому не нашла широкого применения на практике. Используются и антисептики (декасан и октенисепт), но они в основном применяются в лечении воспалительных заболеваний, а каков эффект от их использования с целью профилактики остается не изученным. На наш взгляд эти два препарата, обладающие высоким бактерицидным действием должны быть эффективны и в профилактике раневых осложнений в экстренной абдоминальной хирургии, что явилось основанием для выполнения нашего исследования.

Цель работы: представить результаты применения декасана и октенисепта в профилактике раневых осложнений.

Материал и методы исследования.

Под наблюдением находилось 254 больных, оперированных в хирургических отделениях ГКБ №1, г. Бишкек по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости с 2014 по 2016 год включительно. Их распределение по полу и возрасту дано в таблице 1.

Таблица 1-Распределение больных по полу и возрасту (n-254)

	Всего		**из них в возрасте**					
Пол	абс	%	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	60-…..
Муж.	84	33,1	20	25	21	21	20	12
Жен.	170	66,9	25	22	29	23	22	14
абс	254	100,0	45	47	50	44	42	26
Итого %	100,0	100,0	17,7	18,5	19,7	17,3	16,5	10,3

Во всех возрастных группах было почти равное число поступивших, лишь лица старше 60 лет составили 10,3 %. Характер заболеваний был так же равнозначен во всех группах (табл. 2).

Таблица 2-Характер заболеваний в контрольной и основной группе.

Заболевания	**Группы:**					
	контрольная		**первая основная**		**вторая основная**	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Острый аппендицит	19	36,6	57	56,5	45	44,6
Острый холецистит	30	57,7	42	41,7	54	53,6
Кишечная непроходимость	2	3,8	1	0,9	1	0,9
Ущемленная грыжа	1	1,9	1	0,9	1	0,9
Итого	52	100,0	101	100,0	101	100,0

Наибольшее число составили больные с острым аппендицитом и холециститом, а с другими заболеваниями, такими как кишечная непроходимость и ущемленная грыжа поступали редко. Для профилактики раневых осложнений, помимо общепринятых мер (тщательный гемостаз, бережное отношение к тканям) использовали 2 антисептика (декасан и октенисепт), а в контрольной группе антибиотики после операции (гентамицин, ампициллин, цефазолин, цефтриаксон) внутримышечно на протяжении 4-5 дней. Избранные антисептики использовали исходя из их состава и механизма действия [7]

Так, декасан-декаметилен-бис аммония дихлорид, 1 мл раствора содержит 0,2 мг декаметоксина. Это антимикробный препарат, который концентрируется на цитоплазматической мембране микробной клетки., нарушая проницаемость ее мембран. Декаметоксин проявляет бактерицидное действие на стафилококки, стрептококки, синегнойную и кишечную палочку, вирусы. В процессе лечения этот препарат повышает чувствительность микроорганизмов к антибиотикам. Выпускается ОсОО фирма « Юрія-фарм» (Украина, Киев).

Методика профилактики: в момент операции при наличии выпота в брюшной полости-выпот удаляли, а затем брюшную полость орошали 0,02 % раствором декасана, при отсутствии выпота предлежащую часть брюшной полости к ране орошали раствором декасан и операционную рану, а затем рану ушивали, при необходимости подкожную клетчатку дренировали резиновой полоской. Эхоморфометрию ран выполняли через 1,3,5-6 суток.

Второй препарат октенисепт- 100 мл. раствора содержит октенидина дигидрохлорида 0,1 г. и 2,0 феноксиэтанола, составляющая часть-диметил аммония ацетат, глицерин, натрия хлорид и очищенная вода. Препарат оказывает бактерицидное действие на аэробную и анаэробную флору, вирусы, грибки. Препарат уничтожает микрофлору, не повреждая клетки тканей. Производитель «Шюльке и МайрГмбХ» Германия.

Методика профилактики: после выполнения основного этапа операции (удаления очага воспаления), подкожная клетчатка на всем протяжении раны обрабатывается препаратом-октенисептом и рана ушивается.

Механизм действия этих препаратов явился для нас основанием для применения их в профилактике раневых осложнений.

Результаты и их обсуждение.

Анализ клинических показателей после применения антисептиков с целью профилактики (табл. 3) показал, что у больных контрольной группы более длительно сохраняется болевой синдром, позже наступает нормализация температуры, более высокая частота осложнений и более длительное пребывание в стационаре.

Таблица 3 - Клинические показатели

Показатели	Контрольная группа $M_1 \pm m_1$	Первая основная $M_2 \pm m_2$	Вторая основная $M_3 \pm m_3$	Р-степень достовернос-ти
Нормализация температуры(сутки)	3,1±0,01	2,4±0,02	2,0±0,11	M_1- M_2<0,01 M_2- M_3<0,05
Исчезновение Болевого синдрома	5,1±0,13	3,4±0,12	3,5±0,08	M_1- M_2<0,01 M_2- M_3>0,05
Нормализация количества лейкоцитов	4,2±0,07	3,1±0,03	3,2±0,02	M_1- M_2<0,01 M_2- M_3>0,05
Частота осложн. (%)	11 чел (21,2%)	5 чел (4,9 %)	2 (2,0%)	
Койко дней в стационаре	7,4±0,12	6,1±0,08	5,2±0,04	M_1- M_2<0,05 M_2- M_3<0,05

Применение 0,02 % раствора декасан и октенисепта существенно влияют на течение раневого процесса и общее состояние больного в сравнении с больными контрольной группы. В то же время сравнение клинических показателей в основных двух группах позволило отметить различия лишь в сроках нормализации температуры, а сроки исчезновения болевого синдрома и нормализация количества лейкоцитов были на одинаковом уровне. Процент осложнений во второй основной группе был в два раза меньше первой основной.

Анализ клинических показателей позволил выявить положительное влияние антисептиков на течение раневого процесса.

Выполненная эхоморфометрия ран при различных заболеваниях в ближайшие сроки после операции (табл.4) позволили оценить течение раневого процесса и выявить риск возникновения осложнений до клинического их проявления.

Таблица 4- Показатели эхоморфометрии ран

Заболевания			Сроки обследования (сутки).		
			1	3	5-6
Острый аппендицит	К	$M_1 \pm m_1$	2,4±0,01	2,6±0,02	2,3±0,01
	1-Осн	$M_2 \pm m_2$	2,4±0,2	2,5±0,01	2,1±0,02
	2-Осн	$M_3 \pm m_3$	2,3±0,01	2,2±0,01	1,6±0,01
Р-степень достоверности	M_1-M_2 M_2-M_3		>0,05 >0,05	>0,05 <0,05	<0,05 <0,01
Острый холецистит	К	$M_1 \pm m_1$	2,4±0,02	2,6±0,01	2,2±0,01
	1-Осн	$M_2 \pm m_2$	2,4±0,01	2,2±0,01	1,2±0,01
	2-Осн	$M_3 \pm m_3$	2,4±0,02	2,3±0,01	2,0±0,02
Р	M_1-M_2 M_2-M_3		>0,05 >0,05	<0,01 >0,05	<0,01 <0,01
Кишечная непроходимость	К	$M_1 \pm m_1$	2,5	2,6	2,0
	1-Осн	$M_2 \pm m_2$	2,5	2,6	2,1
	2-Осн	$M_3 \pm m_3$	2,4	2,1	2,0
Ущемленная грыжа	К	$M_1 \pm m_1$	2,4	2,7	2,3
	1-Осн	$M_2 \pm m_2$	2,4	2,3	2,0
	2-Осн	$M_3 \pm m_3$	2,3	2,4	2,0

Сравнение показателей эхоморфометрии больных контрольной и основных групп показало, что в первые сутки после операции показатель эхоморфометрии во всех группах остаются на одинаковом уровне, на 3 сутки у больных контрольной группы они у большинства увеличиваются, а к 5 сутки отмечено уменьшение зоны инфильтрации, подобная динамика была отмечена и у больных основных групп, но обращают на себя внимание, что увеличение зоны инфильтрации при использовании антисептиков было незначительным. Мы обратили особое внимание на размеры зоны инфильтрации на 5 сутки и если она была на уровне 3 суток или увеличивалась, то это являлось показанием для ревизии раны и усиления антибактериальной терапии. Использование антисептиков позволило снизить частоту раневых осложнений (с 21,2 до 2 %).

Полученные результаты наших исследований позволяют сделать следующие выводы:

1. Использование антибиотиков в неотложной хирургии не предотвращает развитие раневых осложнений.

2. Применение антисептиков декасан 0,02 % раствора и октенисепта с целью профилактики осложнений способствует нормализации температуры, более раннему исчезновению болевого синдрома, снижению частоты осложнений. Положительная динамика более выражена при использовании октенисепта.

3. Антисептики декасан и октенисепт, не токсичны, не вызывают побочных реакций и не увеличивают материальных затрат.

Литература:

1. Аминова, З.М. Применение богатой тромбоцитами плазмы в ортопедии [текст] / З.М. Аминова, А.Л. Емелин, М.В. Овечкин // Методические рекомендации для врача. М., 2012.-18с.

2. Брискин, Б.С. Эффективность применения ИК-лазерного излучения в профилактике послеоперационных осложнений у больных сахарным диабетом [текст] / Б.С. Брискин, А.К. Полонский, И.М. Алиев // Врач.-2009.-№ 2.-С. 21-29.

3. Исмаилова Л.В. Магнитно-лазерная терапия в профилактике и лечении гнойно-воспалительных осложнений послеоперационных ран [текст] / Л.В. Исмаилова: автореф. дисс. канд. мед.наук. М, 2009.-19с.

4. Мохов Е.М. Применение биологически активных шовных материалов в неотложной хирургии органов брюшной полости [текст] / Е.М. Мохов, Р.Ю. Чуманов, А.Н. Сергеев // Вестник хирургии.-2012.- №3.-С.24-28.

5. Мусаев А.И. Профилактика раневых осложнений в хирургии и оперативной гинекологии [текст] / А.И. Мусаев, Мамасалы у. Ж., Н. Мусаева // Бишкек: ОсОО «Кут Бер», 2015.-120 с.

6. Семина Н.А. Внутрибольничная инфекция как проблема биобезопасности [текст] / Вестник Российской академии наук-2002. № 10.- С. 48-50.

7. Фомин П.Д. Применение антисептика декасан в неотложной абдоминальной хирургии [текст]/ П.Д. Фомин, А.М. лисов, С.Н. Козлов // Клиническая хирургия.-2009.- № 11-12.- С.-100.

8. Horkins L. Antibiotic prophilaxis regimens and drugs for cesarean section [text]/ L.Horkins, F Small // Cochrane Database. Syst. Rev.-2012.-№ 1.-P. 1136-1138.

9. Kim J.T. Platelets-Rich Plasma stimulates Cell proliferation and Enhances Matrix venue Expression and synthesis in Tenocytes From Human Rotator Cuff Tendons with Regenerative tears [text]/ J. E. Kim, C.H. Jo, K.S. Yoon / Spats Med.-2012.-№2.-P. 249-258

10. Nikolidakis P. The biology of platelet-rich plasma and its application in oral surgery: literature review [text]/ P. Nikolidakis, J.A. Jansen // Tissue End Part B Rev.-2008.-Vol., N 14.- P. 249-258.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Култаев У.Т.
Городская клиническая больница № 1,
г. Бишкек, Кыргызская Республика
(научный руководитель - д.м.н. Е.Ж. Жолдошбеков)

Резюме: Представлены результаты применения мер профилактики у 42 больных сахарным диабетом, оперированных по поводу заболеваний органов брюшной полости (основная группа) и результаты 52 больных (контрольная группа) с использованием традиционных мер профилактики.

Осложнения имели место у 3 (7,1%) основной группы и у 9 (17,3%) – контрольной.

Ключевые слова: сахарный диабет, заболевания брюшной полости, операция, осложнения, профилактика, антибиотики, местная и общая озонотерапия.

КАНТ ДИАБЕТИНИН ФОНУНДАГЫ ИЧЕГИ КӨҢДӨЙҮНҮН ОРГАНДАРЫНДАГЫ ООРУЛАРЫ БАР БЕЙТАПТАРДА ИРИҢ-СЕЗГЕНҮҮ ТАТААЛДАНЫШУУЛАРЫНЫН АЛДЫН АЛУУ

Култаев У.Т.
№1 шаардык клиникалык оорукана,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы
(илимий жетекчиси м.и.д. Е.Ж. Жолдошбеков)

Корутунду: Алдын алуу чараларын, ичеги көңдөйүнүн органдарынын оорулары боюнча операцияланышкан (негизги топ) кант диабети менен ооруган 42 оорукчандарга колдонуунун жыйынтыктары жана алдын алуунун салттуу чараларын пайдалануу менен 52 оорукчандын (текшерүүчү топ) жыйынтыктары берилген. Татаалдашуу негизги топтон 3 (7,1%) жана текшерүүчү топтон – 9 (17,3%) адамда орун алган.

Негизги сөздөр: кант диабети, ичеги көңдөйүнүн оорулары, операция, татаалдашуу, алдын алуу, антибиотиктер, жергиликтүү жана озон терапиясы.

PREVENTION OF PYOINFLAMMATORY COMPLICATING DISEASES IN PATIENTS WITH ABDOMINAL DISEASES IN THE SETTING OF DIABETES MELLITUS

Kultaev U.T.
City Clinical Hospital No. 1,
Bishkek, Kyrgyz Republic
(Scientific Supervisor, holder of post-doctoral degree in medicine: Zholdoshbekov E. Zh.)

Summary: The results of the application of preventive measures in 42 diabetic patients undergoing surgery for abdominal diseases (main group) and the results of 52 patients (control group) using conventional preventive measures are provided. Complicating diseases occurred in 3 patients (7.1%) from the main group and in 9 patients (17.3%) from the control group.

Key words: diabetes mellitus, abdominal diseases, surgery, complicating diseases, prevention, antibiotics, topical and general ozone therapeutics.

В настоящее время сахарный диабет является одной из наиболее важных проблем здравоохранения, так как заболеваемость растет во многих странах мира, и Кыргызская Республика не является исключением [1,2,4,10]. Проблема усложняется еще и тем, что за последние годы существенно увеличилась заболеваемость желчнокаменной, язвенной болезнью и другими заболеваниями и при этом больные чаще стали поступать с уже развившимися осложнениями (перитонит, кровотечение), что еще больше усложняет их лечение на фоне сахарного диабета [3,5,9] Как утверждают исследователи при возникновении хирургических заболеваний на фоне сахарного диабета всегда имеет место риск развития гнойно-воспалительных осложнений в связи с особенностями возрастного состава больных, снижения иммунологической реактивности организма, возрастанием количества резистентных к антибиотикам штаммов микроорганизмов, глубиной и степенью метаболических расстройств, которые приводят к развитию синдрома полиорганной недостаточности [1,2,7]. На современном этапе развития медицины большую проблему представляет собою лечение воспалительных заболеваний органов брюшной полости и особенно разработка и использование мер профилактики гнойно-воспалительных осложнений, которые бы позволили снизить частоту этих осложнений [6,8,9], что и явилось основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования – представить результаты использования мер профилактики гнойно-воспалительных осложнений в абдоминальной хирургии на фоне сахарного диабета.

Материалы и методы обследования. Анализу подвергнуты результаты оперативного лечения 94 больных с заболеваниями органов брюшной полости на фоне сахарного диабета, которые были оперированы в хирургических отделениях ГКБ №1, г.Бишкек в период с 2012 по 2016 год включительно. При этом нами были выделены две группы: первая группа (52 чел.), которые с целью профилактики получали традиционное лечение, принятое в клинике – это была контрольная группа и 42 больных, у которых нами были использованы разработанные методы профилактики (основная группа). И 94 больных, женщин было - 60, мужчин - 34, возраст их колебался от 26 до 73 лет. Давность заболевания сахарным диабетом колебалась от одного года до 20 лет, а у 8 больных сахарный диабет выявлен при поступлении к нам в клинику. Легкая степень тяжести сахарного диабета имела место у 44, средняя степень тяжести у 42 и тяжелая у 8. Необходимо отметить, что по полу, возрасту, давности заболевания и степени тяжести сахарного диабета обе группы были равнозначны. Характер патологии сахарного диабета в обеих группах дан в таблице 1.

Анализ больных контрольной и основной групп показал, что наиболее часто в сочетании с сахарным диабетом поступали больные с ЖКБ, что связано с увеличением заболеваемости ЖКБ, с послеоперационными вентральными грыжами оперировали в основном с осложненными формами (невправимия, ущемленияе), а больные с зобом при выявлении тиреотоксикоза, а остальные больные оперированы по экстренным показаниям (желудочное кровотечение, кишечная непроходимость). Очень осторожно подходили к оперативному лечению больных с хроническим калькулезным холециститом (16 чел.) – это были больные, у которых неоднократно возникали печеночные колики, после которых наблюдалась иктеричность кожных покровов и имело место снижение качества жизни.

В обследовании больных помимо общеклинического исследования (анализ крови и мочи, свертываемость, ЭКГ) определяли уровень сахара крови в динамике, печеночные и почечные тесты, УЗИ до операции для определения характера заболевания, а в послеоперационном периоде для выявления осложнений, по показаниям выполняли эзофагогастродуоденоскопию.

Таблица 1 - Характер патологии органов брюшной полости на фоне сахарного диабета у больных контрольной и основной групп

Заболевания	контрольная		основная	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Острый холецистит	16	32,8	20	47,6
Хронический калькулезный холецистит	16	32,8	8	19,1
Хронический калькулезный холецистит + холедохолитиаз	4	7.7	3	7,1
Послеоперационная вентральная грыжа	5	9,6	3	7,1
Ущемление вентральной грыжи	2	3,8	1	2,4
Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением	4	7,7	2	4,8
Зоб	2	3,8	-	-
Кишечная непроходимость	3	5,8	5	11,9
Итого	52	100,0	42	

Все больные до операции и после неё и после консультированы эндокринологом. Полученные результаты обработаны путем вычисления относительных величин (в %).

Лечение больных контрольной группы включало сахаропонижающие препараты (в основном простой инсулин, малые дозы, многократно под контролем уровня сахара), антибиотики цефазолин или цефтриаксон по 1,0 внутривенно два раза в сутки, инфузионную терапию (реополиглюкин ксилат, реосорбилакт, витамины внимания группы В и С, ацесоль, дисоль, раствор Рингера и др.)

Лечение больных основной группы включало введение антибиотиков цефазолин или цефтриаксон внутривенно до операции за 15-20 минут и к исходу операции, а затем на протяжении 4-5 дней продолжали введение антибиотиков в сочетании с метронидазолом 100 мл 2 р. в сутки, также введение сахаропонижающих препаратов (инсулин) и инфузионную терапию в которую помимо перечисленных препаратов контрольной группы добавляли введение озонированных физиологических растворов хлорида натрия с концентрацией озона 3-4 мкг/мл по 400 мл ежедневно, а в момент операции операционную рану и брюшную полость орошали с озонированным раствором, концентрацей озона 8-10 мкг/мл.

Результаты и их обсуждение. Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием с обязательной предоперационной подготовкой перед экстренной операцией 1- 2 часа, а при хронических заболеваниях – не более 1 – 2 суток, и в основном вводили сахаропонижающие препараты и инфузионную терапию. Тип операций и характер осложнений больных контрольной группы даны в таблице 2.

Необходимо отметить, что послеоперационный период протекал тяжело, несмотря на то, что им проводилась антибактериальня терапия и контроль за уровнем сахара в крови, а при желчнокаменной болезни – гепатопротекторы (гептрал, эссенциале). У 9 (17,3 %) больных возникли осложнения, причем у 4 из них было сочетание нескольких осложнений.

Наибольшему числу больных была выполнена холецистэктомия, а осложнения возникли у 2 больных, у 1 сочетание осложнений. После холецистэктомии с наружным дренированием осложнения возникли у 2 больных, у 1 из них имело место сочетание осложнений - это острая сердечно-сосудистая недостаточность, полиорганная недостаточность, которые и явились причиной смерти.

У 7 больных выполнены хирургические вмешательства по поводу послеоперационных вентральных грыж, в послеоперационном периоде отмечены осложнения у 5 больных, при чем у 2 из них имело место сочетание полиорганной недостаточности и гипергликемической комы.

По поводу кишечной непроходимости оперирован 1 больной, у него развились тяжелые осложнения (гипергликемическая кома и отек головного мозга), которые привели к смерти. Основную группу составили 42 больных, которые также были оперированы.

Типы операций у больных основной группы и контрольной. (табл. 3).

Таблица 2 - Типы операций у больных сахарным диабетом и характер осложнений

Тип операции	Всего больных		Из них возникли осложнения				
	абс.ч.	%	Нагноение раны	ССН	ГК	Абсцесс	ПОН
Холецистэктомия	32	61,6	2				
Холецистэктомия + наружное дренирование по Вишневскому	4	7,7	1	1		1	1
Грыжесечение	7	13,5	2		1		1
Резекция желудка	4	7,7					
Гемиструмэктомия	2	3,8					
Лапаротомия с рассечением спаек	2	3,8					
Лапаротомия с резекцией кишечника	1	1,9			1		
Итого:	52	100,0	5	1	2	1	2

х) ССН - сердечно-сосудистая недостаточность; ПОН – полиорганная недостаточность; ГК - гипергликемическая кома; Всего осложнений - 11, а больных с осложнениями – 9.

Таблица 3 - Типы операций основной группы и характер осложнений после операций

Тип операции	Всего больных		Из них возникли осложнения			
	абс.ч.	%	Нагноение раны	Парез кишечн.	Плеврит	Всего
Холецистэктомия	28	66,7				
Холецистэктомия + наружное дренирование	3	7,1	1			1
Грыжесечение	4	9,5		1		1
Резекция желудка	2	4,8			1	1
Лапаротомия с рассечением спаек	3	7,1				
Лапаротомия с резекцией кишечника	2	4,8				
Итого:	42	100,0	1	1	1	3 (7,1%)

Несмотря на тяжесть состояния больных, использование мер профилактики воспалительных осложнений позволило улучшить результаты. Летальных исходов не было, а осложнения имели место у 3 (7,1%), с этими осложнениями удалось справиться и добиться выздоровления. Нагноение раны возникло у одного больного и по одному наблюдению был парез кишечника после грыжесечения, выполненного по поводу послеоперционной вентральной грыжи и плеврит после резекции желудка.

На основании выполненных исследований необходимо отметить:

1. Хирургические заболевания нередко возникают у больных сахарным диабетом и более часто с желчекаменной болезнью.
2. После операций, выполненных по поводу заболеваний органов брюшной полости на фоне сахарного диабета имеется высокий риск возникновения гнойно-воспалительных осложнений.
3. Использование мер профилактики позволило снизить частоту осложнений более, чем в два раза. (с 17,3% до 7,1%).

Литература:

1. Барабашин И.А. Лечение острой гнойной инфекции у больных сахарным диабетом [текст]/ И.А.Барабашин // Вестник хирургии. – 2004. - №4. – С.62-64.
2. Братусь В.Д. Сахарный диабет и хирургические заболевания [текст]/ В.Д. Братусь, Л.И. Фоменко, В.И. Клюзько. Киев, 1998. – 112 с.
3. Газетов Б.М. Хирургические заболевания у больных сахарным диабетом [текст]/ Б.М. Газетов, А.П.Калинин. М.: Медицина, 1991. – 105 с.

4. Мамутова С.К. Отчет Минздрава Кыргызской Республики [текст]/ С.К.Мамутова. Бишкек, 2014. – 154 с.
5. Кузнецов Е.В. Язвенная болезнь и сахарный диабет [текст]/ Е.В.Кузнецов // Врач, 1995. - № 9 – с. 28-29.
6. Ремизов С.В. Хирургическое лечение острого парапроктита у больных сахарным диабетом [текст]/ С.В. Ремизов: автореф. дисс. канд. мед. наук, 14.01.17 М.: 2005. – 21 с.
7. Федорченко Ю.Л. Хронические гастродуоденальные язвы у больных сахарным диабетом [текст]/ Ю.Л.Федорченко: автореф. дисс. канд. мед. наук, 14.01.17. М.: 2005. – 18 с.
8. Berry M. Diabetes mellitus aud operated peptic ulcer disease [текст]/ M. Berry // J. Gastroenterol,# – hepatol. – 2015. – vol.2, № 12. – P. 308-310
9. Berry M. Diabetes mellitus aud operated peptic ulcer disease [текст]/ M. Berry // J. Gastroenterol. – hepatol. – 2015. – vol.2, № 12. – P. 308-310
10. Shaw J. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030 [text]/ J. Shaw, R.A.Sicree, P.Z. Zimmet // Diabetes Res. Clun. Pract. – 2010 – vol. 87, № 1. – P. 4 – 14.

THE CLINICAL COURSE OF ACUTE HEMATOGENOUS OSTEOMYELITIS OF THE LONG BONES IN ADULTS

A.S. Beishenaliev, A.A. Turkmenov, A.M. Turkmenov, Mohammad Ahmad
Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Achunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The article describes the experience of the clinical monitoring of adult patients with acute hematogenous osteomyelitis, marked clinical features and characteristics of the local nature of changes occurring in acute hematogenous osteomyelitis of the long bones in adults.
Key words: acute hematogenous osteomyelitis, clinical course, adults.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ВЗРОСЛЫХ

А.С. Бейшеналиев, А.А. Туркменов, А. М. Туркменов, Мухаммад Ахмад
КГМА им И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлен опыт клинического наблюдения за взрослыми больными с острым гематогенным остеомиелитом, выделены особенности клинического течения и особенности характера местных изменений происходящих при остром гематогенном остеомиелите длинных трубчатых костей у взрослых.
Ключевые слова: острый гематогенный остеомиелит, клиническое течение, взрослые.

ЧОҢДОРДО УЗУН ЖИЛИК СӨӨКТӨРҮНҮН КУРЧ ГЕМАТОГЕНДИК ОСТЕОМИЕЛИТТИН ЖҮРҮШҮНҮН КЛИНИКАЛЫК-ДИАГНОСТИКАЛЫК АР ТАРАПТУУ ТАЛДООСУ ЖҮРГҮЗҮЛГӨН

А.С. Бейшеналиев, А.А. Туркменов, А. М. Туркменов, Мухаммад Ахмад
И.К. Ахунбаев атындагы КММА,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Клиникалык материал узун жилик сөөктөрүнүн курч гематогендик остеомиелити менен 70 чоң курактагы оорулууларды текшерүү жана дарылоо натыйжаларын камтыйт.
Негизди создор: курч гематогендик остеомиелити, чоң курактагы, клиникалык-диагностикалык ар тараптуу талдоосу

Relevance. In adults, acute hematogenous osteomyelitis (CSO) is rare and insufficiently studied. At the beginning of the last century, cases of adult disease thought CSO were casuistic. Literature data on the frequency of occurrence of CSOs, the features of the disease, in adult patients with localization process are

scarce and contradictory [1,4]. In a large hospital operation it is, as a rule, there are not more than one or a few cases per year. At the same time the share of the heavy disease after 18-20 years, not more than 20% of cases [1,2,3,5].

Subjects. We have studied the results of examination and surgical treatment of 70 adult patients with CSOs long bones were hospitalized in the department of purulent surgery of the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. The observation period was from 1988 to 2009. All patients were divided into study and control groups. The study group included 34 (48.6%) patients who had surgery using an original technique of osteoperforation with enhanced sanitation and drainage of purulent focus, followed by lavage of the medullary canal were produced. The control group consisted of 36 (51.4%) patients who were operated on by other surgical techniques.

Results and discussion. The distribution of patients by age group shows that the CSO in long bones in adults occur at any age, with a significant increase in young people. The largest number of patients was in the age group 20-29 years, 45 (64.3%) patients.

In studying the history of the disease in all patients received particular attention was paid to the patient's history of life, in particular children's anamnesis. It revealed that 5 (7.4%) patients aged from 1 year to 15 years earlier had diagnosed CSOs about which had surgery. Also attention is drawn to the fact that from 70 (100.0%) patients in the children's history 20 (28.6%) patients revealed the presence of suffering one or more septic disease. Thus, based on these data, we can assume that 25 (35.7%) patients, the development of long bones of CSOs is a consequence of being treated insufficiently or not diagnosed CSOs suffering in childhood.

Noteworthy is the fact that of all the 70 patients and control group admitted to the department of purulent surgery, the correct diagnosis of the guide - "Acute hematogenous osteomyelitis of the long bones", was installed in only 48 (68.6%) patients.

The remaining 22 (31.4%) patients received other (incorrect) diagnoses. In addition, 29 (41.4%) patients and control group were transferred from other departments and hospitals.

In our opinion, the prevalence in the study and control groups of patients in a state of moderate severity due to the long period of pre-hospital related to incorrect diagnosis and, consequently, the wrong tactics of treatment, which led eventually to the belated hospitalization. So, after 10 days from the onset of the disease are hospitalized 39 (55.7%) patients.

All of the above suggests considerable difficulties installing the correct diagnosis when CSOs long bones in adults. In this regard, I would like to reiterate that the CSO long bones in adults - a relatively rare pathology, even in surgical hospitals. And accordingly - not always have to "caution" about the CSO long bones physicians in their daily practice.

Another important in our opinion is the fact that out of 70 (100.0%) of patients in 46 (65.7%) cases, the disease occurred in the autumn-winter period, ie seasonality observed in the emergence of CSOs long bones and in 9 (12.9%) patients had a variety of acute purulent-septic diseases in62 (88.6%) patients - chronic inflammatory diseases, including trauma from 15 (21.4%) patients, against which developed CSOs.

In 16 (22.8%) patients, severity of the condition was exacerbated by the presence of concomitant pathology therapy - ischemic heart disease, hypertension, diabetes, peptic ulcer, bronchial asthma, etc. Serious condition at admission was noted in 9 (12.8%) patients. In most cases, the general condition of patients with CSOs long bones were of moderate severity - 41 (58.6%).

To determine the severity of the condition patients, we evaluated the severity of the syndrome of systemic inflammatory reaction of the body, as well as the shape of the clinical course CSO.

The study of the clinical manifestations of the disease in patients revealed the presence of CSOs long bones characteristic triad of clinical symptoms: acute and growing emerging localized pain, restricting segments of the musculoskeletal system functions, remitting fever. This triad occurred in all 70 (100.0%) of patients already on the pre-hospital stage. New limb pain in other areas of the body within a few days become constant and intense amplified overnight and analgesics were not removed. There was a growing concern of patients disturbed sleep.

Of the 70 (100.0%) of the patients and control group, 51 (72.9%) case, referred pain localized in adjacent joints and remote area assessed as a manifestation of another disease.

In most cases we diagnosed early form of the disease. At the same time dominated the symptoms caused by inflammation of the bone and soft tissues; general condition can be moderately severe or even satisfactory.

To characterize the changes occurring in the bone, we used the classification of CSOs long bones in adults, reflecting the pathogenesis of the disease with the most characteristic changes in the bone, the proposed AA Kutin and NI Mosiyenko [70]. In this case the following results were obtained: 11 (15.7%) Patients

diagnosed with edematous hemorrhagic myelitis, in which the bone marrow inflammation is accompanied by edema, cellular infiltration; increased intraosseous pressure from bone after craniotomy, is released under pressure hemorrhagic exudate. In 23 (32.9%) our patients diagnosed with acute myelitis abscess, cellulitis intraosseous is observed, which is distributed by the medullary canal. Bone marrow is transformed into a thick purulent hemorrhagic "weight".

In most cases - 36 (51.4%) our patients diagnosed with acute suppurative osteomyelitis, necrotic with exudate and pus penetrate the Haversian canals, inflammation and circulatory disorders lead to necrosis and sequestration of bone tissue. It causes formation of ulcers in the medullary canal - liquid pus.

Thus, the shape of the clinical course of CSOs long bones in adults dominated the local form of the disease that was, and the nature of local changes in the bones most frequently encountered acute suppurative osteomyelitis, necrotizing.

It should also be noted that in choosing the nature of surgery in the study group was to determine the nature of local changes in bone and surrounding tissues of the affected bone.

All the patients, according to the plan of the survey were to carry out X-ray of the affected limb segment at admission and in dynamics after the operation and at different times the nearest and remote postoperative period.

The earliest signs of CSOs long bones are thickening and deformation of soft tissues surrounding the bone, which we found on the 2-3 day of illness.

However, the most significant radiological symptom we felt the presence of periodontitis - the emergence of the linear shade next to the cortical bone of the affected bone. According to our data abscess was detected only in 2-3 weeks after the onset of the disease.

According to our data, 70 (100.0%) patients with predominant pathology of large tubular bones: the femur - 27 (38.6%) patients, Shin bone - 21 (30.0%) sick, Humerus - 11 (15.8%) patients. Much less of the forearm bones - 8 (11.4%) patients, the collarbone - 1 (1.4%) patient. Multiple bone loss was observed in 2 (2.8%) patients.

Microbiological studies of the microflora osteomyelitic foci performed in 26 (37.0%) patients. These studies were carried out by the usual method and consisted of qualitative evaluation of the microflora isolated from the pus of bone cavities and abscesses paraossalnyh. Thus the exciter is verified in 14 (87.5%) patients of the main and 9 (90.0%) patients from the control group.

The causative agent of the inflammatory process in the bone according to microbiological analysis in most cases is Staphylococcus aureus, are sown in monoculture in the main and control group, respectively, 56.3% and 50.0% of cases, as well as in association with other agents, respectively, in 6.2 % and 10.0%, Proteus vulgaris allocated respectively 12.6% and 10.0%, of Ps. Aeruginosa in 6.2% and 10.0%, hemolytic Staphylococcus aureus in 6.2% and 10.0% of patients in the study and control groups, respectively.

Thus, in adult patients in the form of clinical course of CSOs long bones dominated the local form of the disease, the nature of local changes in the bones most frequently encountered acute suppurative osteomyelitis, necrotizing. Factors that influence the results of treatment of CSO long bones in adults are: difficulty of early diagnosis of disease, a long period of pre-hospital related to the incorrect diagnosis and, as a result, the wrong tactics of treatment, which led eventually to the belated hospitalization.

Reference:

1. Aytaliev D.E. Surgical treatment of chronic osteomyelitis [Text] / D.E. Aytaliev, B.A. Sabyrbekov, A.U. Kydybaeva // Central Asian medical zhurnal.- 2003.- T. IX (adj. 1) .- p. 19-21.

2. Akzhigitov G.N. Hematogenous osteomyelitis [Text] / GN Akzhigitov, Y.B. Yudin. - M .: Medicine, 1998. - 288 p.

3. A.N. Anipchenko Surgical treatment osteomyelitic defects of long bones of limbs [Text] / A.N. Anipchenko // Surgery. - 2007. - № 3. - P. 35-38.

4. Boyarintsev V. S. .The pathogenesis of osteomyelitis [Text] / V.S. Boyarintsev, S.I. Konovalenko, A.A. Tsybin // Herald of new medical technologies. - 2003. –N. 1-2. - P. 61-63.

5. Kutin A. A. Hematogenous osteomyelitis in adults [Text] / A.A. Kutin, N.I. Moiseenko. - M.: Medicine and Life, 2000. - 224 p.

УДК 617.57 : 617.54 : 617.55 (517.2)

АНАЭРОБНАЯ НЕКЛОСТРИДИАЛЬНАЯ ФЛЕГМОНА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ И ПРАВОЙ БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ГРУДИ И ЖИВОТА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

К.С. Сыдыгалиев[1], А.А. Сопуев[2], Ю.К. Уметалиев[2], Н.Н. Маматов[2] , А.К. Мамбетов[2], А.А. Самаков, Жумабеков С[2], Агачиев Э[2]
[1]Национальный Хирургический Центр Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики
[2]Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье представлено клиническое наблюдение и опыт успешного лечения анаэробной неклостридиальной флегмоны верхней конечности и правой боковой поверхности груди и живота.

Ключевые слова: анаэробная неклостридиальная флегмона, инфекция, неклостридиальный целлюлит, фасциит, миозит, гнойные раны, лечение гнойных ран.

ОН КОЛДУН ЖАНА КУРСАК ЖАНА КОКУРОК КООДОНУНУН ОН ЖАК ТАРАБЫНЫН АНАЭРОБДУК КЛОСТРАДИАЛДЫК ЭМЕС ФЛЕГМОНАСЫ

К.С. Сыдыгалиев[1], А.А. Сопуев[2], Ю.К. Уметалиев[2], Н.Н. Маматов[2] , А.К. Мамбетов[2], А.А. Самаков[2], Жумабеков С.[2], Агачиев Э[2].
[1]Улуттук Хирургия борбору,
[2]И.К. Ахунбаев атындагы КММА,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада он колдун жана курсак жана кокурок коодонунун он жак тарабынын анаэробдук клострадиалдык эмес флегмонасынын клиникалык журушу жана ийгиликтуу дарылоосу баяндалды.

Негизги создор: анаэробдук клострадиалдык эмес флегмона, инфекция, клостриалдык эмес целлюлит, фасциит, миозит, ирин жарасы, ирин жарасын дарылоо.

NON-CLOSTRIDIAL ANAEROBIC PHLEGMON OF THE UPPER LIMB AND THE RIGHT SIDE SURFACE OF THE CHEST AND ABDOMEN (CLINICAL OBSERVATION)

K.S. Sydygaliev[1], A.A. Sopuev[2], U.K Umetaliev[2], N.N. Mamatov[2], A.K. Mambetov[2], A.A. Samakov[2], Gumabecov S[2]., Agachiev E.[2]
[1]National Surgical Center Ministries Of Health Of The Kyrgyz Republic,
[2]Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev The Department of hospital surgery with a course of operative surgery named after M. M. Mamakeev,
Bishkek, The Kyrgyz Republic

Summary. This article presents the clinical experience and observation of successful treatment of non-clostridial anaerobic cellulites of the upper limb and the right side surface of the chest and abdomen

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

Введение. Современной хирургии анаэробная раневая инфекция остается одним из наиболее грозных, жизнеопасных осложнений. Анаэробная раневая инфекция наибольше распространяется во время военных действий.

Анаэробные гнойно-воспалительные поражения мягких тканей конечностей часто приводят к глубокой инвалидизации. Летальность при развитии раневой анаэробной инфекции остается на предельно высоком уровне и составляет 14—80% [2, 3].

В настоящее время большое значение придается неклостридиальным формам анаэробных микроорганизмов, которые в 88—95% наблюдений участвуют в развитии острого инфекционного

процесса. Чаще анаэробную неклостридиальную инфекцию вызывают облигатные анаэробы, развивающиеся и оказывающие свое патогенное действие в условиях аноксии или при низких концентрациях кислорода [8].

В мирное время причинами проникновения анаэробов в ткани кровеносное русло у хирургических больных бывают травмы, операции, хирургические манипуляции, пункции, эндоскопия, распад опухоли. Как и другие бактерии анаэробы имеют следующие факторы патогенности: 1. специфические токсические вещества. 2. химические элементы антигенов и клеточных стенок. 3. неспецифические продукты распада бактерий и тканевых элементов [7].

Анаэробные микроорганизмы составляют абсолютное большинство нормальной микрофлоры человеческого тела. Основной анаэробный представитель – Propioni bacterium acnes, состоящий из родов Staphylococcus, Micrococcus, Propionibacterium, Corinebacterium, Brevibacterium, Acinetobacter, Ptyrosporium. (Noble W., 1984) Цитата из работы Колесова А.П. и соавт., 1989 [5].

В большинстве наблюдений (92—98%) при развитии данных инфекционных раневых процессов анаэробы выявляются в ассоциации с аэробными микроорганизмами (*Streptococcus*, *Staphylococus* и др.) [2, 3], проявляющими выраженную патогенность и усугубляющими тяжесть течения заболевания [5, 9].

Анаэробные бактерии представляют собой разные группы микроорганизмов, способных удовлетворять энергетические потребности при отсутствии кислорода (не более 0,5 % для строгих анаэробов и от 2 до 8 % для умеренных облигатных анаэробов). Они формируют нормальную микрофлору человека в отдельных локусах (прямая кишка, ротовая полость) превышают на несколько порядков число аэробных (Pseudomonas aeroginosa, Acinetobacter spp. и др.) и факультативно-анаэробных (семейство Enterobacteriaceae, Staphylococcus spp., Streptococcus spp., Enterococcus spp. и др.) микроорганизмов [4].

Главное место обитания анаэробов – пищеварительный тракт, где вообще нет стерильных отделов. Соотношение количества аэробов к количеству анаэробов в 1 мл слюны составляет $10^7 – 10^9$ (Hoeprich P., 1970) (Цитата из работы Колесова А.П. и соавт., 1989) [5].

В полости рта встречаются практически все клинически важные возбудители. Основной экологической нишей анаэробов во рту оказываются десневые карманы, окислительно-восстановительный потенциал здесь равен – 300 мВ, и флора на 99 % состоит из анаэробов, что чрезвычайно близко к толстой кишке [10].

Микрофлора пищевода в равной степени представлена аэробами и анаэробами. Микробный пейзаж и обсемененность в значительной степени зависят от его функционального состояния, приема пищи и прочих факторов, так число анаэробов увеличивается по ходу кишечника, а также при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

В толстой кишке открыто более 400 видов бактерий. Благодаря отсутствию кислорода и очень низкому окислительно-восстановительному потенциалу (-250 мВ) она становится основным местом обитания анаэробов. Содержимое кишечника на 20 – 40 % состоит из микробных тел, до 10^{11} в 1 гр [11], из них 97 % строгие анаэробы.

Принципы лечения неклостридиальной анаэробной инфекции

Лечение анаэробных и смешанных инфекций направлена на: 1. Создание в организме больного условий, делающих размножение возбудителей невозможным; 2. Предотвращение внедрения бактерий в здоровые ткани; 3. Обезвреживание и выведение токсинов возбудителей; 4. Создание в организме больного условий, способствующих борьбе с инфекцией и ликвидации ее последствий [5].

Оперативное лечение анаэробной неклостридиальной инфекции направлена на полное удаление инфекционного очага с некрэктомией и эффективное дренирование. Если инфекция захватывает несколько анатомических областей и важные внутренние органы, не имеет тенденции к отграничению, то операция является вспомогательным и дополняется комплексом других лечебных мер для поддержания нарушенных жизненно важных функций и антибактериальной терапией. При анаэробной инфекции в качестве оперативного пособия применяют лампасные разрезы. Этот метод является сугубо вспомогательным. К радикальным методам относятся по возможности получение чистой раны [5].

Клиническое наблюдение.

В настоящей работе представлены клиническое наблюдение и результаты успешного лечения больного с анаэробной неклостридиальной флегмоной верхней конечности справа (молниеносная форма) с поражением правой половины грудной клетки и правой боковой области живота, шеи и щечной области справа.

В приемное отделение НХЦ МЗ КР поступил 05.10. 2014 в 01:10 мужчина 49 лет с (История болезни № 7292) с жалобами на боли и наличие инфильтрата в области правого плеча, сухость во рту,

слабость, повышение температуры тела до 38^0 С, озноб, ограничение движения в правом локтевом суставе, головокружение. Из анамнеза: Со слов больного болеет в течение 7 суток, когда начали беспокоить зуд и краснота в области нижней трети правого плеча после расчесов. Дома лекарства не принимал. За медицинской помощью не обращался. За 5 суток до поступления больной не лечился. Начали беспокоить вышеуказанные жалобы, в связи с чем обратился в приемное отделение НХЦ МЗ КР.

Общее состояние больного средней тяжести. Вес 84 кг. В легких дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. ЧД – 20, тоны сердца приглушены, ЧСС – 110. АД – 90/60 мм рт.ст. Живот обычных размеров – безболезнен. При осмотре на задней поверхности правого плеча воспалительный инфильтрат 8,0 х 8,0 см. Кожа над инфильтратом гиперемирована, отечна. Гиперемия кожи распространяется до верхней трети правого предплечья. Пальпаторно болезнен. Симптом «флюктуации» положительный до средней трети правого плеча. На задней поверхности рана размером 0,3 х 0,3 см, покрыт гнойным налетом.

Диагноз: *Инфицированная рана правого плеча, осложненная флегмоной.*

ОАК от 05.10.14: Эр. – 4,8; Нв – 174 г / л; ЦП – 0,92; Ht – 44,3 %; лейкоциты – 17,3; п / я – 4; с / я – 70; лимфоциты – 21; СОЭ – 18 мм / ч.

05.10.2014г. 02:00 – 02:30 Операция – Вскрытие флегмоны правого плеча. Под местной анестезией Sol. Novocaini 0,25 % - 100,0 мл произведен контрапертурный разрез по задней поверхности правого плеча. Получено около 80 мл гноя. Рана обработана раствором перекиси водорода и фурациллина. Дренировано. Асептическая повязка.

Послеоперационный диагноз: *Инфицированная рана правого плеча, осложненная флегмоной.*

Назначены антибактериальные средства из группы цефалоспоринов и фторхинолонового ряда, обезболивающие средства, инфузионная терапия.

Через 5 часов от момента операции состояние больного ухудшилось. Жалобы на одышку, общую слабость, головокружение, сухость во рту. Пульс 100, АД 80 / 60 мм рт.ст. Дополнительно назначена инфузионная терапия. Наблюдение в динамике. 05.10.2014 10:00 Несмотря на проведенное лечение состояние больного ухудшилось, усилились боли в области послеоперационной раны, головные боли, головокружение, ограничение движения в правой верхней конечности. Осмотрен дежурным реаниматологом и переведен в реанимационное отделение с диагнозом: *Состояние после вскрытия флегмоны правого плеча. Интоксикация. Гиповолемия. Двухсторонняя нижнедолевая пневмония. ТЭЛА. КБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, мозговых сосудов. ХОЗЛ. Подагра. ГБ II типа. Сепсис. Септицемия.*

Назначены реанимационные мероприятия

06.10.2014. С дезинтоксикационной целью назначено электро-химическое окисление крови (ЭХОК) - гипохлорид натрия 0,08 % .

06.10.2014 Рентгенография органов грудной клетки. Заключение: Правосторонняя нижнедолевая абсцедирующая пневмония.

06.10.2014 Консилиум врачей: Диагноз: *Инфицированная рана правого плеча, осложненный флегмоной. Сепсис. Гипертоническая болезнь II – III ст. КБС. Общий атеросклероз мозговых и коронарных сосудов. Септическая пневмония. Острая дыхательная недостаточность.*

ОАК от 08.10.14 г.: Эр. – 3; Нв – 92,8; ЦП – 0,93; Нт – 27,8 %; Лей. – 8,2; П – 8; С – 75; Л – 14; М – 3; СОЭ – 33 мм / ч.

ОАМ от 08.10.14: Белок – 0,138 г/л; прозр – мутная; лейкоциты – 3-4-5 в п/з; эритроциты измененные – 7-10-11; соли – окс++.

Биохимические анализы от 08.10.14: Общий белок – 33,4 г/л; K^+ - 2,3 ммоль/л; сахар – 13,8; амилаза – 24; ПТИ – 60,7 %; Креатинин – 117,8; Общий билирубин – 22,6; прямой билирубин – 18,2; непрямой билирубин – 4,6; Тимоловая проба – 0,54.

По данным общего анализа крови и биохимических показателей имеется снижение эритроцитов и гемоглобина, резкое снижение калия в крови и общего белка, характерно к клинике анаэробной неклостридиальной инфекции, которая приводит к полиорганнной недостаточности.

Дополнительно назначены антибиотики широкого спектра действия и инфузионная терапия.

Но в динамике состояние больного ухудшилось. 07.10.2014. Состояние больного крайне тяжелое. Тяжесть состояния больного обусловлена нарастающим отеком правой верхней конечности, правой половины грудной клетки и правой боковой поверхности живота, правой половины шеи и щечной области лица справа, одышка, вынужденное положение. Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые цианотичные. ЧД 20-25 в мин. Дыхание в легких ослабленное с обеих сторон, а в нижних отделах выслушиваются сухие и влажные хрипы. Пульс 160 в мин. АД 110/70 мм рт.ст.

Правая верхняя конечность резко отечна, напряжен, отек доходит до правого отдела шеи и лица. Кожа на тыльной поверхности правой кисти наружной поверхности предплечья и плеча и надплечья до шеи темно-багрового цвета. Движение верхней конечности резко ограничено. Из раны локтевой области отделяемое темно-багрового цвета с запахом. Правая половина грудной клетки и правая боковая поверхность живота до гребня подвздошной кости на всем протяжении темно-багрового цвета, размером 40 х 20 см, болезнен.

Диагноз: *Инфицированная рана локтевой области справа. Быстро прогрессирующаяся обширная флегмона верхней конечности справа. Анаэробная неклостридиальная инфекция (молниеносная форма), с поражением правой половины грудной клетки и правой боковой области живота, шеи и лица справа. Сепсис. Септикопиемия, тяжелая форма. Полиорганная недостаточность.*

07.10.2014 Операция – хирургическая обработка неклостридиальной флегмоны правой верхней конечности, шеи, правой половины грудной клетки и правой боковой области живота.

Под общим наркозом произведен широкий разрез от подмышечной области правой половины грудной клетки и правой боковой поверхности живота до гребня подвздошной кости длиной до 40 см. при этом обнаружено гнойно-некротическое поражение правой половины грудной клетки и боковой области живота размером 40х20 см. Ткани кожи, подкожно-жировой клетчатки темно-багрового цвета, с неприятным запахом (Рис. 1). Произведено иссечение некротических тканей. В процесс вовлечен апоневроз и мышцы груди и боковой области живота. Произведено иссечение некротических тканей, рассечение фасции, мышцы. Гемостаз. Далее произведен широкий разрез от правой половины плеча и предплечья до кисти. При этом обнаружено аналогичное поражения, гнойно-некротические изменения на всем протяжении правой верхней конечности. Дополнительно произведен разрез по медиальной поверхности плеча и предплечья. При этом обнаружено гнойно-некротическое поражение, но больше в плечевой области, область локтевого сустава и наружной поверхности предплечья, и тыльной поверхности кисти, надплечье до правой половины шеи. Гнойно-некротические ткани иссечены, создана контрапертурная рана и рассечены фасции и мышцы предплечья и плеча с целью декомпрессии. Гемостаз. Рана промыта раствором перекисью водорода и фурациллином и наложена левомеколевая мазь. Рана на всем протяжении оставлена открытой. Асептическая повязка (Рис. 2).

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.

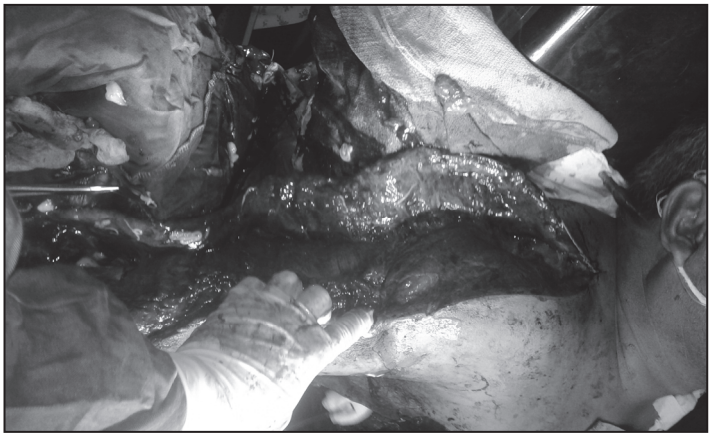


Рис. 2. Больной А., Анаэробный неклостридиальный целлюлит, фасциит, миозит правой верхней конечности с выраженной инфильтрацией тканей.
Этап радикальной хирургической обработки ран.

Макропрепарат: иссеченная кожа, подкожная жировая клетчатка верхней конечности, боковой области грудной клетки и живота темно-багрового цвета с неприятным запахом, инфильтрирована.

Диагноз после операции: *Инфицированная рана локтевой области справа. Быстро прогрессирующая обширная флегмона верхней конечности справа. Анаэробная неклостридиальная инфекция (молниеносная форма) с гнойно-некротическим поражением правой половины грудной клетки, боковой области живота и шеи. Сепсис. Септицемия, септикопиемия, тяжелая форма. Полиорганная недостаточность.*

Результат гистологии: Жировая клетчатка серо-зеленого цвета. В доставленной жировой клетчатке кровоизлияние и острое воспаление.

В послеоперационном периоде рана обильно промокает серозно-мутным отделяемым. Рана в правой половине грудной клетки и боковой области живота размером 40 х 20 см, и рана лампасного разреза по всей поверхности верхней конечности до кости, тоже отделяемое серозно-мутно-гнойным отделяемым. Цвет экссудата коричневого цвета, диффузно пропитывает воспаленные ткани с неприятным запахом.

Известно, что анаэробы образуют неприятно пахнущие вещества, что гниение – это процесс анаэробного окисления белкового субстрата [5].

У больного обнаружено, что кроме целлюлита, развились фасциит и мионекроз, которые переходили в глубь тканей, и каждый раз поражались новые ткани с серозно-геморрагическим отделяемым с запахом. Местный процесс проявлялся в омертвении всей пораженной мышцы и группы мышцы. Мышечные ткани приобрели вид дряблой разжиженной массы грязно коричневого цвета. Обширная рана на перевязке промывалась антисептиескими растворами перекиси водорода, фурациллином и перманганатом калия и в конце накладывалась мазевая повязка с Левомеколем 2 раза в сутки.

В процессе перевязки правой верхней конечности обнаружено, что головная вена тромбирована и там же имеется некроз кожи по ходу ран. Vena cefalica оголенная из-за некроза и тромбирована, в связи с чем произведена перевязка вен на уровне средней трети плеча с удалением вен. 25.10.2014.

08.10.2014 Бактериологический анализ: мазки из раны - обнаружены St. aureus – обильный рост. Чувствительность к антибиотикам: зооперцину, тазиллину. Исходя из этого назначено антибиотики широкого спектра действия, метронидазол – 100,0 в/в кап, поскольку он является метаболическим ядом для многих анаэробов [5]. А также назначены препараты водно-электролитного обмена, комплекс витаминов, переливание крови, свежезамороженная плазма, препараты альбумина, калия хлорида, раствор Рингера. Общее количество вводимых растворов составило 4 литра.

Роль гипербарической оксигенации в лечении анаэробных инфекций играет как этиотропной и патогенетической терапии [1]. Имеются экспериментальное доказательство, что кислород подавляет жизнедеятельность анаэробов и позволяет добиться хороших результатов [6]. Исходя из этого, больной получал 2 курса гипербарической оксигенации, и состояние больного начало улучшаться. В течение 20 дней находился в палате интенсивной терапии и получил комплекс корригирующих лечебных мероприятий.

В результате фасциита и миозита и обширности поражения тканей рана углублялась и доходила до костной ткани, с выделением гноя (Рис. 3). В результате комплексных мероприятий процесс поражения мягких тканей остановился на 20-25-е сутки. Рана оставалась обширной особенно на верхней конечности без кожных покровов, на передне-латеральной части верхней конечности (Рис. 4, 5). Со стороны передне-латеральной поверхности грудной клетки и боковой области живота рана размером 40 х 20 см кожа оставалась сохраненной и после очищения раны перед выпиской наложены вторичные швы. На 60-е сутки после операции больной переведен на аутодермопластику верхней конечности из-за открытой обширной раны в БНИЦТиО в отделение комбустиологии для дальнейшего лечения.

Рис. 3. Больной А. 20-е сутки после операции.
Вид раны после иссечения гнойно-некротических тканей.
Из межмышечного пространства обильно выделяется гнойный экссудат.

Рис. 4. Фаза регенерации.

Рис. 5. 50-е сутки. Фаза грануляции.

Выводы:

1. При обнаружении анаэробной неклостридиальной раневой инфекции необходимы экстренные радикальные хирургические вмешательства с обработкой гнойного очага.
2. Необходимо при первой же операции брать содержимое раны на бактериологическое исследование и кровь на стерильность и чувствительность к антибиотикам, до получения результатов необходимо назначать антибиотики широкого спектра действия.
3. Анаэробная неклостридиальная инфекция является грозным и жизнеопасной инфекцией, приводящей к молниеносным и обширным поражениям мягких тканей с некрозом и приводящей к полиорганной недостаточности.

Литература:

1. Беркутов А.Н. Об анаэробной инфекции огнестрельных ран // Воен. мед. журнал. - 1972, - № 4. - С.14 – 20.

2. Брехов Е.И., Светухин А.М., Багинская И.С. и др. Анаэробная неклостридиальная флегмона. Клиническое наблюдение. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. -№ 12. – С.49—52.
3. Горюнов С.В., Ромашов Д.В., Бутивщенко И.А: Гнойная хирургия. Атлас. - М: Бином, 2004. – 133с.
4. Ковалев А.С., Горожанкина Е.Н. Анаэробный неклостридиальный целлюлит верхней конечности (Клиническое наблюдение) // Инфекции в хирургии. - № 4. – 2012. – С. 63 – 66.
5. Колесов А.П., Столбовой А.В., Кочеровец В.И: Анаэробные инфекции в хирургии. Л.: Медицина, 1989. – 156с.
6. Лыскин Г.И. Хирургическое лечение анаэробной (неклостридиальной) раневой инфекции с применением гипербарической оксигенации: Автореф. дисс. докт. – М, 1984.
7. Мельников Н.И., Мельников В.Н., Гирманов А.Г: «Ферменты патогенности» и токсины бактерий. М.: Медицина, 1969.
8. Прохоренко Г.А., Хорошун Э.Н., Семенюк В.А. Клинический опыт лечения анаэробной раневой инфекции // Севастополь; Таврический медико-биологический вестник. - № 4. - 2011. – С. 154 – 157.
9. Федоров В.Д., Светухина А.М: Избранный курс лекции по гнойной хирургии. - М: Миклош, 2007. С. 204—217.
10. Bartlett J.G. Virulence factors of anaerobic bacteria // Johns Hopk. Med. J. - № 1. - 1982, - P. 1 – 9.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Абдурахманов Н.С., Союзбеков Д.С.
Кафедра пропедевтической хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии КГМА им.И.К.Ахунбаева

Резюме: Анализированы результаты оперативного лечения хронического остеомиелита у 106 больных сахарным диабетом.

Комплексный метод лечения хронического остеомиелита у больных сахарным диабетом оказался более эффективным по сравнению с традиционными методами лечения, который позволил сократить рецидивы и средние сроки лечения в 2,5 раза.

Ключевые слова: хронический остеомиелит, сахарный диабет, оперативное лечение.

ӨНӨКӨТ ОСТЕОМИЕЛИТТИ ДАРЫЛООДОГУ ОСТЕОПЕРФОРАЦИЯЛООНУН МОДИФИКАЦИЯЛАНГАН ЫКМАСЫ

Абдурахманов Н.С., Союзбеков Д.С.
И.К.Ахунбаев атындагы КММАнын анестезиология жана реаниматология курсу бар пропедевтикалык хирургия кафедрасы

Резюме: Макалада кант диабети менен жабыркаган 106 бейтаптын өнөкөт остеомиелитин оперативдүү дарылоодогу жыйынтыктын талдоосу берилет. Кант диабети менен жабыркаган бейтаптардын өнөкөт остеомиелитин комплекстүү ыкма менен дарылоо салттуу жолдор аркылуу айыктыруудан бир кыйла натыйжалуу болуп, дарылоонун орточо мөөнөтүн жана кабылдоосун 2,5 эсеге кыскартууга мүмкүндүк берди.

Негизги сөздөр: *өнөкөт остеомиелит, кант диабети, оперативдуу дарыло.*

MODIFIED METHOD OF OSTEOPERFORATION IN TREATING CHRONIC OSTEOMYELITIS

Abdyrahmanof N.S., Soiuzbekov D.S.
Department of propaedeutic surgery with course of anesthesiology and reanimatology of the KGMA named after I.K Akhunbaev

Abstract: Chronic osteomyelitis operative treatment results are analysed in 106 patients with diabetes mellitus.

Complex method of chronic osteomyelitis treatment of he patients with diabetes mellitus became more effective in comparison with traditional method of treating which allows to reduce relapsing and middle penods of treating in 2,5 times.

Key words: Chronic osteomyelitis, diabetes mellitus, operative treatment.

Введение. Проблема лечения хронического остеомиелита на сегодняшний день далека от своего решения. В зарубежной и отечественной литературе опубликовано множество работ, посвященных лечению этого заболевания. Продолжается поиск новых методов лечения, модифицируются различные вопросы обработки остеомиелитической полости и ее наполнения [3,8].

В связи с тем, что хроническим остеомиелитом чаще всего болеют сравнительно молодые люди в трудоспособном возрасте, проблема реабилитации этих больных является весьма актуальной [1,6].

Неудовлетворенность результатами лечения, высокий процент рецидивов при использовании традиционных методов лечения, а также повышение резистентности микрофлоры к антибиотикам создало значительные трудности в лечении хронических остеомиелитов.

Сахарный диабет является одной из актуальных проблем здравоохранения. Количество больных сахарным диабетом, по данным ВОЗ, в настоящее время в мире составляет более 150 млн. человек. Сахарный диабет - заболевание, характеризующееся значительными нарушениями обмена веществ, клинически проявляющееся в виде хронической гипергликемии, макро- и микроангиопатии, нейропатии, нефропатии [7].

В настоящее время проблема лечения хронического гематогенного остеомиелита у лиц, страдающих сахарным диабетом, остается сложной и актуальной [7].

Развивающиеся на фоне сахарного диабета очаги остеомиелита часто существуют длительно, имеют склонность к прогрессированию и возникновению новых очагов [5].

Большая подверженность к инфекционно-воспалительным заболеваниям при сахарном диабете связана с поражением микроциркуляторного русла, нервов, снижением местного и общего иммунитета [6,9]. Развитие макро- и микроангиопатий, атония сосудов сопровождаются снижением объема кровотока в ткани, повышением вязкости крови, приводят к усилению агрегации эритроцитов, развитию тканевой гипоксии.

Очевидно, что трудности связанные с лечением хронического гематогенного остеомиелита обусловлены растущей антибиотикорезистентностью микроорганизмов к большинству лекарственных препаратов, изменением видового состава микрофлоры [2,3,6]. Кроме того, меняется иммунный статус населения [8], в том числе под влиянием самих микроорганизмов, что приводит к увеличению частоты генерализованных, хронических форм и рецидивов хронического гематогенного остеомиелита [4,8].

Целью настоящего исследования является анализ результатов лечения больных хроническим гематогенным остеомиелитом у больных сахарным диабетом.

Материал и методы исследования. С 1997 по 2012 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. В нашем исследовании преобладали больные сахарным диабетом 2-го типа - 93 человека (87,7%), тогда как сахарный диабет 1-го типа наблюдался у 13-ти (12,3%) больных.

Наиболее часто остеомиелитический очаг локализовался в бедренной кости (45,2%) и большеберцовой кости (23,5%).

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. Рентгенконтрастные методы исследования позволили уточнить распространенность свищевых ходов в мягких тканях, в костях и объем патологической полости для рационального выбора оперативного доступа. Введенное контрастное вещество (йодолипол) позволяет

точно определить размеры и форму полости, взаимное расположение свищевых ходов и выявить их связь с костным очагом.

Результаты и обсуждение. У всех больных отделяемое свищевых ходов было подвергнуто микробиологическому исследованию. Производился посев гноя на микрофлору и определялась чувствительность микробов к антибиотикам.

Примерно в 75% случаев выявлен золотистый стафилококк, который чувствителен к линкомицину и гентамицину, и практически в 90% случаях устойчив к другим антибиотикам.

С целью предоперационной подготовки все поступившие больные с наличием свищей и обострений после определения чувствительности к антибиотикам получали антибактериальную терапию (линкомицин, гентамицин, ампициллин). Производилась санация свищевых ходов антисептическими растворами *(3%* перекиси водорода, фурацилин, 0,2% раствор хлоргексидина, трипсин, химотрипсин с 0,25% раствором новокаина). Больным назначался антистафилококковый анатоксин по схеме: метилурацил, оротат калия и витамины группы В, С. Через 5-7 дней после такой подготовки состояние больных заметно улучшалось, боли стихали, снижалась температура, уменьшался отек и гиперемия, значительно уменьшалось, а то и вообще прекращалось, отделяемое из свищей.

После предварительной предоперационной подготовки все больные были оперированы. В предоперационном периоде мы добивались коррекции сахара простым инсулином и диетой.

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. В контрольную группу вошли 36 (51,4%) больных, которые были оперированы по другим методикам хирургического вмешательства.

У всех 34 (100,0%) больных основной группы метод оперативного лечения заключался в расширенной санации и широком дренировании гнойного очага с последующим лаважом костномозгового канала. На основании данных рентгенологического исследования, широким разрезом по межмышечным фасциальным футлярам обнажается трубчатая кость в зоне поражения, при этом вскрываются межмышечные и параосальные флегмоны. При наличии не вовлеченной в воспалительный процесс надкостницы, крестообразными разрезами длиной 2,5 см, на месте предполагаемой остеоперфорации обнажается участок пораженной кости. Производятся широкие перфорационные отверстия диаметром до 2 см на всём протяжении диафиза в количестве до 6 стандартным набором фрез хирургического коловорота. Тщательно извлекается содержимое костномозгового канала (обычно под большим давлением самостоятельно изливается гной и воспалительный костномозговой детрит). Следует следить, чтобы фрезовые отверстия в компактном слое кости не были забитыми сгустками крови и гнойным детритом.

Также следует отметить, что расстояния между отверстиями должны быть не менее 5 см во избежание нарушения кровообращения по Гаверсовым каналам, так как при меньшем промежутке наступает некроз кости в сегменте между перфорационными отверстиями, что увеличивает вероятность патологических переломов, секвестрации и хронизации процесса. На протяжении всего костномозгового канала через крайние остеоперфорационные отверстия проводится дренажная полихлорвиниловая трубка диаметром до 1 см со множественными боковыми отверстиями на ней диаметром до 0,6 см, которые располагаются как внутри костномозгового канала, так и вне его. Санируется пространство межмышечной флегмоны, проводится некроэктомия и удаление фибрина. Рана зашивается послойно от фасции до кожи наглухо герметизирующими швами. В послеоперационный период осуществляется лаваш костномозгового канала через дренажную трубку, которая выводится через отдельные проколы в коже вне операционной раны, налаживается проточно-промывная система.

Мы пришли к выводу, что данная полихлорвиниловая дренажная трубка одинаково хорошо дренирует как костномозговой канал, так и полость межмышечной флегмоны, так как сама перфорированная кость является элементом дренажа окружающих мягких тканей. Треугольные лоскуты надкостницы над остеоперфорациями самостоятельно вворачиваются внутрь, обеспечивая в последующем быструю репарацию перфорированного участка кости.

Сразу после операции больной орган в обязательном порядке иммобилизируется с захватом двух смежных суставов. При поражении бедра и голени конечность может быть уложена на шину Беллера с фиксацией суставов в физиологическом положении. Верхние конечности чаще всего иммобилизируются гипсовыми лонгетами также с захватом двух смежных суставов. В исключительных случаях при поражении плечевой кости, когда требуются частые перевязки, можно использовать косыночную

повязку, но в последующем при улучшении местного процесса, конечность должна быть фиксирована гипсовой повязкой.

Эффективность местного лечения повышается при использовании проточно-промывной методики дренирования, которая способствует созданию в гнойной полости дозируемого разрежения, вызывающего отток тканевой жидкости вместе с токсическими продуктами воспаления и некроза. В качестве диализирующей жидкости использовались изотонические растворы с антибиотиками, раствор гипохлорида натрия, раствор фурацилина. При этом внутрикостный лаваж осуществляется постоянно или фракционно по 4-6 часов с равными интервалами. Показаниями к отмене лаважа являются улучшение общего состояния больного, устранение гипертермии, появление чистой диализирующей жидкости.

Выводы:

Усовершенствованный метод остеоперфорации позволяет добиться эффективной санации гнойного очага и адекватного дренирования костномозгового канала. Патологические переломы в основной группе не были отмечены ни в одном случае, наблюдалось уменьшение сроков лечения в стационаре. Разработанный способ остеоперфорации у больных сахарным диабетом оказался более эффективным по сравнению с традиционными методами лечения, который позволил сократить средние сроки лечения в 2,5 раза.

Литература:

1. Айталиев Д.Э. Хирургическое лечение хронического остеомиелита // Центрально-Азиатский медицинский журнал.- 2003.- Т. IX (прил. 1).- С. 19-21.

2. Амирасланов Ю.А., Светухин А.М., Митиш В.А., Борисов И.В. Хирургическое лечение хронического остеомиелита длинных костей // Хирургия. - 2001. - № 8. - С. 30.

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

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

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

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

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

8. Bevin C.R., Inwards C.Y., Keller E.E. Surgical management of primary chronic osteomyelitis: a long-term retrospective analysis // J. Oral. Maxillofac. Surg. - 2008. - Vol. 66, N. 10. - P. 2073-2085.

ЭКСПЕДИЦИЯ ПО АЛЬВЕОКОККОЗУ (ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА)

Оморов Р.А.,[1] Осмоналиев Б.К.,[1] Байгазаков А.Т.,[2] Абдиева А.М.,[2] Абдыкайымов Ш.Б.[1]

[1]Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра факультетской хирургии, г. Бишкек, Кыргызстан.

[2]Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic, г. Бишкек, Кыргызстан.

Резюме: цель работы была диагностика и профилактика альвеококкоза путём проведения экспедиции. Осмотрено 1246 жителей, выявлены 82 случаев очаговых образований печени, 33 с другими заболеваниями печени. 8 пациентов направлены на оперативное лечение (очаги более 30 мм), 15 направлены на компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) с назначением курса химиотерапии. 58 пациентам проведен УЗИ контроль в сроки 1, 3, 6, 12 мес. Эпидемиологические данные подтверждают необходимость в ранней диагностике и выявление случаев альвеококкоза. Диагностика на ранних стадиях довольно эффективна при использовании УЗИ и реакции Кацони.

Ключевые слова: Альвеококкоз, диагностика, профилактика, реакция Кацони.

АЛЬВЕОКОККОЗ БОЮНЧА ЭКСПЕДИЦИЯ. (ДИАГНОСТИКА ЖАНА АЛДЫН АЛУУ)

Оморов Р.А.,[1] Осмоналиев Б.К.,[1] Байгазаков А.Т.,[2] Абдиева А.М.,[2] Абдыкайымов Ш.Б.[1]

[1]И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, факультеттик хирургия кафедрасы. Бишкек ш., Кыргызстан.

[2]ЮРФА-Clinik эндовидеохирургиялык борбору, Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду: Иштин максаты экспедиция жургузуу аркылуу альвеококкоздун диагностикасы жана алдын алуу болгон. 1246 жашоочу каралып, 82 синин боорунда так пайда болгонну байкалып, 33чу башка боор оорулары менен аныкталган. 8 бейтап операциялык дарылоого жонотулуп (так 30мм жогору), 15и компютердик томографияга (КТ) жана магнитно-резонанстык томографияга откондон кийин химиялык дарылоо курсу берилген. 58 бейтап 1, 3, 6 жана 12 айларында УЗИ изилдоолор жургузулгон. Эпидемиологиялык изилдоолор эрте диагностика жана альвоекоккозду табуу зарыл экендигин тастыктайт. Алдынкы стадияларында диагностикага УЗИ жана реакция Кацонини колдонуу натыйжалуу.

Негизги создор: альвеококкоз, диагностика, алдын алуу ыкмасы, реакция Кацони.

EXPEDITION TO ALVEOCOCCOSIS. (DIAGNOSIS AND PREVENTION)

Omorov R.A[1]., Osmonaliev B.K[1] ., Baygazakov A.T[2] ., Abdieva A.M[2].,
Abdikayimov Sh.B[1].

[1]Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Ahunbaev, department of faculty surgery, Bishkek, Kyrgyzstan.

[2]Endo-video surgical center URFA-Clinik, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary: objective of the work was diagnosis and prevention of alveococcosis by taking expedition.1246 residents were inspected, 82 accidents of nodal mass in liver were detected, 33 with another diseases of liver were detected . 8 patients directed to operative treatment (swift treatment) (masses are more then 30 mm), 15 patients directed to CAT scan, magnetic-resonance imaging with round of chemo prescribing. 58 patients received ultrasonic examinations in 1, 3, 6, 12 month period. Epidemiological data's has approved a need of early diagnosis and detection accidents of alveococcosis. Early diagnostics are very effective and with using sonogram and Katsoni test.

Keywords: Alveococcosis, diagnosis, prevention, Katsoni test (reaction).

Введение. Альвеококкоз – паразитарное заболевание человека, характеризующийся чрезвычайно тяжелым хроническим течением, первичным опухолеподобным поражением печени, нередко с метастазами в головной мозг и легкие, а так же во многие другие органы. Серьезная социально-медицинская проблема во всем мире, с вовлечением в эпидемический процесс лиц трудового возраста и детей младшего возраста. Заболевание часто заканчивается летально.

Возбудителем альвеококкоза является личиночная стадия цепня Alveococcus multilocularis (Leuckart, 1858; Abuladse, 1960), подотряда Taeniata (Skryabin et Schulz, 1937), класса Cestoda (Rudolphi, 1808).

Территория Кыргызстана была и есть гиперэндемичной по распространенности альвеококкоза. Свидетельством этому являются работы таких ученых как: Волох Ю.А. (1965), Ахунбаев И.К. (1976), Рыскулова К.Р. (1980), Шекеков А.III. (1985), Кулжабаева Г.С. (1992), Абдырасулов С.А. (1995) Абдыжапаров Т.А. (1997), Алиев М.А. (1999), Жумакадыр уулу А (2000), Адамбеков Д.А. (2002), Омурбеков Т.О (2002), Оморов Р.А. (2005), Кочкунов Д.К. (2006), Раимкулов К.М. (2007) Айтбаев С.А. (2008). Борончиев А.Т. (2009), Абдыкеримов К.А. (2009), Мытынова Б. (2009) и многие другие.

Острая эпизоотологическая ситуация связана с реформированием сельскохозяйственного сектора, с расформированием коллективных хозяйств и передачей животноводства в частный сектор, а также ослаблением ветеринарного контроля и сокращения объема противоэпизоотических мероприятий.

Подробно были изучены эпидемиология, клиническая картина, методы диагностики, лечения и профилактики альвеококкоза. В 1997 году Абдыжапаров Т.А. обнаружил синантропной очаг для альвеококкоза в Кочкорской котловине, где циркуляция паразита осуществляется по схеме собака - домовая мышь - собака. Это явилось открытием в ряде всех научных исследований посвящённой этой проблеме, также это является одной из причин увеличения роста альвеококкоза среди населения [1].

По эпидемиологическим данным (Усубалиева Ж.М., 2015г.) заболеваемость альвеококкозом в Алайском районе Ошской области выросла (рис. 1, 2), что связано с тем, что Альвеококкоз - природно-очаговая инвазия приобрела черты антропургического заболевания.

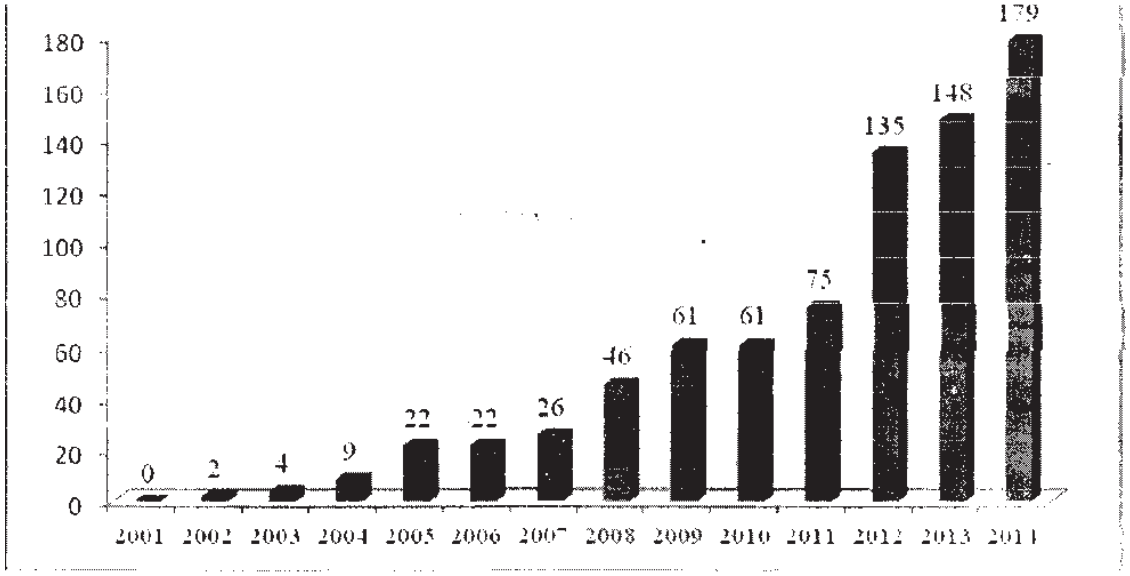


Рис. 1. Многолетняя динамика заболеваемости альвеококкоза
(Усубалиева Ж.М. 2015 года).

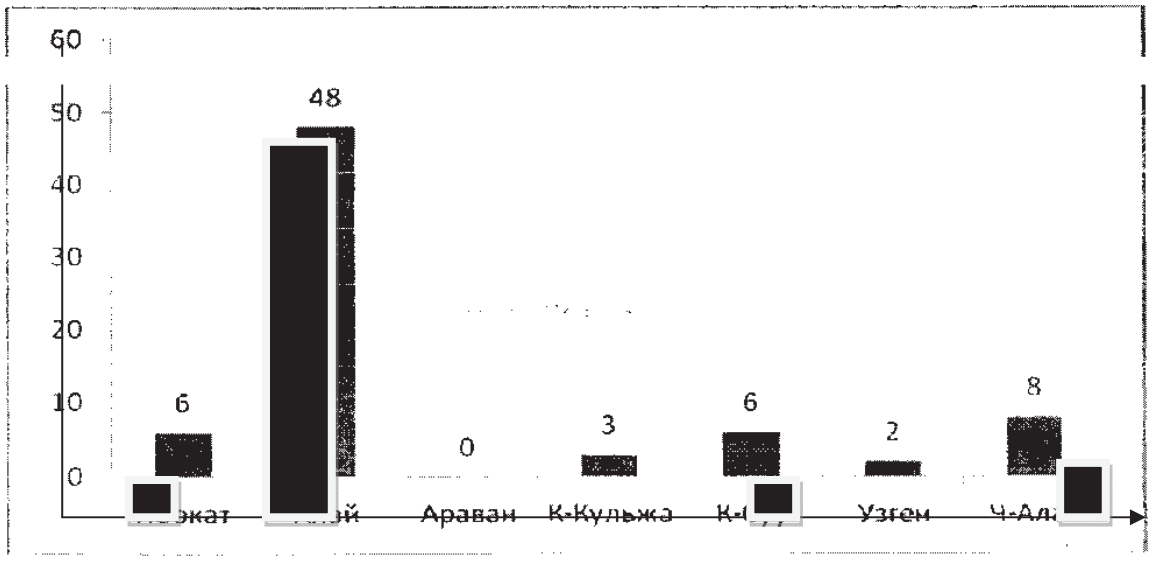


Рис. 2. Распределение случаев альвеококкоза в Ошской области
(Усубалиева Ж.М. 2015 г.).

На клинической базе кафедры факультетской хирургии – Городской клинической больнице №1 г. Бишкек, руководимой профессором Оморовым Р.А. накоплен большой опыт диагностики и лечения альвеококкоза. Но на момент первичной диагностики почти у 70% пациентов уже невозможно радикально удалить паразитарные массы, вследствие поздней диагностики [2, 6]. Бессимптомная стадия альвеококкоза, от момента инвазии паразита до появления развернутых жалоб и клинической симптоматики, может продолжаться 10 и более лет. Причем, в отличие от случаев злокачественной

опухоли, пациенты могут долгое время не предъявлять жалоб на снижение аппетита и работоспособности, изменение веса; у пациентов с альвеококкозом отсутствуют признаки интоксикации

Основным методом лечения альвеококкоза является хирургический метод, после которого в 35-38% регистрируются рецидивы. У 30-40% пациентов альвеококкозом отмечаются осложнения, а летальность варьирует от 1 до 4% ([3, 4, 5].

Нашей **целью** было диагностика на ранней стадии и профилактика альвеококкоза путём проведения экспедиции.

Материалы и методы. Для реализации данной экспедиции проведено:

•Предварительное согласования о проведении экспедиции с координаторами по Алайскому району и Ошской области.

•Подготовлены и напечатаны образовательные материалы памятки-буклеты в количестве 1000 экземпляров на кыргызском языке.

Экспедиция проведена с 14 по 17 мая 2015 года в селах Таш-Короо и Жылуу-Суу Алайского района, в составе рабочей группы, состоящей из врачей-хирургов и врачей ультразвуковой диагностики и студентов медиков.

Проведены профилактические мероприятия по борьбе с альвеококкозом: лекции, беседы с сельским населением.

Выявлены случаи заболевания альвеококкозом среди сельского населения путем проведения ультразвуковой диагностики (УЗИ) органов брюшной полости, реакции Кацони (таблица 1), дальнейшее направление на компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) для уточнения диагноза и для лечения в хирургические стационары для оперативного лечения. Полученные данные в ходе экспедиции обобщены и осуществляется дальнейший надзор и прослеживание выявленных случаев альвеококкоза.

Таблица 1 - Данные результатов экспедиции по альвеококкозу

	с. Таш-Короо	с. Жулуу-суу	Итого
Общее количество обследованных	817	429	1246
Взрослые	558	272	830
школьники	259	157	416
Выявленные случаи	76	6	82
Взрослые/дети	46/30	3/3	
Очаг до 10 мм	30/23	3/2	58
Очаг более 10 мм	10/5	1/-	16
Очаг более 30 мм	7/1	-/-	8
Реакция Кацони проведена	9	1	10
Положит/отриц	5/4	0/1	5/5
По поводу алвеококкоза	3	1	4
Другие заболевания	16	17	33
ЖКБ	10	7	17
Жировой гепатоз	2	7	9
Другие заболевания печени: Цирроз	4	3	7
Непаразитарные кисты печени	3	3	6

Результаты и обсуждение. За время экспедиции осмотрено 1246 местных жителей, выявлены 82 случаев очаговых образований печени, 33 с другими заболеваниями печени.

У 8 пациентов было необходимо оперативное лечение по поводу альвеококкоза (очаги более 30 мм), направлены для хирургического лечения в стационары в г. Ош и Бишкек.

15 пациентов направлены на до обследование (КТ, МРТ) и после подтверждения альвеококкоза печени назначен курс химиопрепаратов по схеме.

58 пациентам проводится УЗИ контроль (1, 3, 6, 12 мес.), дальнейшая тактика зависит от динамики роста очагового образования.

Заключение. Эпидемиологические данные подтверждают необходимость в ранней диагностике и выявление случаев альвеококкоза среди сельского население.

Диагностика на ранних стадиях довольно эффективна при использовании УЗИ и реакции Кацони.

Недостатки уровня оказания первичной медицинской помощи в отдаленных районах, ранняя диагностика, как правило, не проводится, что ведет к более позднему выявлению заболевания, острому течению и сложному хирургическому вмешательству, зачастую с перенесением рецидивов и летальными исходами.

Литература:

1. Абдыжапаров Т.А. Роль грызунов в формировании природных очагов альвеококкоза на территории высокогорных пастбищ Кыргызской Республики. Автореф дисс... канд.биол. наук. – Бишкек. 24 с.

2. Айтбаев С. Альвеококкоз в Кыргызской Республике и особенности его оперативного лечения Автореф.дисс. ... канд.мед.наук. - Бишкек, 2008. - 18 с.

3. Альперович Б.И. Хирургия печени. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2010. – 352 .

4. Альперович Б.И., Хирургическо лечение рецидивного эхинококкоза и альвеококкоз, печени // Анналы хирургической гепатологии. - 2005 - № 2. - С.98-99. 3

5. Бебезов Х.С., Результаты хирургического лечения осложненного альвеококкоза печени // XIX международный Конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». – Иркутск, 2012. – С.89-9 7.

6. Оморов Р.А. Альвеококкоз. - Бишкек: Полиграфкомбинат, 2009. - 321 с.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Алыбаев М.Э.[1], Мамакеев Ж.Б.[2], Турсуналиев А.К.[1]

[1]Национальный хирургический центр МЗ КР (Дир. – акад. Мамакеев М.М)

[2]Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье указывается актуальность проблемы кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) как осложнение синдрома портальной гипертензии. Показаны возможные методы борьбы с ВРВП и опыт применения эндоскопического лигирования в условиях медицинского стационара Национального Хирургического Центра. Делается вывод, что методы эндоскопического гемостаза могут иметь преимущества перед оперативными методами остановки кровотечений из ВРВП.

Ключевые слова: эндоскопия, варикозно-расширенные вены пищевода, эндоскопический гемостаз, эндоскопическое лигирование, гастроскопия, синдром портальной гипертензии.

ПОРТАЛДЫК ГИПЕРТЕНЗИЯ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН КЫЗЫЛ-ОНГОЧТУН КАН ТАМЫРЛАРЫНЫН ШИШИП КАНАГАНЫНЫН ЭНДОСКОПИЯЛЫК МЕЛЕРЛООНУН ЗАМАНБАП ЫКМАЛАРЫ

Алыбаев М.Э.[1], Мамакеев Ж.Б.[2], Турсуналиев А.К.[1]

[1]Улуттук хирургия борбору.

(Дир. – акад. Мамакеев М.М)

[2]И.К. Ахунбаев атындагы Кыгрыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул статьяда порталдык гипертония синдромунун татаалдашуусу, кызыл-онгочтун кан тамырлары шишип канагандыгынын маселесин көрсөтөт. Улуттук хирургиялык борбордун ооруканасындагы эндоскопиялык мелерлоо операциясын жасап коруусу, жана кызыл-онгочтун кан тамырларынын шишип кетуусу менен курошуу жолдору корсотулгон. Эндоскопиялык жолдор мене кан токтотуунун жонокой оперативдик жолдор менен кантоктотууну арткчалактары жыйынтыкталды.

Негизги сөздөр: эндоскопия, кызыл-онгочтун кан тамырлары шишип кетуу, эндоскопиялык жолдор менен кан токтотуу, эндоскопиялык мелерлоо, гастроскопия, порталдык гипертония синдрому.

MODERN METHODS OF ENDOSCOPIC HAMOSTASIS IN BLEEDING FROM VARICES OF THE ESOPHAGUS IN PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION

Alybaev M.E.[1], Mamakeev J.B.[2], Tursunaliev A.K.[1]
[1]National Surgery Center under the Ministry of Health,
(dir. – academician Mamakeev M.M.)
[2]Kyrzys State Medical Academy named after of I.K. Akhunbaev.
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The article indicates the relevance of the problem of bleeding from varicose veins of the esophagus as a complication of portal hypertension syndrome. Showing the possible methods of dealing with esophageal varices and experience with endoscopic ligation in a medical hospital of the National Surgical Centre. It is concluded that endoscopic hemostasis techniques may have advantages over the operational methods of stopping bleeding from esophageal varices.

Key words: endoscopy, varicose veins of the esophagus, endoscopic hemostasis, endoscopic ligation, gastroscopy, portal hypertension syndrome.

Введение: В современном мире эндоскопия занимает главенствующую роль в обследовании и лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка является закономерным исходом и одним из наиболее частых и прогностически значимых проявлений синдрома портальной гипертензии (ПГ) – который возникает при затруднении кровотока в портальной системе, сопровождающегося повышением давления в портальной вене [1,2,6].

М.Д. Пациора (1967) при кровотечениях из варикозных вен пищевода и желудка предложила производить гастротомию из абдоминального доступа в проксимальном отделе желудка в косопоперечном направлении. После этого прошивать отдельными лигатурами все расширенные складки слизистой оболочки в кардиальном отделе желудка, под которыми располагаются варикозные вены желудка, затем, потягивая за лигатуры, максимально высоко прошивать вены пищевода [7]. Основными недостатками данной операции явились высокий рецидив кровотечения из ВРВП в раннем послеоперационном периоде, отсутствие доступа к флебэктазиям расположенным в средней и верхней трети пищевода и др. [3,4].

Основным методом диагностики и лечения кровотечений из ВРВП и желудка является гастроскопия, позволяющая точно установить источник кровотечения, определить дальнейшую тактику введения пациентов [1,4]. Кровотечение из ВРВП развивается из слабого места в стенке варикозно-расширенной вены и в большинстве случаев носит струйный характер, что затрудняет обследование больных с этой патологией на высоте кровотечения. В случае остановки кровотечения локализацию дефекта в вене определяют благодаря имеющимся подслизистым кровоизлияниям и/или наличии тромба в проекции вены [5,6].

При наличии нескольких методов лечения синдрома портальной гипертензии до сих пор отсутствует единая программа лечения и ведения пациентов. Данная проблема активно решается мировым сообществом врачей различных специальностей путем изыскания новых, более результативных методов лечения больных с синдромом портальной гипертензии. Одним из наиболее приоритетных способов на сегодняшний день является метод эндоскопического лигирования (ЭЛ) варикозно-расширенных вен пищевода [3].

В настоящее время применяются различные системы мультиаппликаторы (6–10 Shooter Saeed Multi-Band Ligator), так и однозарядные лигирующие устройства фирмы «Олимпас» - HX-400 U-30 с одноразовыми нейлоновыми кольцами MAJ-339 позволяющих в процессе операции использовать от 4 до 10 колец [10].

Имеется множество исследований посвященных сравнению эффективности эндоскопического лигирования и эндоскопического склерозирования с целью остановки кровотечения из вен пищевода. Множество работ посвященных сравнению данных методик, свидетельствуют о том, что после лигировании осложнения встречаются реже, эффект от ЭЛ наблюдается сразу после проведения операции, отмечается низкая смертность и требуется меньше сеансов эндоскопии для получения стойких результатов [8,9,11]. Одним из недостатков лигирования является плохая видимость в условиях активного кровотечения из-за нахождения устройства для лигирования на конце аппарата, но данная проблема имеет чисто технический недостаток и на результатах лечения не отражается, что делает этот метод более подходящим для лечения ВРВП при синдроме портальной гипертензии. Комбинирование

медикаментозной терапии и ЭЛ в лечении кровотечения при варикозном расширении вен пищевода, позволяет получить еще более существенные преимущества при лечении больных с синдромом портальной гипертензии [1,5,8].

Материалы и методы. В настоящее время существует достаточно большое количество классификаций ВРВ пищевода и желудка. В Национальном Хирургическом Центре МЗ КР г. Бишкек нами используется Японская классификация от 1991 года. Данная классификация определяет правила для описания и регистрации эндоскопических признаков варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, где по 6-ти критериям оценивается состояние варикозных изменений вен как до, так и после лечебных воздействий, в настоящее время используется большинством специализированных клиник.

1. Локализация:

ВРВ пищевода:

- нижняя треть пищевода –Li;
- средняя треть – Lm;
- верхняя треть – Ls;

ВРВ желудка – Lg:

- располагающиеся в кардии – Lg-c;
- распространенные на кардию и
- дно желудка – Lg-cf;
- изолированные вены дна желудка - Lg-f;
- локализованные в теле желудка - Lg-b;
- локализованные в антральном отделе Lg-a.

2. Форма (вид и размер):

- отсутствие ВРВ – F0;
- короткие, прямые, малого калибра – F1;
- умеренно расширенные, извитые в виде «бусин»,

занимают менее 1/3 просвет – F2;

- значительно расширенные, узловатые,

опухолевидные, занимающее более 1/3 просвета – F3.

3. Цвет:

- белый – Cw;
- синий – Cb

4. “Красные маркёры” стенки:

- пятна ―красно-вишневые - RCS;
- гематоцистные пятна – HCS;
- телеангиэктазии – TE.

• RCS (-) – отсутствие красных маркеров
• RCS (+) – красные маркеры определяются на 1,2 венах
• RCS (++) – более 2 маркеров локализующиеся в нижнем сегменте

пищевода

• RCS (+++) – множество красных знаков.

5. Признаки кровотечения:

- в период кровотечения:
- струйное;
- в виде просачивания;
- после достижения гемостаза:
- красный тромб;
- белый тромб.

6. Изменения слизистой пищевода:

- эрозия – E;
- язва – U;
- рубец – S

Методика эндоскопического лигирования в Национальном Хирургическом Центре используется с 2016 года, на видеогастроскопической стойке фирмы «Олимпас» состоящей из монитора, процессора источника света и электроотсоса, так же используются однозарядные лигирующие устройства фирмы «Олимпас» - «HX-400 U-30» с одноразовыми нейлоновыми кольцами «MAJ-339».

Принцип ЭЛ основывается на механической многоуровневой перевязке расширенных венозных стволов, формировании стойкого блока - тромбирования, приводящего к облитерации венозного русла, при этом на каждую варикозно-расширенную вену накладывают 1–3 кольца. Целью данной манипуляции является спадение вен пищевода с последующим их склерозированием.

Эндоскоп со специальной насадкой на конце (в виде короткой прозрачной трубки, на которую надеты нейлоновые кольца) подводится вплотную к вене, включается отсос, и участок вены всасывается внутрь трубки (всасывание должно проводиться до превращения поля зрения в «красное пятно»). Затем проводится пережатие засосанного участка вены. Гемостаз достигается до 90 % случаев.

В Национальном Хирургическом Центре МЗ КР операция ЭЛ проведена у 14-ти пациентов находившихся на стационарном лечении с 2016 года. В большинстве случаев ЭЛ выполнялась пациентам в срочном порядке в течение от 1 до 5 дней от момента поступления в ургентный стационар с признаками кровотечения из верхнего этажа ЖКТ. Так же 1 случае ЭЛ было выполнено у 1-го пациента на высоте кровотечения в экстренном порядке.

Для оценки эффективности метода ЭЛ были взяты все пациенты которым проводилась данная операция, все 11 пациентов страдали циррозом печени различных этиологий и степени. Степень тяжести цирроза определялась по классификации Чайлд-Пью (таблица 1).

Таблица 1 - Тяжесть течения цирроза печени

Класс тяжести по Чайлд-Пью	**Число**	**%**
A	1	7,3%
B	5	35,8%
C	8	56,9%
Всего больных	14	100%

1 Большая часть больных циррозом поступивших в стационар было третьей тяжести течения по классификации Чайлд-Пью, а именно класс «С» - 7 больных, что составило 63,7%, т.е. больше половины из общего числа больных.

Всем пациентам которым было проведена операция ЭЛ предварительно проходили ЭГДС обследование, при которой были обнаружены различные степени флебэктазий. Степень варикоза определялась Японской классификацией 1991 года, 2 пункт которой включает в себя 4 степени расширения (таблица 2).

Таблица 2 - Степень расширения пищеводных вен согласно Японской классификации (1991 г.)

Степень расширения	Число	%
F0	0	-
F1	0	-
F2	5	35,75%
F3	9	64,25%
Всего пациентов	14	100%

Как видно из таблицы все пациенты поступали с довольно большой степенью варикозного расширения вен пищевода, что в свою очередь доказывает что пациенты у которых варикозное расширение вен пищевода выражено в меньшей степени имеют меньшую вероятность развития кровотечения. В нашем случае пациенты с расширением вен от F0 до F1 нам не попадались. У большей части пациентов во время обследования обнаружилось расширение степени F3 – у 9 пациентов (64,25%) и в меньшей степени F2 – у 5 пациентов (35,75%).

После проведенной операции всем 14 пациентам (100%) было проведено контрольное ЭГДС исследование через 2 недели от момента операции. Согласно результатам ЭГДС почти у всех пациентов наблюдалось явное снижение степени варикозного расширения вен пищевода на 1-2 степени (таблица 3). У одного пациента со степенью расширения F3 снижение варикозно-расширенных вен пищевода не наблюдалось.

У одного пациента поступившего в стационар с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода на 5-й день после госпитализации повторно открылось кровотечение, больному в условиях стационара по жизненным показаниям была проведена операция ЭЛ на высоте кровотечения.

Таблица 3 – Результаты контрольной ЭГДС

Степень расширения	Число	%
F0	0	-
F1	8	57,1%
F2	5	35,75%
F3	1	7,15%
Всего пациентов	14	100%

Больная Г., 46 лет, поступила в клинику 08.11.2016 г. с диагнозом: Цирроз печени в исходе вирусного гепатита «В» и «D», декомпенсированный класс С по Чайлд-Пью, Синдром портальной гипертензии, внутрипеченочная форма, варикозное расширение вен пищевода осложненное кровотечением. Постгеморрагическая анемия. Асцит. Больная обратилась в стационар в сопровождении родственников, была осмотрена бригадой дежурных врачей-хирургов и далее госпитализирована в хирургическое отделение. Больная получала консервативную гемостатическую и антисекреторную терапию в условиях стационара. На утро следующего дня больной было сделано ЭГДС при которой было обнаружено Варикозное расширение вен пищевода F3 степени без кровотечения на момент осмотра.

При эндоскопическом исследовании в верхней, средней и нижней трети пищевода четко визуализируются четыре варикозно-расширенных, напряженных, не спадающихся при инсуффляции извитых ствола вен синего цвета, на 3/4 перекрывающих собой просвет пищевода. При осмотре на уровне ~ 34-36 см от передних резцов имеется плотно фиксированный тромб-сгусток темно красного цвета. НА момент осмотра признаков активного кровотечения нет. В нижней и средней трети пищевода на указанных варикозно-расширенных венах имеются красные «пятна-маркеры» и телеангиоэктазии.

Больной после проведения ЭГДС продолжили гемостатическую и антисекреторную терапию. На 5-й день от момента поступления больной в стационар, на фоне относительно удовлетворительного состояния появились жалобы в виде тошноты, головокружения, общей выраженной слабости, резкого ограничения двигательной активности, холодный липкий пот, рвота большим количеством «кофейной гущи». Больной было проведено повторное экстренное ЭГДС во время которой обнаружена активное кровотечение в виде «пульсирующей струи», на уровне нижней трети пищевода. После верификации диагноза больной была проведена операции ЭЛ с наложением одной нейлоновой лигатуры прямо на кровоточащую стенку пищевода.

На контрольном ЭГДС исследовании в нижней трети пищевода на левой задней стенке на месте наложенной лигатуры определена язва до 0,6 см, заполненная фибрином, а выше указанной язвы – слегка выступающий ствол вены до 3 мм, полностью спадающийся при инсуффляции (положительная динамика).

Таким образом, наш первый клинический опыт свидетельствует о том, что эндоскопическое лигирование позволяет снизить риск портального кровотечения у больных циррозом печени. Данный метод может более широко применяться у пациентов данной категории.

Выводы:

1. Эндоскопическое лигирование – эффективный метод эрадикации вен пищевода.
2. Эндоскопическое лигирование по сравнению с открытым оперативным лечением отличается отсутствием послеоперационных швов, т.е. является неинвазивным и не требует травматизации пациента.
2. Показанием к эндоскопическому лигированию служит наличие варикозно-расширенных вен пищевода F2-F3 степени.
3. При продолжающемся кровотечении или рецидиве из варикозно-расширенных вен пищевода эндоскопическое лигирование является абсолютным показанием для проведения эндоскопического гемостаза по жизненным показаниям.
4. После эндоскопического лигирования необходимо динамическое эндоскопическое наблюдение за состоянием варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.
5. Эндоскопическое лигирование достоверно снижает риск повторного кровотечения в плановом порядке и является эффективным методом во время активной фазы кровотечения в экстренных случаях.

Литература:

1. Руководство по клинической эндоскопии // Под ред. В.С. Савельева, В.М. Буянова, Г.И. Лукомского. – М., 1985.

2. Жигалова СБ. Эндоскопическое склерозирова- ние и эндоваскулярная эмболизация в комплексном ле- чении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией // Автореф. дисс. …канд. мед. наук. – М., 1993.

3. Ерамишанцев А.К., Шерцингер А.Г., Лебезев В.М. и др. // Анн. Хир. гепатол.- 1996.-№1.- С 52-54.

4. Шерцингер А.Г. Жигалова СБ. // Альман. эндоскоп. – 2002.-№1.-С. 158-163.

5. Накатис Я.А., Распереза Д.В., Кащенко В.А. Эндоскопические методы лечения и профилактики пищеводно-желудочных варикозных кровотечений // метод. рекоменд. – СПб. 2009.

6. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепян- цев Д.П. и др. // Лечебная эзофагогастродуоденоско- пия. – М., 2009. – С. 98–100.

7.http://medbe.ru/materials/khirurgiya-pecheni/lechenie-portalnoy-gipertenzii-chast-3

8. Laine L, Cook D (1995). Endoscopic ligation com- pared with sclerotherapy for treatment of esophageal variceal bleeding // a meta-analysis. Ann. Intern. Med., 123, 280-287.

9. Lo GH, Lai KH, Cheng JS et al. (1995). A prospective, randomized trial of sclerotherapy versus ligation in the management of bleeding esophageal varices. Hepatology, // 22, 466-471.

10. Laine L, Stein C, Sharma V (1996). Randomized comparison of ligation versus ligation plus sclerotherapy in patients with bleeding esophageal varices. Gastroenterology, // 110, 529-533.

11. Xu RY., Liu B., Lin N. // World Gastroenterology. – 2004. – Vol. 10.- P. 1072-1074.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЭХИНОКОККОЗОМ НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙРЕСПУБЛИКИ

Исаева Ч.О., Баширов Р.М.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье дана динамика роста заболеваемости эхинококкозом по республике за последние 14 лет, и ее неуклонный рост.

Ключевые слова:Эхинококкоз, статистика, распространенность, динамика.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА КАЛКТЫН ЭХИНОКОККОЗ МЕНЕН ООРУСУ

Исаева Ч.О., Баширов Р.М.
И. К. АхунбаеватындагыКыргызМамлекеттикмедициналыкакадемиясы
Бишкек ш., КыргызРеспубликасы

Корутунду: Акыркы 14 жыл ичинде өлкөнүн динамикалык өсүш, эхинококкозго каршы оору жана анын туруктуу өсүшү.

Негизги сөздөр: Эхинококкоз, статистика, таралышы, динамикасы.

ECHINOCOCCUS DISEASE IN PEOPLE OF KYRGYZ REPUBLIC

IsaevaC.O.,Bashirov R.M.
I.K. Akhunbaev Kyrghyz State Medical Academy,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Dynamics of echinococcus disease increase in Kyrghyz Republic during last 14 year are done. Itwasnoteditsconstantgrowth.

Keywords: Echinococcosis, statistics, prevalence, dynamics.

Эхинококкоз является широко распространенным тяжелым паразитарным заболеванием человека и животных, которое приводит к инвалидности и нередко к смерти больного, приносящим серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему [1,2,8].

Большинство авторов во многих странах мира отмечают повсеместное обнаружение этого заболевания, частота которого имеет устойчивую тенденцию к росту [3,4,5,6].

В последнее время в связи с резким ухудшением санитарно-профилактических мероприятий в странах СНГ и в частности в Кыргызская Республика по прежнему остается неблагополучным регионом и относится к высокоэндемичному очагу по цестодному зоонозу эхинококкозу.

За последние 10 - 15 лет заболеваемость в Кыргызской Республике возросла более чем в 3-4 раза по сравнению с предыдущим 20-30 летним периодом. Если в предыдущие годы большинство случаев заболеваний были зарегистрированы среди сельских жителей, то в последние годы эпидемиологическая ситуация продолжает оставаться напряженной и для городского населения [3,7,8].

Эхинококкоз чаще встречается у лиц трудоспособного возраста и нередко у детей. Увеличение количества больных детей по отношению к взрослым, свидетельствует о высокой степени напряженности инвазии и недостаточной работы санитарной службы органов здравоохранения [4,8].

Несмотря на то, что биология развития эхинококка в организмечеловека изучена достаточно полно, внедрена диагностика совершенных методов (УЗИ, ИОУЗИ, КТ), предназначенных для раннего выявления этой патологии, многие вопросы диагностики и лечения окончательно не решены.

По данным литературы, несмотря на множество разработанных способов хирургического лечения эхинококкоза, частота рецидивов колеблется в пределах 35-38%.

Целью данного исследования является изучение динамики заболеваемости эхинококкозом населения Кыргызской Республики с учетом отдельных регионов.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели использованы данные отчетов Госсанэпиднадзора Кыргызской Республики за последние 14 лет. При этом учитывали число случаев заболевания и вычисление интенсивного показателя на 100 000 населения (Табл.1).

Таблица 1 - Динамика заболеваемости эхинококкозом за 2002-2015 гг. разрезе регионов Кыргызской Республики

Регионы	годы													
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Чуйская область	51	71	85	38	51	84	43	31	25	45	28	34	44	27
Таласская область	24	13	16	5	30	5	12	14	18	8	20	8	10	3
Иссык-Кульская область	38	42	42	28	23	22	12	14	12	15	16	18	13	17
Нарынская область	31	38	20	14	7	4	9	7	5	6	8	10	4	10
Джалал-Абадс-кая область	56	60	43	39	37	29	58	52	72	90	81	74	78	91
Ошская область	173	142	132	120	115	113	111	121	118	109	92	76	84	136
Батскенская область	20	23	20	14	18	17	26	22	16	24	14	24	16	19
Г. Ош	-	32	38	19	26	20	20	21	26	83	151	218	255	252
Г. Бишкек	67	66	71	330	347	401	475	468	442	545	518	586	674	577
Кыргызс кая Республика	460	487	461	611	658	695	812	813	724	926	930	1050	1181	1134
Интенсивный показатель на 100 тыс. населения в республике	9,4	9,8	9,2	12	12	13	13,3	15,5	15,1	16,8	16,6	18,4	20,2	19,4

Результаты и их обсуждение. По данным Департамента госсанэпиднадзора Кыргызской Республики за последние 14 лет отмечен многократный рост заболеваемости населения, а также увеличивается интенсивный показатель на 100 000 населения. Удельный вес эхинококкоза в гельминтофауне Республики составляет более 0,3%. В многолетней динамике заболеваемости отмечается тенденция роста с ежегодным темпом прироста 3,5% . Распространение эхинококкоза принимает повсеместный характер. До 90-х годов он в основном регистрировался в животноводческих регионах, а начиная с середины последнего десятилетия, стал выявляться во всех административных регионах. Интенсивный показатель заболеваемости по Республике за 2002-2015 годы варьирует в пределах от 9,2% до 20,2 на 100 000 населения.

В таблице 1 показано распределение больных эхинококкозом по областям республики. По данным департамента государственного эпидемиологического надзора при Министерстве Кыргызской Республики, за последнее 12 лет по официальной статистике отмечен рост заболеваемости эхинококкозом (удельный вес эхинококкоза составил более 0,3% с ежегодным темпом прироста 3,5%).

Показатель заболеваемости по республике за 2002-2015 годы варьирует в пределах от 9,2 до 19,2% на 100 000 населения.

Высокий показатель заболеваемости отмечается в г. Бишкек (интенсивный показатель - 60,8 на 100 000 населения) и в г. Ош (70,6 на 100 000 населения), который определяется первичным выявлением и регистрацией больных приезжающих из сельской местности, а также предпочтением многих пациентов оперироваться в хирургических центрах города, что связано с недостаточностью квалифицированных хирургов в районных и областных больницах КР (Рис.1).

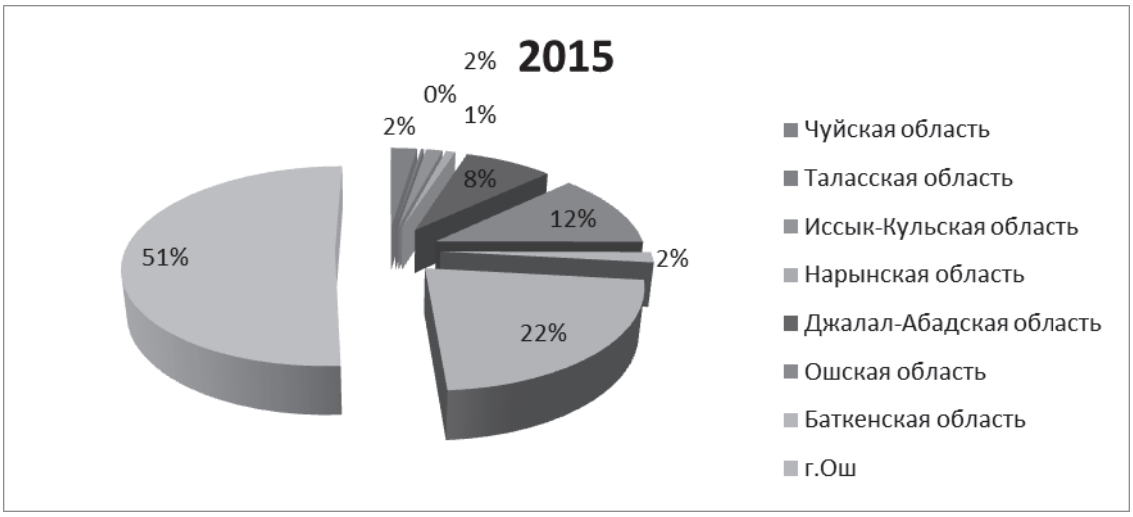


Рис. 1. Распределение больных по областям КР за 2015 год.

Если за 2002 год по республике выявлено 460 случаев эхинококкоза, то за 2015 год зарегистрировано всего 1134 случаев. Рост заболеваемости эхинококкозом с930 случаев(16,6) в 2012г. увеличился до 1134 случаев (19,4) в 2015 г. (Рис. 2).

Территориями риска по эхинококкозу являются районы Нарынской, Ошской, Джалал-Абадской, Таласской, Иссык-Кульской областей, но в них отмечается снижение количества выявляемых больных эхинококкозом, что, возможно, связано с миграцией населения в г. Бишкек и г. Ош.

Зачастую имеет место бесконтрольный убой скота без предубойного ветеринарного освидетельствования (точный учет мест, откуда прибыл, эпидемиологический очаг). Отсутствие специально оборудованных мест для: утилизации и уничтожения зараженных органов животных и местных отходов; приводит к тому, что эти отходы становятся пищей для бродячих собак и кошек. С каждым годом ухудшается работа по снижению заболеваемостиэхинококкозом, не проводится ветеринарный надзор служебно-полезных ислужебных собак с обязательной дегельминтизацией, которая играет роль враспространении инвазии во внешней среде и не проводится обследование населения, для выявления ранних форм эхинококкоза.

Таким образом, на основании анализа можно отметить, чтов последние годы имеется неуклонный рост заболеваемости эхинококкозом в Кыргызской Республике, что требует принятия

неотложных мер на высоком государственном уровне (законодательном, организационном, образовательном, ветеринарно-санитарном, экологическим).

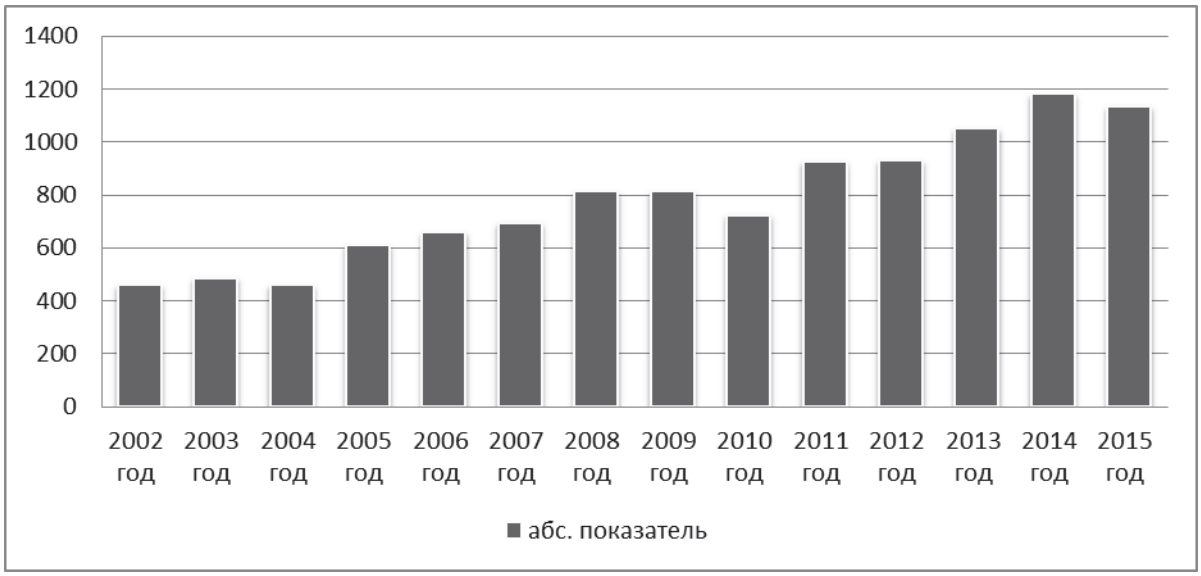


Рис. 2. Число случаев эхинококкоза в КРза 2002-2015 г.

Литература:

1. Акматов Б.А. Эхинококкоз. - Бишкек, 1994. -С. 6-131.
2. Абдрахманова Г.А. Особенности эпидемиологии эхинококкоза и некоторые вопросы борьбы и профилактики эхинококкоза на юге Казахстана. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. -Алматы. -2000. -26 с.
3. Бебезов Х.С. Распространенность и хирургическое лечение эхинококкоза печени/ Х.С. Бебезов, Д.Н. Нурманбетов, Ш.М. Чынгышпаев// Проблемы эхинококкоза в Кыргызстане/ Сб. научн. Тр.-Бишкек, 2002.- С. 22-27.
4. Волох Ю.А. Эхинококкоз и альвеококкоз человека. - Фрунзе:Кыргызстан, 1965.-351 с.
5. Гузеева Т.М. Состояние заболеваемости паразитарными болезнями в РФ и задачи в условиях реорганизации службы/ Т.М. Гузеева// Медицинская паразитология и паразитарные болезни.-2008.-№1.-С.3-11.
6. Досмагамбетов С.П. Анализ эпидемиологической ситуации по эхинококкозу в Казахстане / С.П. Досмагамбетов// Медицина и экология. -2010.-№2.- С. 49-52.
7. Оморов Р.А. Заболеваемость эхинококкозом в КР/ Р.А. Оморов, Ж.Т. Конурбаева, Р.М. Баширов// Центрально-Азиатский медицинский журнал -2008- Т.XIV, приложение 2. – С. 40-42.
8. Тойгомбаева В.С. Паразитарные болезни человека/ В.С. Тойгомбаева-Бишкек: Кыргызполиграфкомбинат, 2010. -147 с.

ЧОҢ КИШИЛЕРДИН УЗУН ТҮТҮКЧӨ ЖИЛИК СӨӨКТӨРҮНҮН КУРЧ ГЕМАТОГЕНДИК КУЛГУНА ДАРТЫН РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫК ИЗИЛДӨӨ ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

А.С. Бейшеналиев, А.М.Туркменов, А.А Туркменов, Ч.Т. Касымбаева
И.К. Ахунбаев атындагы КММА, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада узун түтүкчө жилик сөөктөрүнүн курч гематогендик кулгуна дарты бар 70 чоң кишиге жүргүзүлгөн рентгенологиялык изилдөө жыйынтыгы берилген.

Негизди создор: курч гематогендик остеомиелити, чоң курак, рентгенологиялык изилдөө.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

А.С. Бейшеналиев, А.М. Туркменов, А.А. Туркменов, Ч.Т. Касымбаева
КГМА им И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлены результаты рентгенологического обследования 70 взрослых больных с острым гематогенным остеомиелитом трубчатых костей.

Ключевые слова: Острый гематогенный остеомиелит, взрослые, рентгенологическое исследование.

RESULTS X-RAY EXAMINATION OF ADULT PATIENTS WITH ACUTE HEMATOGENOUS OSTEOMYELITIS OF THE LONG BONES

A.S. Beyshenaliev, A.M. Turkmenov, A.A. Turkmenov, C.T. Kasimbaeva
Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Achunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The article presents the results of X-ray examination of 70 adult patients with acute hematogenous osteomyelitis of long bones.

Key words: acute hematogenous osteomyelitis, adults, X-ray investigation.

Курч гематогендик кулгунаны (КГК) дарттабуу жаш балдардыкында дагы, ошондой эле чоң кишилердикинде дагы кандайдыр бир ченде кыйынчылыктарды жаратат. Бул кыйынчылыктар саламаттык сактоонун баштапкы звеносунда турган дарыгерлерде гана эмес, ошондой эле жогорку адистештирилген хирургиялык стационарларда дагы байкалат.Эң эле жакшы учур деп , бул ооруну клиникалык байкалышынан баштап дарт атын туура аныктаганга чейин 1-3 күн өткөн учурду айтса болот. Бирок көпчүлүк учурда, КГК дарттабуу кечигип коюлат, айрым учурлардадартатын кечигип коюу 1,5-2 жылга чейин жеткен учурлар кездешет. Ушуга байланыштуу, кичине эле КГКны шек санаганда бейтапты дароо госпиталдаштырып жана ириңдүү хирургдун кеңеш бермесин алуу керек. КГКны дарттабууда негизги орунду рентгенлогиялык усулдар ээлейт [1,2,3,4,5,6,7].

Материал жана усулдар. Иштин негизин, Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Улуттук гопиталынын ириңдүү хирургия бөлүмүндө узун түтүктүү жилик сөөктүн КГК дарты менен стационардык жол менендарылануу алып жаткан, 70 чоң бейтапка жүргүзүлгөн рентгенологиялык изилдөө корутундулары түзөт. Анын ичинде, 21 (30 пайызы (%)) проспективалык байкоолор жүргүзүлгөн, жана 49 (70 пайызы (%)) ретроспективалык байкоолоржүргүзүлгөн болчу.

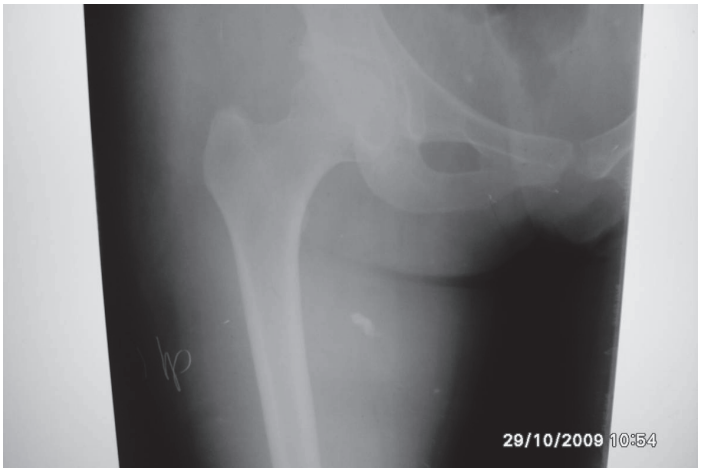
Изилденген бейтаптарды жынысы боюнча бөлүштүргөндө төмөндөгүчө болду: 70 бейтаптын ичинен 54 үн (77,1 пайызы(%)) эркектер, 16сын (22,9пайызы (%)) аялдар түздү.

Бейтаптардын жаш курагы 17ден 72 жаш курак ченинде болду, алардын орточо жаш курагы 31,0± 13,0 жылды түздү. 60жаштан жогору бейтаптар 5 (7 пайызды (%)) түздү.

Бардык бейтаптарга,келип жатаары менен изилдөө планына ылайык колу-бутунун илдетке чалынган бөлүкчөсүнө рентгенография жана операциядан кийинки мезгилге жакын жана алыс ар кыл убактарда динамикасы жүргүзүлгөн.

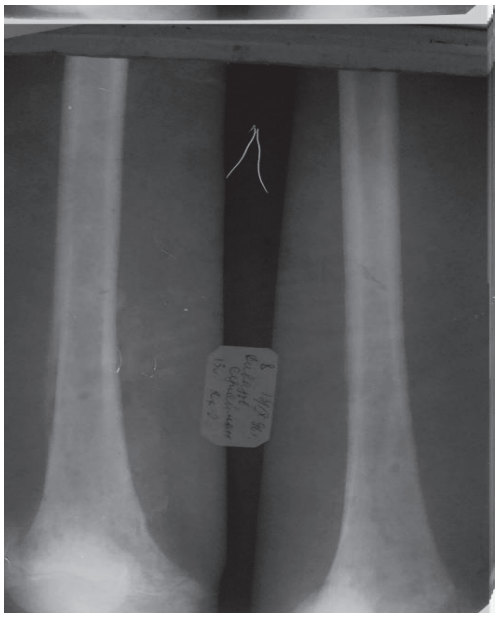
Жыйынтыгы жана талкулоо. Келип жаткандагы рентгенограммалык анализи төмөндөгүлөрдү көрсөттү. Көпчүлүк учурда баштапкы рентгенологиялык белгилери бейтаптардын 44 (62,9 пайызында(%)) , илдет башталгандан 14-16 күндөн эрте эмес учурда билинет.

Узун түтүкчө жилик сөөктөрүнүн КГКсынын эң эле баштапкы белгилеринен болуп, жумшак ткандардын, айланасындагы сөөктөрдүн калыңдоосу жана майышып өзгөрүүсү болуп саналат, ал биздин бир нече жолку изилдөөлөрүбүз боюнча 8 оорулууда (11,4%) илдетке чалдыккандан кийин 2-3 күнүндө байкалды (1-сүрөт).



1-сүрөт. Оору башталгандан 3-күнү, жамбаш кашка жилигинин КГКсында жумшак ткандардын, айланасындагы сөөктөрдүн калыңдоосу жана майышып өзгөрүүсү.

Бирок, көпчүлүк учурда биз, илдетке чалынган бычакча катмары менен сөөктүн жанында сызыкча көлөкөнүн пайда болушун- кулгуна башталышынын ишенимдүү белгиси болуп саналат деп эсептегенбиз. Биздин маалыматыбыз боюнча, периостит(сөөк челинин ажырап катмарлануусу) илдет башталгандан кийин 2-3 жумада гана билинет (2-сүрөт). Биздин маалыматыбыз боюнча, 70 (100 пайыз-%) бейтаптын ичинен ири түтүкчө жилик сөөктүн патологиясы басымдуулук кылды: бейтаптардын 27(38,6 пайызы-%) -жамбаш кашка жилиги, 21 (30пайызы-%)-шыйрак сөөгү, бейтаптардын -11 (15,8 пайызы-%)- ийин сөөгү жабыркаган. Аз санда бейтаптардын билек патологиясы -8 (11,4 пайыз-%), акырек илдети -1 (1,4 пайыз -%) жолукту. 2 (2,8 пайыз -%) бейтапта көптөгөн жилик сөөктөрүнүн илдетке чалдыгуусу байкалды (1-таблица).



2-сүрөт. Периостит(сөөк челинин ажырап катмарлануусу) -илдет башталгандан кийин 16 күнү, КГКда илдетке чалынган бычакча катмары менен жото жилик сөөктүн жанында сызыкча көлөкө.

42 бейтапта (60,0 пайыз-%)-жилик сөөктүн ортосу дартка чалдыкканы байкалды, 10 бейтапта (14,3пайыз-%)-дартметаэпифизардык (жилик сөөктүн учунда) жайгашканы , 13 бейтапта (18,6пайыз-%)-жилик сөөктүн ортосу жана метаэпифизардык (сөөктүн учу) учу дартка чалдыкканы, 5 бейтапта (7,1 пайыз-%)-жилик сөөктүн жалпы илдетке чалдыкканы белгиленди.(2-таблица).

1-таблица - Негизги жана көзөмөл топтун бейтаптарындагы, узун түтүкчө жилик сөөктөрүнүн курч гематогендик кулгуна(КГК)дарты менен илдетке чалдыгуу процессинин жайгашуусу, саны(пайызы-%)

Дарттын жайгашуусу	Топтор		Бардыгы (n70)
	Негизги (n34)	Көзөмөл (n36)	
Жамбаш кашка жилик сөөгү	12(35,3)	15(41,7)	27(38,6)
Шыйрак сөөгү	10(29,4)	11(30,5)	21(30пайыз)
Ийин сөөгү	6(17,7)	5(13,9)	11(15,8 пайыз)
Билек	1(2,9)	3(8,3)	4(5,7пайыз)
Чыканак сөөгү	3(8,9)	1(2,8)	4(5,7 пайыз)
Акырек	1(2,9)		1(1,4 пайыз)
Жилик сөөктүн көптөгөн жабыркоосу	1(2,9)	1(2,8)	2(2,8 пайыз)

2-таблица - Негизги жана көзөмөл топтун бейтаптарындагы, жилик сөөгүндө илдетке чалдыгуу процессинин жайгашуусу, саны (пайызы-%)

Процесстин жайгашуусу	Топтор		Бардыгы (n70)
	Негизги (n34)	Көзөмөл (n36)	
Метаэпифизардык (сөөктүн учунда) жайгашуу	4(11,7)	6(16,7)	10(14.3пайыз)
Метаэпифизардык (сөөктүн учу) жана ортосу илдетке чалдыкканы	6(17.7)	7(19,4)	13(18,6пайыз)
Жилик сөөктүн ортосунда жайгашуусу	22(64,7)	20(55,6)	42(60,0 пайыз)
Жилик сөөктүн жалпы илдетке чагылуусу	2(5,9)	3(8,3)	5(7,1пайыз)

Демек, КГК дарттабууда изилдөөнүн рентгенологиялык түрүнүн маанисин баалоо кыйынчылыкты түзөт. Демейде,КГКнын рентгенологиялык белгилери , дарт башталгандан кийин орточо эсеп менен 6-25 күнгө кеч көрүнөт. Бул учурда ар кандай өзгөрүүлөр байкалат: периостит (сөөк челинин ажырап катмарлануусу), остеопороз, бычакча катмарынын катууланышы, сөөк чучук канал жылчыгынын ичкерүүсү, анын тактыгынын жоголуусу жана башкалар. Бирок, ооруну айыктыруу үчүн дарылоону убагында канчалык тез баштоонун зор маанисин түшүнгөн адиске, бул мөөнөт канаатандыраарлык эмес. КГК боюнча баштапкы дарттапма маселелери олуттуу боюнча калууда жана бүгүнкү күндө аягына чейин чечилген жок.

Адабият:

1. Бояринцев В.С. Патогенез остеомиелита [Текст] / В.С. Бояринцев, С.И. Коноваленко, А.А. Цыбин // Вестник новых медицинских технологий. - 2003. - № 1-2. - С. 61-63.
2. Галеев М.А. Остеомиелит [Текст] / М.А. Галеев, В.Г. Сахаутдинов, Ш.И. Хусаинов. - Уфа: Башкирск. кн. изд-во, 1978. -182 с.
3. Диагностика и лечение гематогенного остеомиелита у детей [Текст] / Решение межрегиональной науч.-практ. конф. // Детская хирургия. - 2001. - № 4. - С. 53-54.
4. Дьячкова Г.В. Рентгеноморфологические проявления последствий гематогенного остеомиелита [Текст] / Г.В. Дьячкова, Г.В. Данильченко // Гений ортопедии. - 2006. - № 1. - С. 67-70.
5. Коваль А.Н. Гематогенный остеомиелит длинных трубчатых костей у лиц молодого возраста [Текст] / А.Н. Коваль // Вестник хирургии. - 2008.- Т. 167, № 5. - С. 114-118.
6. Кутин А.А. Гематогенный остеомиелит у взрослых [Текст] / А.А. Кутин, Н.И. Мосиенко. - М.: Медицина и жизнь, 2000. - 224 с.
7. Osteomyelitis of the ribs: a strategy for prompt diagnosis and effective management [Text] / D. Mohanty, V. Agrawal, B.K. Jain [et al.] // Trop. Doct.- 2008. - Vol. 38, N. 4. - P. 239-241.

СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ (клинический случай)

Молдоташова А.К., Султаналы у. Б., Черномазова Е., Акималы у. А.
Кафедра Пропедевтической хирургии с курсом Анестезиологии и Реаниматологии им. И.К. Ахунбаева
Кыргызская Государственная Медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в представленной статье иллюстрируется роль скрининга маркеров воспаления и расширенного гемодинамического мониторинга в оптимизации интенсивной терапии пациента в остром периоде тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы.

Ключевые слова: тяжелая закрытая сочетанная черепно-мозговая травма, сепсис, травматическое субарахноидальное кровоизлияние.

БЕЙТАПТЫН ООР АЙКАЛЫШКАН МЭЭНИН ЖАНА БАШ СӨӨКТҮН ЖАРАКАТТЫН СЕПТИКАЛЫК ШОК (клиникалык учуру)

Молдоташова А.К., Султаналы у. Б., Черномазова Е., Акималы у. А.
Анестезиология жана реанимация курсу менен пропедевтикалык хирургия кафедрасы
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду: бул макалада сезгенүү маркөрлөрдун жана кеңитилген гемодинамикалык мониторингтердин өөрчүшкөн убакытта чектелген мээнин жана баш сөөктүн жаракатынын интенсивдүү дарылоонун оптимизацыянын ролу көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: оор айкалышкан жабык мээнин жана баш сөөктүн жаракаты, сепсис, травматикалык субарахноидалдык кан куюлуу.

SEPTIC SHOCK AT THE PATIENT WITH THE SEVERE COMBINED CRANIOCEREBRAL INJURY (clinical case)

Moldotashova A.K., **Chernomazova E.A., Sultanay u. B., Akimaly u.A.**
Department of General Surgery with the course of Anesthesiology and Intensive Care named after I.K. Akhunbaev,
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: the article illustrates the role of screening inflammatory markers and advanced hemodynamic monitoring in optimizing of intensive care patient in the acute period of severe combined traumatic craniocerebral injury.

Key words: the severe closed combined craniocerebral injury, sepsis, traumatic subarachnoidal hemorrhage.

Пациент К., 42 года поступил в отделение реанимации Национального госпиталя при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики (НГ МЗ КР) с диагнозом: «Острая тяжелая закрытая сочетанная черепно-мозговая травма, острая субдуральная гематома в правой лобно-теменно-височной области, ушиб головного мозга средней степени, травматическое субарахноидальное кровоизлияние, перелом чешуи височной кости слева; перелом левой ключицы». При поступлении уровень сознания оценивался по шкале Глазго (ШКГ) 5 баллов. В ответ на болевой стимул отмечалось приведение в руках, разгибание в ногах, анизокория D>S, фотореакция вялая, кашлевой рефлекс угнетен. По данным компьютерной томографии головного мозга: справа в лобно-височно-теменной области определялась субдуральная гематома, срединные структуры смещены влево, желудочковая система и охватывающая цистерна компримированы. Также выявлялись признаки САК и перелом чешуи височной кости слева (рис.).

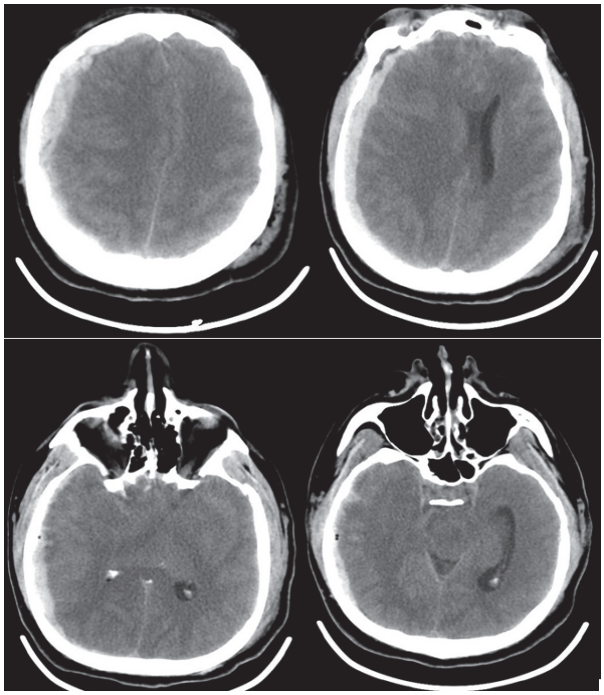


Рис. КТ головного мозга пациента К., 42 года.

После выполнения первичного диагностического поиска, было принято решение о хирургическом вмешательстве и выполнена «декомпрессивная трепанация черепа в правой лобно-теменно-височной области с удалением субдуральной гематомы». Отмечались неоднократные десинхронизация к респиратору, которые корректировали использованием седации и обезболивания.

Системное АД без вазопрессорной и инотропной поддержки составляло: АД – 145/88-160/90 мм рт. ст., ЧСС- 69-85 уд/мин. Дыхание аппаратное в режиме SIMV+PS, с параметрами вентиляции: tV- 0.7 литров, RR-14, PS- 14 mbar, PEEP- 7 mbar, FiO2- 0.6. При фибробронхоскопии - признаки перенесенной аспирации.

С первых суток пребывания в НГ МЗ КР у пострадавшего отмечались гипертермия до 39,0ºС, повышение С реактивного белка до 56 мг/л, лейкоцитоз – 22,9 х 10 000000000/л (норма - <5 мг/л и 4.0-10.0 х 10 000000000/л соответственно) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, рентгенологические признаки аспирационной пневмонии.

На вторые сутки для поддержания ср.АД не ниже 80 мм рт ст потребовалась инфузия адреналина в дозе 0,1-1,3 мкг/кг/мин.

На фоне проводимой терапии к девятым суткам отмечалась стабилизация состояния пациента, при сохраняющейся умеренной гипертермии, снизился С реактивный белок до 33 мг/л; для поддержания гемодинамики требовались меньшие дозы адреналина (0,22 мкг/кг/мин).

На 10-е сутки состояние больного резко ухудшилось. Развилась гипертермия до 40ºС, выраженная снижение сатурации до 81-84%, при фракции кислорода во вдыхаемой смеси 100% (FiO2-1,0). Развилась сердечно-сосудистая недостаточность: несмотря на продолжающуюся постоянную инфузию адреналина возникло резкое снижение АД до 49/20 мм рт ст. Для поддержания адекватного среднего АД (80 мм рт.ст) потребовалась комбинация симпатомиметиков: мезатон - 5,7 мкг/кг/мин и допамин в дозе 1,4 мкг/кг/мин. Также развилось нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта: энтерально вводимая питательная смесь не усваивалась, сформировался парез кишечника. На фоне артериальной гипотензии, снижения ЦПД, увеличилось кровенаполнение мозга, развилась внутричерепная гипертензия. В этой ситуации было необходимо провести дифференциальную диагностику между сепсисом, формированием диэнцефального синдрома, вторичной надпочечниковой недостаточностью, и первичным повреждением миокарда. Результаты ЭХО КГ не выявили перегрузку левых и правых отделов сердца, сократительная способность миокарда не была нарушена.

При исследовании гормонального профиля был исключен клинически значимый дефицит кортизола, тиреоидных гормонов, АКТГ в плазме крови. Стандартно используемые в работе отделения лабораторные исследования не соответствовали критериям септического шока. Так, отмечалось

незначительное повышение С-реактивного белка, а прокальциотонин (PCT) был в пределах нормальных величин, при умеренно выраженном лейкоцитозе (13х109, без сдвига лейкоцитарной формулы влево).

В результате состояние пациента было расценено как септическое. Была расширена антибактериальная терапия. Взяты биологические среды на микробиологический анализ (на вторые сутки культивирования был выявлен рост Грамм (-) возбудителя в посевах крови). На фоне проводимой терапии состояние пациента стабилизировалось. В течение последующих двух суток, температура тела нормализовалась до 36,4ºС, удалось уменьшить дозы симпатомиметиков в 2-3 раза, снизить FiO2 с 1.0 до 0.6, у пациента восстановилось сознание в виде открывания глаз, выполнения простых инструкций. На момент перевода пациента из НГ МЗ КР в клиническое отделение оценка по ШИГ – 4 балла.

В представленном клиническом наблюдении показано роль скрининга маркеров воспаления и гемодинамического мониторинга в оптимизации ИТ пациента в остром периоде тяжелой сочетанной ЧМТ. Бактериальные инфекции и сепсис являются основной причиной заболеваемости и смертности в ОРИТ [1, 2]. Не вызывает сомнений тот факт, что высокая смертность от сепсиса во многом обусловлена его поздней диагностикой и неэффективным мониторингом проводимого лечения. По данным мировой литературы большинство авторов ставят на первое место прокальцитонин, далее интерлейкины и затем С-реактивный белок [3, 4]. В приведенном клиническом наблюдении на 10-е сутки состояние больного резко ухудшилось, развилась сердечно-сосудистая недостаточность, артериальная гипотензия, резистентная к стандартным дозам симпатомиметических препаратов, в сочетании с выраженной устойчивой гипертемией. В этой клинической ситуации была необходима экстренная дифференцировка между сепсисом, формированием диэнцефального синдрома, вторичной надпочечниковой недостаточностью, и первичным повреждением миокарда.

Приводимое клиническое наблюдение наглядно демонстрирует необходимость всесторонней оценки инфекционного процесса. Все это говорит о необходимости проводить дальнейшие исследования по сравнению чувствительности различных маркеров системной воспалительной реакции и сепсиса. Необходимо отдельно остановиться на состоянии системной гемодинамики.

В приводимом клиническом наблюдении требовалось сочетание двух препаратов мезатон (фенилэфрин) и адреналин в высоких дозировках. Безопасность применения вазопрессоров не контролировалась. Применение высоких доз симпатомиметоков не приводило к нарушению периферической циркуляции крови. Другим важным компонентом поддержания адекватных показателей системной гемодинамики являлся инфузионная терапия. При выборе тактики увеличения либо снижения темпа инфузионной терапии мы ориентировались на статические (ЦВД).

На представленном клиническом наблюдении с первых дней сепсиса статические показатели волемии были выше принятых нормальных значений, однако мы повышали темп и объем инфузионной терапии, ориентируясь на динамический показатель волемии. Как указывалось выше, у пациентов с тяжелой сочетанной ЧМТ критическим моментом является предупреждение артериальной гипотензии. В обсуждаемом клиническом наблюдении для поддержания адекватного АД при развитии септического шока было необходимо использовать два симпатомиметка: адреналин и мезатон. Azarov et al выявил связь между применением допамина и увеличением смертности при септическом шоке [5]. Backer et al., не нашел никаких существенных различий в летальности между пациентами, получавшими допамин и норадреналин, однако отметил большее число побочных эффектов при применении допамина [6]. Gaurav Jain and D. K. Singh, показали, что мезатон сопоставим с норадреналином в коррекции гемодинамических и метаболических нарушений при сепсисе [7]. Shenoy et al., проведя мета-анализ применения допамина и норадреналина у пациентов с тяжелым сепсисом, пришли к выводу, что при наличии тех или иных гемодинамических преимуществ каждого, нельзя говорить о превосходстве одного симпатомиметика над другим [8]. В приведенном клиническом наблюдении выбор препарата основывался на данных расширенного мониторинга и выявлении причины снижения АД. Было выявлено, что у пациента на фоне сохраненной сократительной способности миокарда (адекватная фракция изгнания и высокие цифры ВОУ) отмечался вазопаралич (низкое ОПСС и высокий показатель ИП). Для нормализации этих показателей, было необходимо применять комбинацию мезатона с норадреналином. Высокие дозы этих препаратов применяли, используя ОПСС и ИП, как критерии безопасности проводимой вазопрессорной терапии. Это позволило избежать выраженной вазоконстрикции и нарушения периферического кровотока. Необходимо отдельно остановиться на ИП. Этот показатель, достаточно широко обсуждаемый в англоязычной литературе, незаслуженно, на наш взгляд, обделен вниманием отечественными авторами. ИП рассчитывается исходя из анализа плетизмографической волны. Она состоит из двух компонентов обозначаемых как DC и AC. DC - это непульсирующий компонент плетизмографического сигнала (от венозной и нециркулирующей

артериальной крови), а АС – пульсирующий компонент пульсовой вольны (от пульсирующей артериальной крови). ИП рассчитывается как АС/DC × 100%, и автоматически выводится на большинство прикроватных мониторов [9]. Высокие показатели этого индекса говорят о вазодилятации. А низкие о выраженной вазоконстрикции, в том числе и при избыточном применении симпатомиметиков, либо в сочетании с выраженной гиповолемией [9]. ИП позволяет не только диагностировать нарушение микроциркуляции конечностей, но и прогнозировать нарушение спланхнического кровотока [10, 11, 12].

Заключение. Стандартный скрининг маркеров воспаления в сочетании с расширенным гемодинамическим мониторингом способствовали своевременному проведению патогенетической терапии с учетом индивидуальных характеристик гемодинамического профиля у пациента с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой, осложненной септическим шоком. Проведенная терапия обеспечила адекватную церебральную перфузию, без ущерба для микроциркуляции во внутренних органах, что позволило добиться регресса неврологической симптоматики и избежать развития полиорганной недостаточности.

Литература:

1. Yuthana Udomphorn, MD, William M. Armstead, Ph.D, and Monica S. Vavilala, MD //Cerebral Blood Flow and Autoregulation after Pediatric Traumatic //Pediatr Neurol. 2008 April ; 38(4). P. 225–234

2. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, et al.// Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis.College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine.Chest 1992;101. P.1644-55.

3. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock:2008. Intensive Care Med 2008;34. P. 17-60.

4. Luzzani A, Polati E, Dorizzi R, et al. Comparison of procalcitonin and C-reactive protein as markers of sepsis. Crit Care Med 2003;31.. P1737-41.

5. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock// Crit Care Med 2004 Vol. 32, No. 3

6. Nick Azarov, Eric B. Milbrandt, Michael R. Pinsky// Could dopamine be a silent killer? // Critical Care 2006, 11. P. 302

7. De Backer D1, Biston P, Devriendt J. et al. // Comparison of dopamine and norepinephrine in the treatment of shock// N Engl J Med 2010; 362. P. 779-789

8. Gaurav Jain, D. K. Singh// Comparison of phenylephrine and norepinephrine in the management of dopamine-resistant septic shock// Indian J Crit Care Med. 2010 Jan–Mar; 14(1). P. 29–34.

9. S Shenoy, A Ganesh, A Rishi et al. // Dopamine versus norepinephrine in septic shock: a meta-analysis// Crit Care. 2011; 15(Suppl 1). P. 89.

10. Shelley KH, Murray WB, Chang D//Arterial-pulse oximetry loops: a new method of monitoring vascular tone//J Clin Monit 1997, 13. P. 223-8.

11. Hummler HD, Engelmann A, Pohlandt F, et al. // Decreased accuracy of pulse oximetry measurements during low perfusion caused by sepsis: Is the perfusion index of any value?// Intensive Care Med 2006, 32. P. 1428-31.

12. Mowafi HA, Ismail SA, Shafi MA et al. //The efficacy of perfusion index as an indicator for intravascular injection of epinephrine-containing epidural test dose in propofolanesthetized adults. //Anesth Analg 2009, 108. P. 549-53.

ПЕРЕЛОМ ЗАДНЕГО КРАЯ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ. НОВЕЙШИЕ ТЕХНОЛОГИИ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Джумабеков С.А., Назиров У.А., Шералиев Т.У.
Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: За период с 2012 по 2016 годы в БНИЦТО оперированы 65 больных с переломами заднего края большеберцовой кости. Из них 32 больным произведён малоинвазивный остеосинтез. Возрастной диапазон больных составляет от 16-67 лет. Средний возраст составил 38,2 года.

Ключевые слова: малоинвазивный остеосинтез, канюлированный винт, задний край большеберцовой кости, перелом, электронно-оптический преобразователь (ЭОП).

ЧОҢ БАЛТЫР СӨӨКТҮН АРТКЫ КЫРЫНЫН СЫНЫШЫ. УШУЛ ООРУ БОЮНЧА ОСТЕОСИНТЕЗДИН ЖАНЫ ТЕХНОЛОГИЯСЫ

Джумабеков С.А., Назиров У.А., Шералиев Т.У.
Бишкек шаардык травматология жана ортопедия илим изилдөө борбору
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: 2012-2016 ж.ж аралыгында БТОИИБ да 65 бейтапка чо балтыр сөөгүнүн арткы четинин жабык сыныгы боюнча операция жасалды. Булардын 32 бейтабына аяр инвазиялык остеосинтез жасалган. Бейтаптардын жаш курамы 16 жаштан 67 жашка чейин. Орточо жаш курамы 38,2 жашты түздү.

Негизги сөздөр: аяр инвазиялык остеосинтез, түтүкчүлүү бурама, чоң балтыр сөөктүн арткы чети, сынык, электрондук оптикалык өзгөрткүч (ЭОӨ).

FRACTURE OF TIBIAL POSTERIOR EDGE. CONTEMPORARY TECHNOLOGIES OF OSTEOSYNTHESIS OF THIS TYPE DISEASE

Dzhumabekov S.A., Nazirov U.A., Sheraliev T. U.
Bishkek research centre for traumatology and orthopedics Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. For period from 2012 to 2016 in a BSRCTO 65 is operated patients with the fracture of back edge of tibia. Of these, 32 patients is produce little invasion osteosyntes. The age-related range of patients makes from 16-67 year.

Key words: little invasion osteosynthesis, cannulated screw, back edge of tibia, fracture, electronic optical transformer (EOT).

Актуальность. Переломы лодыжек являются одной из самых распространенных травм скелета человека, составляя 20-22% от всех переломов. Они относятся к тяжелым повреждениям, особенно и чаще всего при сочетании с переломом заднего края большеберцовой кости [1]. При этом нередко, даже при внимательном отношении специалиста, лечение приводит к инвалидности [2]. Перелом заднего края (и значительно реже - переднего) большеберцовой кости практически всегда является компонентом переломов лодыжек и встречается в 30% таких повреждений («трехлодыжечные» переломы). Среди госпитализированных эта цифра может возрастать до 50% [5,6].

Применение в диагностике общепринятых в настоящее время методов клинического и рентгенологического исследований, не всегда выявляет повреждения элементов голеностопного сустава в полном объеме, поэтому продолжаются разработки новых устройств и методик для рентгенографии [8], методики компьютерной томографии, термометрия, ультразвуковое исследование [9].

Консервативное лечение повреждений с задне-маргинальным переломом большберцовой кости часто приводит к неудовлетворительным функциональным результатам, что обусловлено остающимся смещением заднего края. В абсолютном большинстве случаев отсутствует эффект классического варианта закрытой одномоментной ручной или постепенной на вытяжении репозиции с тыльной флексией стопы, причины этого явления не исследованы. При проведении скелетного вытяжения, особенно у пожилых больных, часто возникают застойные пневмонии, сердечно-сосудистые осложнения, парезы кишечника и другие нарушения функции внутренних органов. Актуальным является и вопрос высокой стоимости длительной госпитализации [3].

В последние годы определилась тенденция к применению оперативных методик. Это позволило существенно, в 2-3 раза, сократить сроки стационарного лечения. В то же время неудовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты, вызванные в основном инфекционными осложнениями, а также неудачами репозиции и надежной фиксации, указывают на сохранение проблемы [4,7].

Цель исследования: Разработан и внедрен малоинвазивный метод оперативного лечения при переломе заднего края дистального метаэпифиза большеберцовой.

Материалы и методы: За период с октября 2012 г. по июнь 2016 г. в БНИЦТО прооперировано 69 больных с переломом заднего края большеберцовой кости. Среди исследуемых 69 больных; мужчины 31 (44,9%), и женщины 38 (55,1%). В зависимости от проведенных операции, больные разделены на основную и контрольную группу. В контрольной группе 37 больных оперированы традиционными методами (задний край большеберцовой кости фиксируется открытым способом спицами и винтами). В

основной группе 32 больных, которые оперированы предложенным нами способом. Возраст больных варировался от 16 до 67 лет. Средний возраст больных составил 38,2 года.

Методика операции. Операция выполняется под спинномозговой или общей анестезией. Положение больного на операционном столе: на спине. После соответствующей обработки операционного поля, под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП) производится закрытая ручная репозиция с вправлением вывиха или подвывиха стопы (рис. 1).

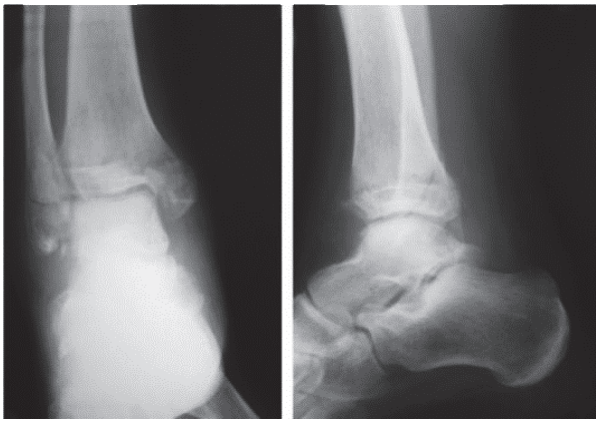


Рис. 1. Перелом заднего края большеберцовой кости.

После этого проводится спица Киршнера с наружной стороны в направлении кнутри при этом прошивая отломок заднего края большеберцовой кости. Спица устанавливается на скобу, с помощью нее производится репозиция отломка заднего края большеберцовой кости в 3х проекциях (рис. 2).

Все это контролируется под электронно-оптическим преобразователем. После репозиции отломка, предварительно прошеваем с помощью еще одной спицей проведенной по напралению сзади кпереди. Окончательно убедившись в удовлетворительном репозиции отломка по отношению к основной кости фиксируется канюлированным винтом, который проводится по этой спице (рис. 3-4).

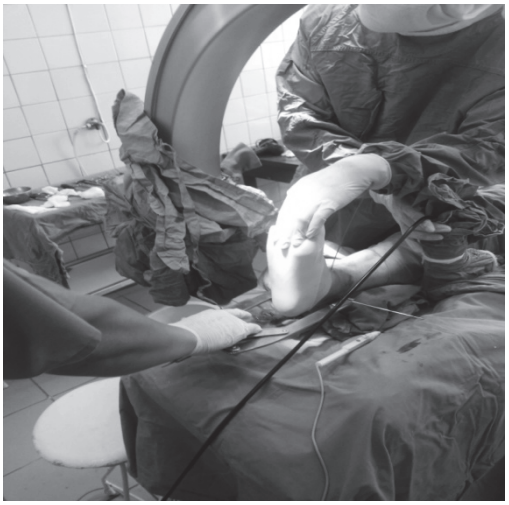


Рис 2. Репозиция отломка с помощью скобы и прошивание спицей под контролем ЭОП.

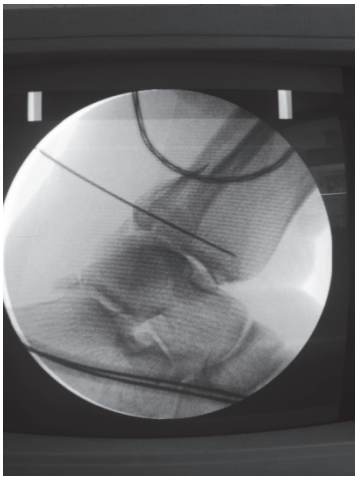


Рис. 3 Проведение канюлированного винта через спицу.

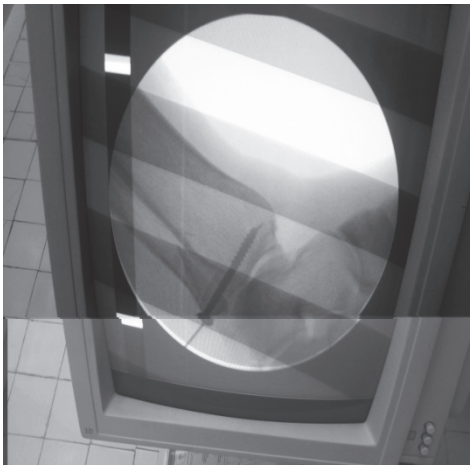


Рис. 4 Остеосинтез канюлированным винтом.

Предварительно вокруг спицы делается надрез кожи скальпелем размером 0,4-0,5 см. Скоба и спицы удаляются. Накладывается асептическая повязка.

Результаты и их обсуждение. Результаты оперативного лечения были изучены в сроки от 6 месяцев до 1 года у всех больных.

Хороший результат 26 (82%)больных.

Удовлетворительный результат 6 (18%) больных.

Неудовлетворительный результат – ложных суставов не наблюдалось.

У двух пациентов была незначительная контрактура голеностопного сустава которая устранена с помощью ЛФК и физиотерапевтическими процедурами.

Всем больным после операции назначено физиотерапевтические процедуры и ЛФК. А так же симптоматическое и антибиотикотерапия.

Выводы:

1. Данный метод дает возможность точной репозиции отломка заднего края большеберцовой кости.
2. Применённый способ является малотравматичным и малоинвазивным методом лечения.
3. Проводились ранние реабилитационные мероприятии, что способствует профилактики остеоартроза и контрактуры голеностопного сустава.
4. Оптимальным способом закрытого сопоставления заднего края большеберцовой кости у большинства больных, с учетом вышеизложенного является разработанная закрытая чрезкожная управляемая, инструментальной репозиций в положении подошвенной флексии стопы.

Литература:

1. Ошибки и пути профилактики их последствий при лечении переломов костей голени [Текст] / [А.В. Алейников, Д.В. Павлов, А.В. Воробьев и др.] // Казанский медицинский журнал. - 2009. - Т.901. - № 6. - С. 857-861.
2. Компьютерная томография в диагностике повреждений стопы и голеностопного сустава [Текст] / [Н.К. Витько , А.Б. Багиров, Ю.В. Буковская и др.] // Лечащий врач. — 2000. — № 2. — С. 61—64.
3. Городниченко, А.И. Метод чрескостного остеосинтеза в лечении переломов лодыжек [Текст] / А.И. Городниченко , О.Н. Усков, В.Н. Боровков // Материалы Первой международной конференции по хирургии стопы и голеностопного сустава в Москве. 2006. С.27.
4. Каралин, А.Н. Оценка результатов лечения тяжелых переломо-вывихов голеностопного сустава [Текст] / А.Н. Каралин , Н.А. Раков // 2-я международная конференция по хирургии стопы и голеностопного сустава. С.Петербург, 2008. - С. 11 – 21. - 14.
5. Ключевский, В. В. Хирургия повреждений [Текст] / В.В. Ключевский // ДИА-пресс. — Ярославль, 1999. - С. 644.

6. Миронов, С.П. Новое в лечении застарелых повреждений голеностопного сустава [Текст] / С.П. Миронов, Д.Д. Черкес-Заде // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 1999.— N3. — С. 21-26.

7. Хорошков, С.Н. Функциональный консервативный метод лечения переломов лодыжек [Текст] / С.Н. Хорошков // Тезисы VII съезда травматологов-ортопедов России. Новосибирск, 2002. — С. 149-150.

8. Брусенская, Е.И. Измерительное устройство для диагностики повреждений голеностопного сустава [Текст] / Е.И. Брусенская // Вестник травматологии и ортопедии. — 2002. - №1. - С. 72-75.

9. Распопова, Е.А. Термометрия в диагностике повреждений голеностопного сустава [Текст] / Е.А. Распопова., Е.Ю. Ударцев // Вестник травматологии и ортопедии. 2002. - №3. - С. 87-89.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМ СУПРАКЛИНОИДНОГО ОТДЕЛА ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ (ВАРИАНТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ)

Абдыракманов Б.Б[2]., Байматов А.А[1]., науч. руководитель –к.м.н. Акматалиев А.А[1].

[1] Национальный госпиталь при МЗ.КР.
(главный врач – к.м.н. Сагинбаева Д.З.),
[2]Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышение квалификации,
кафедра неврологии, психиатрии и нейрохирургии
(ректор – д.м.н., проф. Чубаков Т.Ч.),
г.Бишкек, Кыргызская Республика

Абдыракманов Б.Б.–клинический ординатор 3 года обучения, КГМИПиПККафедра неврологии, психиатрии и нейрохирургии, bayasmed@mail.ru

Учитывая топографо-анатомическую особенность расположений больших и гигантских аневризм супраклиноидного отдела внутренней сонной артерии (ВСА), а также большой риск возникновения разрыва, требует совсем иного подхода оперативного лечения, чем при аневризмах малого размера расположенных в других сосудах головного мозга.Использование комбинированного метода: одновременное лигирование экстракраниального отдела ВСА и микрохирургического клипирования аневризмы супраклиноидного отдела ВСА открытым доступом при хорошем развитии коллатералей позволяет снизить риск интраоперационного кровотечения. На примере больной МРТ данные которой за наличие гигантской аневризмы (отсутствие шейки, гигантские размеры и топографо-анатомические особенностирасположения аневризмы), было решено провести перед микрохирургическим клипированием, открытое лигирование экстракраниального отдела ВСА. 18.02.2016 г. проведена операция: лигирование экстракраниального отдела ВСА слева. Далее произведена: птериональная краниотомия слева с клипированиемсупраклиноидного отдела ВСА слева. Операция прошла прошла без осложнений (интраоперационного разрыва аневризмы и вторичного спазма с тотальной ишемией тканей мозга). Использование комбинированного метода: одновременное лигирование экстракраниального отдела ВСА и микрохирургического клипирования аневризмы супраклиноидного отдела ВСА слева открытым доступом при хорошем развитии коллатералей позволяет снизить риск интраоперационного кровотечения.

Литература:

1. Крылов В.В. Микрохирургия аневризм головного мозга. – М., 2011. – 536 стр.

2. Лебедев В.В., Крылов В.В., Холодов С.А., Шелковский В.Н. Хирургия аневризм головного мозга в остром периоде кровоизлияния – М.: Медицина, 1996. – 255 с.

3. Drake, C.G. Hunteruan proximal arterial occlusion for giant aneurysms of the carotid circulation / C.G. Drake, S.J. Peerless, G.G. Ferguson // Neurosurg. – 1994. – Vol. 81/ - P. 656-665.

ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЗИ РЕПАЛЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ

Пахомова А.Е., Пахомова Е.Е., Логинова А.Б., Приходько Е.С.,
научные руководители: д.м.н., проф. Пахомова Ю.В., д.фарм.н., доц. Карабинцева Н.О., к.м.н., доц. Елясин П.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Пахомова А.Е. – студентка леч. факультета НГМУ, e-mail: pakhomova1998@rambler.ru
Пахомова Е.Е. – ученица специализированного химико-биологического класса
Логинова А.Б. – студентка леч. факультета НГМУ
Приходько Е.С. – студентка леч. факультета НГМУ

Актуальность. В России ежегодно регистрируется более 600 тыс. случаев ожоговой травмы, при этом у 60–80 % пострадавших имеются поверхностные ожоги II и IIIа степени [4]. Целью исследования являлась оценка терапевтической эффективности «Мази для лечения поверхностных термических ожогов» (Репален) [3] по сравнению с традиционными мазями.

Материалы и методы. В эксперименте использовали 100 крыс линии Wistar, которым наносили ожоги IIIа степени площадью 314 мм^2 [2]. Животные были разделены на 5 групп по 20 особей. Животным ежедневно на ожоговую поверхность делали аппликацию различных мазей. Животным 1-ой группы наносили мазь Репален, 2-ой группы – 10%-ую метилуроциловую мазь, 3-ей группы – мазь левомеколь, 4-ой группы – 20%-ую ихтиоловую мазь. 5-ую группу составили животные, не получавшие лечения. В контрольные сроки эксперимента всем животным проводили измерение площади ожоговых ран [1].

Результаты. На 1-е сутки эксперимента у животных всех групп формировался стандартизированный термический ожог кожи IIIа степени. Максимальных значений площадь ожоговых ран у животных всех групп достигла к 3-м суткам. При этом минимальный размер ожоговых ран был отмечен у животных 1-й группы и составлял 384 ± 0,34 мм² (+22,3 %) относительно площади стандартизированного ожога 314 мм². На 10-е сутки эксперимента у животных 1-й группы площадь ожоговой раны уменьшилась вдвое по сравнению с исходными размерами ожоговой раны (–57,3 %). На 14-е сутки эксперимента у животных 1-й группы площадь ожоговой раны уменьшилась на 91,0 % и составила 28 ± 0,24 мм². К 21-м суткам эксперимента у животных 1-й группы ожоговые раны полностью эпителизировалась, в то время как, полная эпителизация ожоговых ран у животных 2-й группы наступила на 28-е сутки эксперимента, у животных 3-й и 4-й групп − на 35-е сутки эксперимента, а у животных контрольной группы − на 40-е сутки.

Заключение. Заживление ожоговых ран IIIа степени при лечении мазью «Репален» наступило на 21-е сутки, что в 1,5–2 разе меньше, чем при лечении традиционными мазями, что свидетельствует о ее выраженной терапевтической эффективности..

Литература.

1. Патент № 153724 Российская Федерация. Устройство для измерения площади поверхностных дефектов кожи / Пахомова А.Е., Пахомова Ю.В., Пахомова Е.Е. – 03.07.2015.
2. Приоритетная справка на изобретение № 2014152729 РФ. Способ экспериментального моделирования термического ожога у лабораторных животных / Пахомова А. Е., Пахомова Е. Е., Пахомова Ю. В., Яворский Е. М. – 24.12.14.
3. Патент № 2612260 Российская Федерация. Мазь для лечения поверхностных термических ожогов / Пахомова А.Е., Пахомова Ю.В., Пахомова Е.Е., Карабинцева Н.О., Овсянко Е.В. – 03.03.2017.
4. Спиридонова Т. Г. Консервативное лечение ожоговых ран / Т. Г. Спиридонова // Рос. мед. журн. 2003. – Т. 9, № 13–14. – С. 560–563.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Кабылов Ю.С., Молдоташова А.К., Касенова А.С., Аникеева М.А.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К.Ахунбаева
Кафедра пропедевтической хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Молдоташова А.К. – заведующая курсом кафедры пропедевтики хирургических болезней с курсом анестезиологии и реанимации КГМА им. И.К. Ахунбаева
Кабылов Ю.С. – врач соискатель, кафедра анестезиологии и реанимации при КГМИПиПК
Касенова А.С. - клинический ординатор 1 года каф. пропедевтической хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии, e-mail: inkognito.asema@mail.ru
Аникеева М.А. - клинический ординатор 1 года каф. пропедевтической хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии

Актуальность: послеоперационная тошнота и рвота – одно из наиболее частых (в среднем 30%) осложнений первых суток послеоперационного периода любых хирургических вмешательствах.

Цель исследования - улучшить течение раннего послеоперационного периода при хирургических вмешательствах путем оптимизации анестезиологического обеспечение. **Материал и методы**. В статье представлены результаты изучения влияния анестезии при хирургических вмешательствах на развитие ПОТР у 127 пациентов в возрасте от 20 до 79 лет, (риск по ASA II-III), которым проводили хирургические вмешательства по поводу холецистэктомии и тиреоидэктомии. Пациенты были разделены на 3 группы:

Группа А (43) – стандартная группа: Пропофол + Фентанил+ Дексаметазон + Допракин. Группа В (40) - Тиопентал натрия + Фентанил+ Дексаметазон + Метоклопрамид.

Группа С (44) – Пропофол + Фентанил.

Дополнительная группа - в качестве лечения развившейся ПОТР применяли Ондансетрон.

Результаты. Группа А – ПОТР наблюдался у 4 (9,3%) пациентов, группа В – у 9 (22%) пациентов, группа С – у 6 (13,6%) пациентов. У 19 пациентов, у которых развилась ПОТР был применен Однансетрон, развившийся синдром эффективно купирован у 17 (91%) пациентов, в 2 (9%) случаях рвота однократно повторилась.

Заключение. С целью профилактики ПОТР применение Пропофола более предпочтительно, чем Тиопентала натрия. Наиболее эффективно использование в премедикацииДопракина с Дексаметазоном.

Литература:

1. Исаков А.В, Степаненко С.М, Тимошенко О.В. Проблема послеоперационной тошноты и рвоты в амбулаторной хирургии у детей раннего возраста // Анестезиология и реаниматология. – 2012.– 3-51 стр.
2. Заболотских И.Б. Послеоперационная тошнота и рвота: механизмы, факторы риска, прогноз и профилактика // Практическая медицина. – 2009.
3. Баскаков Д.С., Хороненко В.Э. Сравнение эффективности комбинации ондансетрона и дексаметазона в профилактике послеоперационной тошноты и рвоты при полостных и лапароскопическихоперацияхв онкологии // Онкохирургия. - 2011. - 12-13 стр.
4. Gauger P.G., Shanks A., Morris M. and all. Propofol decreases early postoperative nausea and vomiting in patients undergoing thyroid and parathyroid operations // World J. Surg. - 2008. - 1525-1534

4. ЛОР-БОЛЕЗНИ. ОФТАЛЬМОЛОГИЯ. СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616-009.614:616.31-089

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ СПОСОБОВ ПСИХОСЕНСОРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА

Базарбаев Н.Р., Бакиев Б.А., Базарбаева Э.Н., Бакиев А.Б.
Медицинский Центр «Нуралы»,
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им.И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлены методы исследования 1970 пациентов, которым осуществлена хирургическая санация полости рта с применением способов психосенсорной анестезии.Оценка эффективности выполнялась на основе клинико-инструментальных методов и электроэнцефалографии.

Ключевые слова: психосенсорное обезболивание, клинико-инструментальные методы исследования,электроэнцефалографии.

ООЗ КӨҢДӨЙҮН ХИРУРГИЯЛЫК САНАЦИЯ ЖАСОО ПСИХОЛОГИЯЛЫК-СЕНСОРДУК ЖАНСЫЗДАНДЫРУУ ЖОЛДОРУН КОЛДОНУУ БОЮНЧА ИЗИЛДӨӨ ЫКМАЛАРЫ

Базарбаев Н.Р., Бакиев Б.А., Базарбаева Э.Н., Бакиев А.Б.
«Нуралы» Медициналык борбору,
И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын хирургиялык стоматология жана жаак-бет хирургиялык кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Психологиялык-сенсордук жансыздандыруу ыкмаларын колдонуу менен ооз көңдөйүнүн хирургиялык тазалоосу жүргүзүлгөн 1970 бейтаптарды изилдөө ыкмалары берилген. Натыйжалуулукту баалоо клиникалык-аспантык ыкмалардын жана электроэцефалографиянын негизинде жүргүзүлдү.

Негизги сөздөр: психологиялык сенсордук жансыздандыруу, клиникалык-аспантык изилдөө ыкмалары, электроэнцефалография.

METHODS OF INVESTIGATION OF USING PSYCHOSENSORY ANESTHESIA IN SURGICAL ORAL CAVITY SANATION

Basarbaev N.P., Bakiev B.A., Basarbaeva E.N., Bakiev A.B.
Medical Centre ”Nuraly”,
The department of surgical stomatology and maxillo- facial surgery
KSMA named after Akhunbaev. I.K. Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: There are given investigation methods of 1970 patients with surgical sanation of oral cavity using psychosensory anesthesia methods.

Efficiency assessment was made on the base of clinico-instrumental methods and electroencephalography.

Key words: psychosensory anesthesia, clinico - experimental methods, electroencephalography.

Введение. Проблема обезболивания при операции удалении зубов продолжает оставаться актуальной в связи с тем, что обращаемость пациентов с патологией зубов и челюстей остается высокой и составляет по данным литературы 10-55% от всех стоматологических заболеваний [1,6,20,23].

Основным средством решения проблемы обезболивания при вмешательстве продолжает оставаться местное обезболивание, как наиболее безопасный, эффективный и технически простой способ анестезии [2,4,7,13,20]. Несмотря на многочисленность местноанестезирующих средств нет такого препарата, который бы полностью отвечал всем требованиям клиники в полном объеме

[1,6,13,16,27,30,32,21,24]. Работы последнего десятилетия доказывают необходимость использования психологических методов в диагностике, лечении и профилактике стоматологических заболеваний [5,7,12,17,18,19,25,26,28,29,33].

Цель исследования - выбор адекватных методов исследования при осуществлении хирургической санации полости рта с применением методов психосенсорной анестезии.

Клиническая часть работы была выполнена в Медицинском Центре «Нуралы», материалом исследования послужили 1970 пациентов стоматологического профиля, которым применена хирургическая санация полости рта с использованием способов психосенсорной анестезии. Основными клиническими методами исследования периодонта и окружающих тканей являлись общепринятые в стоматологии методы диагностики: осмотр, зондирование, перкуссия, реакции на температурные раздражители (термометрия) и электрические разряды (электроодонтометрия). Периодонт обладает высоко развитой тактильной чувствительностью, убедительным доводом в пользу этого является тот факт, что депульпированные зубы также воспринимают механические раздражения, как и недепульпированные. Помимо тактильной чувствительности, периодонт обладает и температурной чувствительностью. Раздражая рецепторный аппарат периодонта постоянным током, мы неоднократно отмечали появление в полностью депульпированном зубе ощущение холода.

Описание основных и дополнительных методов стоматологического обследования. После визуального осмотра и пальпации, клиническое обследование зубов и окружающих тканей проводили с помощью инструментов, начиная последовательно с верхне-правого квадранта 18-11, затем 21-28, 31-38 и 41-48 зубов. При этом выявляется наличие или отсутствие кариозной полости, степень разрушенности коронки, цвет десневой манжетки, зондирование определяет жизнеспособность пульпы зуба.

Перкуссия – постукивание по зубу инструментом выявляет болезненность, так боль при вертикальной перкуссии говорит о верхушечном периодонтите, а положительная горизонтальная перкуссияо пародонтите. Для предупреждения осложнений общего и местного характера организма при проведении операции удаления зуба и других хирургических вмешательств с помощью психосенсорного метода обезболивания проводились следующие мероприятия.

Термометрия – использовалась для определения жизнеспособности пульпы зуба путем измерения субъективного ощущения холодовой и/или тепловой чувствительности зубов аппликацией ватных тампонов с эфиром, холодной водой или горячей гуттаперчи. Если болезненные ощущения проходят через несколько секунд, это говорит о нормальном состоянии пульпы, а когда боль держится 15-20 секунд – это квалифицируется как заболевание пульпы. Отсутствие реакции зуба указывает на некроз пульпы и развитие периодонтита. Термометрия является дополнительным объективным критерием наведения в транс до и после психосенсорного воздействия.

Дополнительные методы также включали рентгенологическое исследование - прицельная и панорамная рентгенография челюстей.

Клинико-инструментальные методы исследования обоснования методов психосенсорной анестезии включали следующие методы:

Электродонтометрия (ЭОД) - электрометрическое исследование предоставляет полные сведения о состоянии пульпы. Определение функционального состояния пульпы зуба играет большую роль в дифференциальной диагностике кариеса и его осложнений. В клинической практике наибольшее распространение в оценки функционального состояния пульпы получил метод электроодонтодиагностики (ЭОД). С целью определения функционального состояния пульпы зуба разработаны стандартные приемы [3,15], рассчитаны цифровые значения электровозбудимости пульпы для интактных и пораженных зубов [14,31,22]

Суть исследования состоит в определении пороговой силы раздражения пульпы. В норме показатели пороговой силы пульпы составляют 2-6 мкА. Если зуб реагирует на ток 100 мкА - это показатель некроза пульпы, 100-200 мкА – реакция невоспаленного периодонта, а свыше 200 мкА указывает на значительные воспалительные изменения в периодонте. Сила тока в аппарате «ЭОМ-1»регулируется при прохождении электрического тока путем нажатия прерывателя в руке пациента, что фиксирует минимальное показание прибора. ЭОД проводилась с целью объективной оценки времени наступления начального и глубинного обезболивающего психосенсорного воздействия. Порог болевой чувствительности измерялся до и после психосенсорного воздействия на соседние здоровые (интактные) зубы и в области удаляемого зуба.

Пульсометрия - определение частоты сердечного сокращения (ЧСС), частота пульса за 30 секунд подсчитывалась секундомером на лучевой артерии. Полученное число умножалось на 2 и получалась частота пульса за 1 минуту.

Пневмометрия - подсчет частоты дыхания проводился следующим образом: на грудную клетку больного клалась ладонь руки и фиксировалось число ее подъемов за 30 секунд. Полученное число умножалось на два и получалась частота дыхания за 1 минуту.

Уровень артериального давления (АД) определялся с помощью тонометра по общепринятой методике. Он показывал некоторое снижение уровня артериального давления, что обычно является признаком наведения в состояние транса.

Для оценки *эффективности психосенсорной анальгезии* при экстракции больного зуба мы использовали субъективные переживания больных по бальной шкале:

2 балла - полное обезболивание (+++) - отсутствие боли во время вмешательства;

1 балл - частичное обезболивание (++-) - незначительная болезненность во время удаления;

0 балов - отсутствие психосенсорного обезболивания (+--), невозможность проведения экстракции больного зуба без медикаментозного обезболивания.

Скорость наступления анестезии определялась путем имитации отслоения круговой связки удаленного зуба. При этом первоначально определили состояние тактильной чувствительности слизистой оболочки, а затем проверяли сохранность болевой реакции местных тканей.

Длительность анестезии - определяли с помощью электроодонтометрии рядом стоящих зубов, измеряя электрочувствительность через 10 мин после удаления зуба.

Нейрофизиологический метод исследования. *Электроэнцефалография:* наиболее распространенный, широко применяемый в наше время метод дополнительного исследования функционального состояния головного мозга. Как и ЭКГ в кардиологии характеризует функциональное состояние сердечной мышцы, так и ЭЭГ характеризует и довольно успешно функциональное состояние головного мозга, используя для анализа биотоки, суммирующиеся в довольно сложные кривые. Электроэнцефалографическое исследование проведено на кафедре нейрохирургии до дипломного и последипломного образования Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева (к.м.н., доцент Турдубаева Г.Т.) при участии автора.

Запись ЭЭГ производилась по общепринятой схеме, монополярным, биполярным способом в состоянии покоя, при ритмической фотостимуляции по Ливанову и гипервентиляции в течение трех минут. Клинический анализ результатов исследования биопотенциалов мозга производился по трафарету описания графоэлементов ЭЭГ. В наших исследованиях запись велась на компьютерном электроэнцефалографе «Нейроспектр - 5» («Нейрософт» - РФ, 2010,2013), , при скорости движения 30мм\с и чувствительности 10мкв/мм.

Расположение электродов на голове осуществлялось согласно международной системе 10-20%. Запись ЭЭГ проводили в затемненной экранированной камере. Испытуемый находился в камере в удобном полу - лежачем положении, с расслабленной мускулатурой и закрытыми глазами в состоянии относительной тишины. Проводились пробы с открыванием и закрыванием глаз, проба с гипервентиляцией. Перед началом обследования испытуемому объясняли безопасность проводимой процедуры. Так как необычность обстановки, наличие незнакомой аппаратуры могут явиться комплексом сильных раздражителей, которые способны значительно изменить результаты исследования. Запись начинали через 3-5 минут, после привыкания к обстановке. При регистрации ЭЭГ, у пациентов соблюдались строго фиксированные и одинаковые условия регистрации, были применены следующие функциональные нагрузки: открывание и закрывание глаз ОГ и ЗГ, РФ - ритмическая фотостимуляция, трехминутная гипервентиляция [10,11].

Нами обследовано 50 пациентов (25 - контрольная группа, 25 - основная группа с экстракцией зуба после психосенсорного воздействия). Пациентам основной группы ЭЭГ исследование проводили до психосенсорного воздействия, во время экстракции зуба и спустя 20 минут после проведенной процедуры. Пациентам контрольной группы ЭЭГ обследование проводили также до, во время психосенсорного воздействия и после, только с имитацией экстракции зуба. Научный анализ ЭЭГ проводился согласно классификации [8,9] с характеристикой пяти типов.

- Первый тип**:** идеальная норма, характеризуется регулярностью ритма двух основных нормальных компонентов ЭЭГ, альфа и бета ритмов, при сохранении их нормальных амплитудных пределов (100-110мкВ для альфа ритма, и до 25 -30 мкВ для бета ритма).

- Второй тип: характеризуется достаточно регулярным альфа ритмом и одновременно появлением по всем областям или локально в одной или нескольких областях головного мозга (относительно нерегулярных) или условно патологических компонентов ЭЭГ: медленной тета – дельта активности с амплитудой до 30 мкВ, пиков невысокой амплитуды, быстрых асинхронных колебаний.

- Третий тип: характеризуется диффузной, выраженной по всем областям головного мозга, дезорганизацией всех ритмов, т.е. возникновением, так называемой бездоминантной кривой при низком амплитудном уровне не выше 30-35 мкВ. Альфа активность всегда нерегулярная или даже совсем отсутствует. Бета активность также нерегулярная - перемежаются высокие и низкие частоты. Наиболее характерным компонентом третьего типа является низкоамплитудная медленная активность, нередко наблюдаются быстрые асинхронные колебания.

- Четвертый тип: чрезвычайно подчеркнутая регулярность ритмов при более высокой, чем в норме амплитуде. Зональные различия ритмов при этом стираются и доминирующий ритм оказывается почти одинаково выраженным во всех областях головного мозга. Есть три варианта данного типа ЭЭГ: бета вариант (частота 14-25 кол/с. амплитудой выше 25 -30мкВ), альфа вариант (амплитуда выше 60-100мкВ «машинобразный альфа ритм»), тета вариант (частота 4-7кол/с. амплитудой выше 30-35 мкВ).

- Пятый тип: дезорганизация ритмов колебаний потенциала, происходящая в отличие от третьего типа на высоком амплитудном уровне. Выражается в появлении во всех отведения или в некоторых областях головного мозга грубо нерегулярных и,безусловно, патологических компонентов ЭЭГ: неровной и нерегулярной медленной тета и дельта активности с амплитудой выше 30—35 мкв, острых волн, пароксизмальных разрядов, два варианта этого типа:

1. патологическая активность локально и только в одном полушарии;
2. патологическая активность распространяется диффузно по всем областям.

Расшифровка ЭЭГ проводилась нами визуально.

Заключение. Таким образом, использование вышеописанных методов исследования при осуществлении хирургической санации полости рта с применением методов психосенсорной анестезии являются доступными и достаточно информативными с научной точки зрения и обосновывают их применение в клинической практике.

Литература:

1. Анисимова Е.Н. Клиническое обоснование выбора средств для местного обезболивания при амбулаторных стоматологических вмешательствах: Автореф. дис. … докт. мед.наук. / ММСИ. – М., 1998. – 32 с.
2. Бизяев А.Ф., Иванов С.Ю., Лепилин А.В. и др. Обезболивание в условиях стоматологической поликлиники. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. -144 с.
3. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. и др. Терапевтическая стоматология. - М.: Медицина, 1998. -737 с.
4. Бронштейн А.С., Ривкин В.Л. Изучение и лечение боли // Международный Медицинский Журнал.- 2001. №3.- С. 12-18.
5. Гончаренко Ю.В. Гипноаналгоседация в амбулаторной стоматологии: дисс. канд. мед. наук., М., 2006, с.110
6. Григорянц Л.А., Шафранский А.П. Применение местных анестетиков фирмы Septodont в амбулаторной стоматологической хирургической практике // Клиническая стоматология. – 1999. - №2. - С. 38-41.
7. Ермолаева Л.А. Психофизиологическая диагностика и коррекция клинических проявлений страха в стоматологии как основа нового подхода к профилактике осложнений в условиях медицинского страхования: Автореф. дис. … докт. мед.наук / СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – СПб., 1995. – 34 с.
8. Жирмунская Е.А. Атлас классификации ЭЭГ / М.: 1996.-300с.
9. Жирмунская Е.А., Рухманов А.А. Электроэнцефалографическая характеристика дисциркуляторной энцефалопатии //Журнал невропатологии и психиатрии.-1999.-№1.-С.35-41.
10. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии. М.: Медицина, 2002.-368с.
11. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии. М.: Медпресс, 2004.-336с.
12. Клаучек С.В., Михальченко О.С., Иванова А.А. Применение методики бинауральной гипноанестезии в стоматологической практике// Актуальные вопросы стоматологии, Волгоградская медицинская академия, 1999.,с.48.
13. Кононенко Ю.Г., Рожко Н.М., Рузин Г.П. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии. – М. «Книга плюс», 2002. – 320 с.
14. Леонтьев В.К., Иванова Г.Г., Жорова Т.Н. Электрометрическая диагностика поражений твердых тканей зубов // Стоматология. 1999. № 5.-С. 19-24.
15. Логинова Н.К. Функциональная диагностика в стоматологии. М.: Партнер, 1994. -80с.

16. Мишунин Ю. В. Анестезия и седация в амбулаторной стоматологии: Дис. д-ра мед.наук. Москва, 2001. - 440 с.

17. Мороз Б.Т. и др. Нейрофизиологические механизмы зубной боли //Актуальные проблемы лекарственного обезболивания. — Л., 1989.—С. 148—155.,

18. Нацикова Н.Б. Повышение эффективности и безопасности обезболивания при лечении стоматологических заболеваний в зависимости от эмоционально-личностных особенностей пациента: Дисс. канд. мед. наук., М., 2011, 99с.

19. Порхун Т.В. Коррекция психоэмоционального состояния при стоматологической санации в условиях медико-санитарной части: Автореф. дис. … канд. мед.наук. / 1ЛМИ им. акад. И.П. Павлова. – Л., 1990. – 18 с.

20. Рабинович С.А. Современные технологии местного обезболивания в стоматологии. - М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. – 144 с.

21. Сачков В.И., Абрамов Ю.Б. Современное состояние проблемы комбинированной электроанестезии //Анестезиол. и реаниматол. — 1989.- № 2. — С. 7-11.,

22. Чертыковцев В.Н. Пульпа зуба. Современные методы диагностики. -М.: Полиграфресурсы, 1999. -116с.

23. Шайда Л.П., Лампусова В.Б., Бодякина Э.А., Стягайло С.В. Проведение местной анестезии у пациентов группы риска // Стоматология сегодня. – 2002. - № 6(9). - С. 10-11.

24. Abbott B. Periodontal Ligament injection a clinic alevalution/ J.Amer. Dent. Ass. — Vol. —1981. — 103. — p. 571—575.

25. БройтигамВ.,Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: краткий учебник. пер. с нем. - М.; ГЭОТАР Медицина, 1999.- с. 23-42.

26. Clarke JH. Teaching clinical hypnosis in U.S. and Canadian dental schools. //Am J. Clin. Hypn. 1996 Oct; 39 (2):89-92.

27. Daublander M., Muller R., Lipp M.D. Theincidenceofcomplicationsassociatedwithlocalanesthesiaindentistry // Anesth. Prog. – 1997. - Vol.44, N 4. – P.132-41.

28. Enqvist B, et al. Pre- and perioperative suggestion in maxillofacial surgery: effects on blood loss and recovery. //Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1995 Jul; 43(3):284-294.

29. Fabian TK. Hypnotic desensitization as a supplemental method in dental care of patients with panic disorder.// FogorvSz. 1996 Feb; 89 (2):57-62.

30. Haas D.A., Harper D.G., Saso M.A., Young E.R. Comparisonof articaine and prilocaine anesthesia byin filtrationin maxillary and mandibular arches // Anesth. Prog. – 1990. – Vol.37, N 5. – P.230-7.

31. Хельвиг Е.,Климек Й, Аттин Т. Терапевтическая стоматология: пер. с нем. /Под ред. проф. А.М.Политун, проф. Н.И.Смоляр. -Львов: ГалДент, 1999. -410с.;

32. Malamed S.F., Gagnon S., Leblanc D. Efficacyof articaine: a new amide local anesthetic // J. Am. Dent. Assoc. – 2000. – Vol.131, N 5. – P.635-42.

33. Эриксон М., Росси Э., Росси Ш. Гипнотические реальности: Наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения / Пер. с англ. М.А. Якушиной. — М.: Независимая фирма "Класс", 1999. — 352 с.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И ВТОРИЧНОМ ПТЕРИГИУМАХ

Абитова А.А., Сайдахметова Ч.Т., СайдахметовТ. Б., Черных А.В., Гайдамак В.В.
Кыргызская медицинская Академия им. И. К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика
(ректор – проф., д. м. н. Кудайбергенова И.О.)

БАШТАПКЫ ЖАНА КАЙТАЛАНМА ПТЕРИГИУМДУН МОРФОФУНКЦИОНАЛДЫК ӨЗГӨРҮҮСҮ

Абитова А.А., Сайдахметова Ч.Т., СайдахметовТ. Б., Черных А.В.,Гайдамак В.В.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек ш., КыргызРеспубликасы

MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL CHANGES IN PRIMARY AND SECONDARY PTERYGIUM

Abitova A.A., Saidahmetova C. T., Saidahmetov T. B., Chernyh A.V.,Gaidamak V. V.
I.K. Achunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Развитие рецидива птеригиума после оперативного вмешательства, является актуальной проблемой офтальмологии, так как процент рецидивов по данным разных авторов колеблется в пределах 26,9%-55,1 [1].

Этиопатогенез птеригиума не ясен, особенно в аспектах дисплазии, органотипических нарушений структуры соединительной ткани и микроциркуляторных расстройств, с врастанием волокон измененной ткани до боуменовой оболочки[2]. Единственным методом лечения птеригиума на сегодняшний день является оперативное вмешательство. Существует большое количество методов оперативного лечения, но ни один из них не гарантирует безрецидивного послеоперационного периода. Многообразие операций говорит о недостаточной их эффективности. В стремлении найти более оригинальные способы лечебной коррекции, для исключения рецидивов и удовлетворения косметических требований. Нами, для характеристики функционального состояния пациентов с рецидивирующим птеригиумом, проанализирована функция продукции слезы в группах и морфологическая структура ткани пациентов с рецидивом и без рецидива птеригиума, для поиска адекватного лечения рецидивирующего птеригиума.

Цель: исследовать морфологические изменения крыловидной плевы и выявить связь сочетания с нарушением продукции слезы при первичном и вторичном птеригиумах.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 36 пациентов в возрасте от 40 до 68 лет, в среднем 54,12±3,03 года. Пациенты были распределены на 4 группы: 1 группа – контроля, состоящая из практически здоровых лиц без глазной патологии, соответствующего возраста (9 пациентов), 2 группа – пациенты прооперированные без рецидива птеригиума (10 пациентов), 3 группа - пациенты с рецидивом птеригиума (7 пациентов), 4 группа пациенты с первичным птеригиумом с высоким титром на вирус простого герпеса 1 и 2 типа (10 пациентов).

Таблица 1 - Распределение пациентов по степени птеригиума

Степень птеригиума	1 группа контроля	2 группа первичный птеригиум	3 группа рецидивирующий Птеригиум с высоким титром на вирус	4 группа первичный птеригиум с высоким титром на вирус	итог
1		1			1
2		7	2	6	15
3		2	4	3	9
4			1	1	2
5					
итог	9	10	7	10	36 пациентов

В исследованных группах проведена проба Ширмера, О. Ширмер (1905) предложил по степени (длине) намокания фильтровальной бумаги определять функцию слезопродукции.

Технически это выполняли следующим образом*:* за нижнее веко закладывали полоску фильтровальной бумаги, длиной 3,5см шириной 5 мм. Загнутый на 5 мм конецбумажки вставляли за нижнее веко в сидячем положениипациента, с височной стороны, где нет птеригиума. При нормальной функции слезной железы увлажнение фильтровальной бумаги в течение 5 минут происходит не менее чем на 1,5 см. Если увлажнение меньше1,5 см, то это свидетельствует о гипофункции слезной железы, если больше 2 см — о гиперфункции. Мы в своих исследованиях проводили пробу Ширмера с диагностическими фильтровальными лентами, «TearFlo», производство Индия (2014г.).

Слезопродукция играет значительную роль для комфортной жизнедеятельности глаза. В норме железы конъюнктивы увлажняют конъюнктивальный мешок, продуцируя до 2 мл слезы в сутки. Проведенное исследование слезопродукции выявило следующее.

Таблица 2 - Характеристика продукции слезы в группах

Увлажнение фильтровальной бумаги «TearFlo»	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	итог
1 см	2	2	1	2	7
1,5 см	7	3	1	2	13
2 см		5	5	6	16
итог	9	10	7	10	36

Как видно из таблицы 2, снижение слезопродукции в группах отмечается у 7 пациентов (19,4%), что связано с климактерическим процессом. Выраженнаяслезопродукция отмечалось у 16 (44,4%) пациентов, особенно в 3 и 4 группах и отсутствовала в контрольной группе. При этом в этих глазах отмечались жалобы на чувство засоренности в глазах, вследствие нарушения качества слезной пленки роговицы, так как у этих пациентов отмечается быстрый разрыв липидной пленки. У 13 (36,1%) пациентов при проведении пробы Ширмера фильтровальная бумага за 5 минут намокла до 1,5 см, что соответствует норме, причем основной процент приходится на контрольную группу.

Острота зрения пациентов до операции в среднем была 0,7±0,11; у 60% отмечался астигматизм, с коррекцией острота зрения достигала 0,8. Острота зрения здоровой группы 1,0. Все пациенты ранее были прооперированы в МХГ №1 НГКР в различные сроки, от 6 месяцев до 3х лет, в среднем 1,5±0,2. В 3 группе срецидивирующимптеригиумом, пациенты были повторно прооперированы в сроки от 6 месяца до 20 лет после операции.

Нами проведены морфологические исследования ткани конъюнктивы пациентов с первичным (2 глаза) и рецидивирующим птеригиумом (2глаза). Крыловидная плева, удаленных во время оперативных вмешательств пациентов фиксировались в 10% растворе нейтрального формалина. Обезвоживали в спиртах восходящей концентрации. Заливали в парафин. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилин- эозином, по Ван Гизону и исследовали под световым микроскопом «NikonEsclip 85». Гистологическое исследование удаленной крыловидной плевы с первичным птеригиумом выявило умеренную пролиферацию эпителия слизистой, незначительное слущение эпителия, более выраженную прозрачность, малое количество новообразованных сосудов (Рисунок 1).

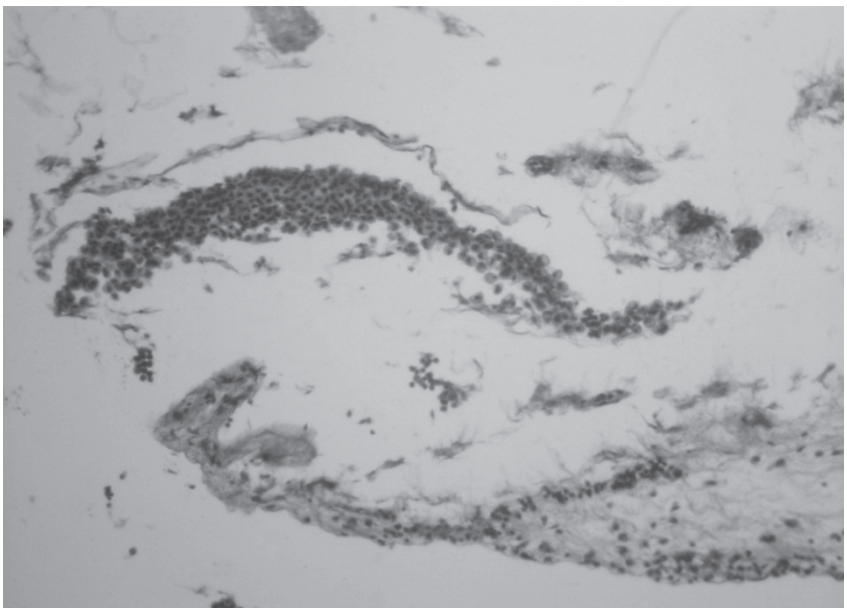


Рис. 1. Срез крыловидной плевы при первичномптеригиуме. Окраска гематоксилин - эозином. Увеличение ×200.

Гистологическая картина рецидивирующего птеригиума характеризовалась формированием кист, стенка кисты представлена фиброзной тканью и выстлана многослойным плоским эпителием. При рецидивирующем птеригиуме также характерно выраженная пролиферация эпителия, со скоплением

лимфоцитов в слизистой оболочке, с характерной пролиферацией эпителия очагового характера. В подслизистой оболочке сосуды капиллярного типа.

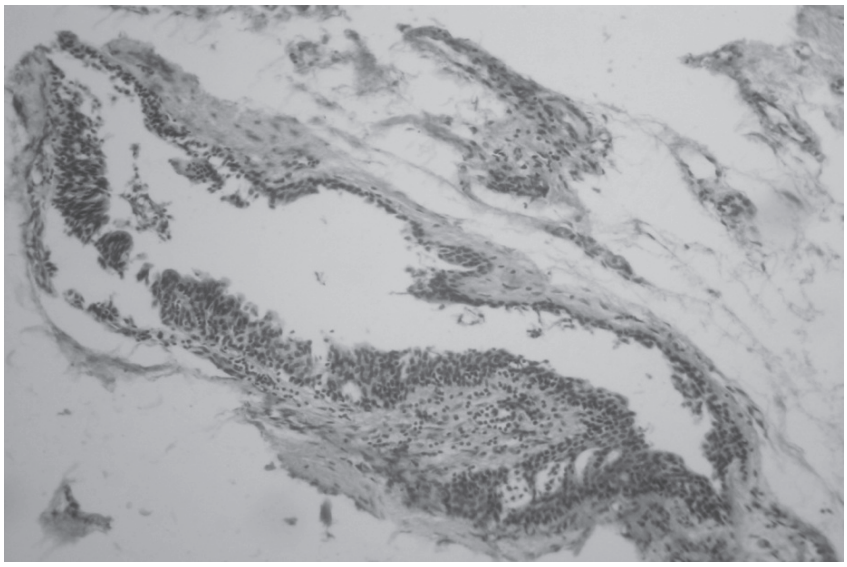


Рис.2. Микроскопическая картина среза рецидивирующего птеригиума. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение ×200.

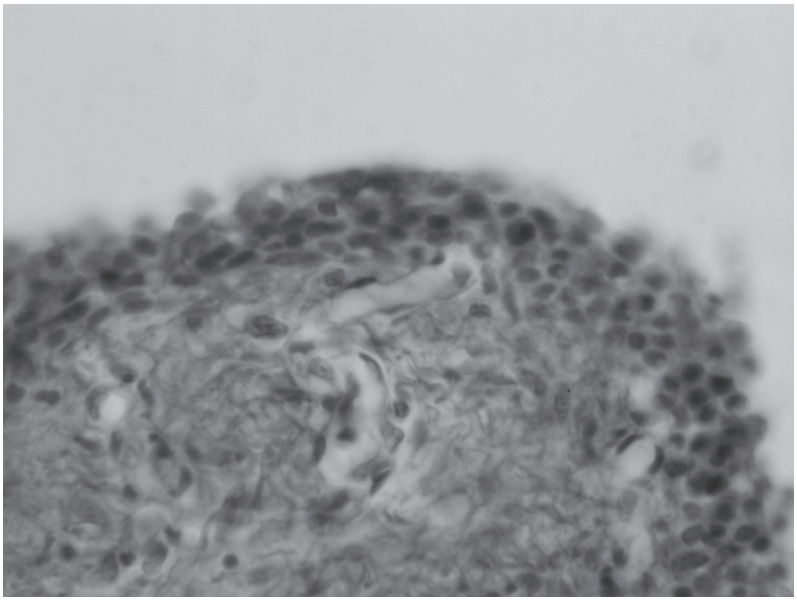


Рисунок 3. Во вновь образованных сосудах картина васкулита (стенка капилляра инфильтрирована лимфоцитами, единичными плазматическими клетками).Окраска по Ван Гизону. Увеличение ×400.

В гистологической картине исследуемого материала, как видно более выраженные изменения с характерными воспалительными изменениями сосудов были более выражены прирецидивирующемптеригиуме (рисунки 4, 5).

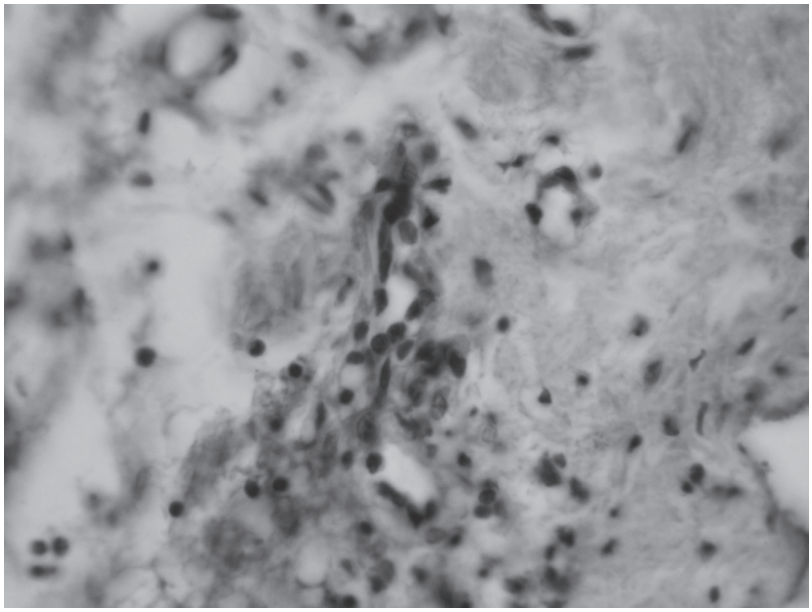


Рис.4 Микроскопическая картина среза рецидивирующего птеригиума. Окраска гематоксилин - эозином. Увеличение ×200.

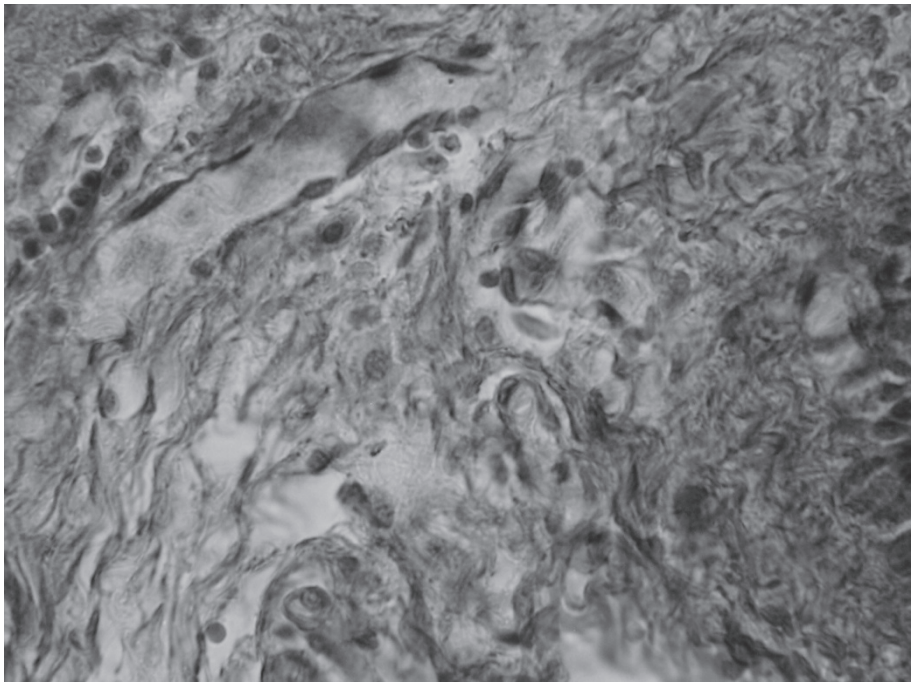


Рис.5. Срез крыловидной плевы при рецидивирующемптеригиуме. Окраска гематоксилин - эозином. Увеличение ×200.

Выводы:

1. В морфологических исследованиях выявлена картина васкулита при рецидивирующемптеригиуме.
2. Гиперпродукция слезы способствует усилению дистрофических изменений крыловидной плевы, вследствие возможного реципрокного снижения выработки сального секрета железами конъюнктивы.

Литература:

1. Петраевский А.В., Тришкин К.С. Тактика лечения первичного птеригиума на разных стадиях его формирования. // Вестник Волгоградского медицинского университета. - 2014. № 1(49). – С. 64-66

2. Фокин В.П.хирургическое лечение птеригиума по методу аутопластики свободным конъюктивальным лоскутом // Научно-практический журнал офтальмологии. – 2014. № 2. – С.131-132

3. Золотарев А.В., Милюдин Е.С. Хирургическое лечение рецидивирующегоптеригиума с пластикой силиковысушенной амниотической мембраной // Вестник офтальмологии. — 2007. № 1. — С. 39-42.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ СКЛЕРОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ МИОПИЕЙ

Таалайбек кызы Аида
Науч.рук: Чакиева Айжан Рыскулбековна
КГМА им.И.К.Ахунбаева, кафедра отальмологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Методом склеропластики прооперировано 30 больных (60 глаз) разных возрастных групп и степени близорукости. Выявлено достоверное улучшение показателей систолической (V syst) и диастолической (Vdias) скорости кровотока после склеропластики, как в глазничной артерии (ГА), так и в центральной артерии сетчатки (ЦАС). Наряду с этим, отмечается достоверное снижение индекса периферического сопротивления (RI). У больных с высокой миопией отмечается достоверное понижение показателей продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) – гидроперекись липидов (ГЛ), нейтральных липидов (ГПЛ), диенкетонов (ДК) после лечебной склеропластики. Длительность эффекта наблюдается на протяжении 12 месяцев.

Ключевые слова: Склеропластика, осложненная миопия, показатель гемодинамики, продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ).

ЖОГОРКУ ДЕҢГЭЭЛДЕГИ МИОПИЯ МЕНЕН ООРУЛАРДЫН, СКЛЕРОПЛАСТИКА ЫКМАСЫНЫН ЭФФЕКТИВДҮҮЛҮГҮ.

Таалайбек кызы Аида
илимий жетекчиси: Чакиева Айжан Рыскулбековна
КММА И.К.Ахунбаев,офтальмология кафедрасы
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Ар түрдүү жашта жана миопиянын ар түрдүү деңгээли менен склеропластика ыкмасын колдонуп, 30 оорулуу (60 көз) жазалды. Көздүн кан тамырында жана ортоңку чел кабык кан тамырында систоликалык жана диастоликалык кан жүгүртүүнүн ылдамдыгынын жогорулашы далилденди. Аны менен бирге резистүвдүү индекстин ылдыйлашы аныкталды. Жогорку деңгээлдеги миопия менен оорулардын: перекисдүү липиттердин саны склеропластика операциясынан кийин ылдыйлады. Эффективдүү натыйжа 12 айга чейин созулат.

Негизги сөздөр: Склеропластика, гемодинамиканын көрсөткүчү, жогорку деңгээлдеги миопия, перекисдүү липиттердин азыктары.

EFFECTIVENESS OF THERAPEUTIC SCLEROPLASTY IN CASE OF PATIENTS WITH COMPLICATED MYOPIA

Taalaibek kyzy Aida
Scientific dir: Chakieva Aijan Ryskulbekovna
Kyrgyz State Medical Academy,chair of ophthalmology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The method of scleroplasty was used during operations for 30 patients (60 eyes) of different age groups and the degree of myopia. There is significant improvement in systolic (V syst) and diastolic (V dias) blood flow velocity after scleroplasty both in ophthalmic artery (OA) and central retinal artery (CRA). Along with this, there is a significant decrease in peripheral resistance index (RI). Parameters of patients with high myopia have a significant decrease in indicators of lipid peroxidation (LPO) - lipid hydro peroxide (HL), neutral lipids (NL), diene ketones (DK) after scleroplasty treatment. The duration of effect is observed for 12 months.

Keywords: Scleroplasty, complicated myopia, hemodynamic parameter, the products of lipid peroxidation.

Введение. Прогрессирующая миопия остается одной из актуальных медико-социальных проблем во всем мире. По данным литературы в 70% случаев миопия констатирована у лиц работоспособного возраста, из которых в 30 % случаев развивается осложненная близорукость с инвалидизацией органа зрения [1,2]. В Азербайджане в 43,26% миопия выявлена также у лиц молодого возраста [3].

Инвалидизация глаз у больных с высокой прогрессирующей миопией развивается в 70-80% случаев вследствие макулодистрофии, в 30-50 % - витреальной деструкции, в 11% - отслойки сетчатки [4].

В соответствии с этим, актуальным направлением в профилактике слабовидения у больных с высокой прогрессирующей миопией является поиски новых технологий в лечении. На наш взгляд, к наиболее эффективным методам, относится хирургическая лечебная склеропластика.

Известно большое количество различных способов склеропластики. Склеропластика улучшает гемодинамику вследствие местной асептической, воспалительной, аутоиммунных реакций и биостимуляции обменных процессов [5].

Цель работы: изучить эффективность модифицированной склеропластики, как антиоксидантной системы при осложненной миопии.

Материал и методы: прооперировано 30 больных (60 глаз). По возрастному составу: до 30 лет - 19 больных (38 глаз), 30-40 лет - 6 больных (12 глаз), старше 50 лет - 5 больных (10 глаз): по степени близорукости до 10,0 диоптрий - 9 больных (18 глаз), свыше 10,0 диоптрий - 21 больной (42 глаза). По виду осложнений: с макулодистрофией и перипапиллярной дистрофией - 7 больных (14 глаз); витреальной дистрофией - 4 больных (8 глаз), катарактой у 2 больных (4 глаза). С остротой зрения до операции: меньше 0,1 – 11 больных (22 глаза); 0,1-0,3 у 12 больных (24 глаза), 0,4-0,6 у 7 больных (14 глаз).

Материалом для склеропластики служил хорион плаценты новорожденных детей (модификация склеропластики Асаналиева Н.А. и Усенко В.А., изобретение 1621921 от 22.09.1990) Наша модификация склеропластики заключалась в сочетании хориона с антигипоксантным препаратом Милдронат 10% - 5мл. (удостоверение рационального предложения 45/09 от 26.06.2009)

Ход операции: После капельной и подконьюнктивальной анестезии, разрез бульбарной коньюнктивы и теноновой оболочки в нижнем наружном квадранте длиной 6 мм параллельно лимбу, отступя от него 8 мм. В туннельный канал к заднему полюсу вводится трансплантат хориона из плаценты размером 1,2 см х 2,0 см, пропитанный милдронатом, с последующим подшиванием переднего края к эписклере.

Гемодинамика в ГА и ЦАС определялась методом УЗДГ на приборе «Dopscan», исследование продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в слезной жидкости по методу Placer в модификации В.Б. Гаврилова с соавт. (1983 г.). Антиокислительная активность (АОА) в слезной жидкости определялась по методу Stoke в модификации Ананенко А.А. с соавторами (1977 г.).

Обсуждение результатов: анализу подлежало 27 больных (54 гл.) с миопией, у которых проводилось исследования гемодинамики в ГА и ЦАС и продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) до и после лечебной склеропластики. Состояние гемодинамики отражено в таблице 1.

Таблица 1 - Частота отклонений гемодинамики в ГА и ЦАС до и после склеропластики в процентах

Показатель гемодинамики	Количество больных/ глаз	До лечения		После лечения	
		ГА	ЦАС	ГА	ЦАС
V syst (см/с)	27 больных (54 глаз)	29,7±0,51	10,28±0,28	32,97±0,63 (11%) Δ	12,06±0,2 (17,3%) ΔΔ
V diast (см/с)		7,43±0,25	3,1±0,06	7,85±0,19 (5,7%) ΔΔ	3,68±0,11 (16,7%) Δ
RI		1,3±0,02	1,0±0,02	1,1±0,03 (7,6%)	0,85±0,01 (15%)
PI		1,82±0,04	1,49±0,03	1,81±0,04	1,48±0,03

Как видно из таблицы 1 выявлено достоверное улучшение показателей V syst после склеропластики, как в ГА у 11% больных, так и ЦАС у 17 % больных. V syst до хирургического лечения составляла соответственно 29,7см/с ± 0,51 после 32,97 см/с ± 0,63 и 12,06 см/с ± 0,2.

Диастолическая скорость кровотока после склеропластики достоверно улучшилась у 5,7% больных в ГА и у 16,7% в ЦАС; до лечения соответственно 7,43 см/с ± 0,25 и 3,1 см/с ± 0,06; после 7 ,85 см/с ± 0,19 и 3,68 см/с ± 0,11. Наряду с этим, после склеропластики отмечается достоверное снижение индекса периферического сопротивления (RI) у 7,6 % больных в ГА и у 15% в ЦАС. Соответственно до склеропластики RI 1,3 ± 0,02 и 1,0 ± 0,02 после 1,1 ± 0,03 и 0,85 ± 0,01. Показатели пульсационного индекса (PI) не достоверны.

Улучшение гемодинамических показателей свидетельствует о повышении микроциркуляции крови в сосудах глаза, активизации метаболических процессов, уменьшении гипоксии и ацидоза, что подтверждается снижением продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Таблица 2 - Показатели продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) до и после лечебной склеропластики при миопии высокой степени

Показатели ПОЛ	До лечения		После лечения				Контр. Группа
	До 10,0 Д 10 б-х (20 гл.)	10,0 Д и выше 17 б-х (34 гл.)	1 мес	6-12 мес	1 мес	6-12 мес	
			До 10,0 Д 10 б-х (20 гл.)		10,0 Д и выше 17 б-х (34 гл.)		
ГПЛ ед.оп.пл./мл.	0,82± 0,07	0,89 ± 0,22	0,76 ±0,05 R 0,97 ΔΔΔ	0,75 ±0,04 R 0,83 ΔΔΔ	0,77 ±0,13 R 0,84 ΔΔΔ	0,76 ±0,15 R 0,87 ΔΔΔ	0,54 ±0,05 ΔΔΔ
НЛ ед.оп.пл./мл.	1,54 ± 0,07	1,67 ± 0,12	1,47 ± 0,1 R 0,72 Δ	1,47 ± 0,09 R 0,75 Δ	1,61 ± 0,13 R 0,96 Δ	1,62 ± 0,13 R 0,93 Δ	1,33 ± 0,05 Δ
ДК ед.оп.пл./мл.	0,16 ± 0,07	0,32 ± 0,2	0,12 ± 0,05 R 0,9 Δ	0,13 ± 0,06 R 0,95	0,24 ± 0,15 R 0,96 ΔΔ	0,26 ± 0,17 R 0,97	0,06 ±0,01 ΔΔ
ОИ	0,49 ± 0,05	0,52 ± 0,11	0,40 ± 0,04 R 0,87 Δ	0,45 ± 0,05 R 0,93	0,46 ± 0,08 R 0,92	0,48 ± 0,09 R 0,97	0,34 ± 0,02 Δ

Как видно из таблицы 2 у больных с высокой миопией обеих групп отмечается достоверное понижение после лечебной склеропластики продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) – гидроперекись липидов (ГЛ), нейтральных липидов (ГПЛ), диенкетонов (ДК) на протяжении 12 месяцев. Так, если показатель ГПЛ до склеропластики составлял 0,82 ± 0,07 и 0,89 ± 0,22,после 0,76 ± 0,05 и 0,75 ± 0,13; показатель НЛ соответственно 1,54 ± 0,07 и 1,67 ± 0,12 после лечения 1,48 ± 0,09 и 1,62 ± 0,13:

Показатель ДК – 0,16 ± 0,07 и 0,32 ± 0,02 после лечения 0,12 ± 0,05 и 0,13 ± 0,06 – достоверность только до 1 месяца; ОИ- достоверное снижение выявлено только у больных с миопией до 10,0Д – 0,49 ± 0,05 после 0,40 ±0,04 с длительностью до одного месяца.

Выводы: После проведенной лечебной склеропластики отмечается улучшение гемодинамических показателей V syst, V diast, RI, которые способствуют улучшению метаболических процессов в тканях глаза, о чем свидетельствует снижение продуктов ПОЛ в слезе. Наиболее чувствительным показателями среди продуктов ПОЛ являются – гидроперекись липидов и нейтральные липиды. Длительность лечебного эффекта наблюдается до одного года.

Литература:

1. Алигаджиева Л.Г. Состояние гемодинамики окислительно-антиоксидантной системы и выбор метода родоразрешения у беременных с миопией в республике Дагестан: Автореферат диссертации М.,2003г

2 Судовская Т.В. Оценка эффективности применения антиоксиданта «Стрикс кидс» в лечении миопии и спазма аккомодации у детей.KOFT,Глаукома 2006;с 163-165.

3 Керимова Н.К., Керимов К.Т. «Медико-социальная характеристика инвалидности вследствие миопии, в Азербайджанской республике Oftalmology 2012 г.10 (3),с 43-49

4. Либман Е.С., Шахова Е.В. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения. // Вестник офтальмологии 2008.№6. С.61-63

5. Тарутта Е.П., Кушнаревич Н.Ю. “Участие биомеханического и гемодинамического факторов в генезе хориоретинальных дистрофий при миопии” - Вестник офтальмологии 1997. - № 4. - С.21 -23.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.

Солодченко Н.В., Турдумаматова А.Б.
Кафедра оториноларингологии
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
Научный руководитель: зав. каф. КГМА им. И.К. Ахунбаева д.м.н., профессор Насыров В.А.

Резюме: в данной работе приводятся сведения по бактериологической диагностике синуситов за период 2011-2016гг.

Ключевые слова: бактериологический посев, синусит, ринит, диагностика синуситов.

КУРЧ ЖАНА ОНОКОТ МУРУН ООРУЛАРЫНЫН ЖАНА МУРУН КОНДОЙЧОЛОРУНУН МИКРОБИОЛОГИЯЛЫК СУРОТУ

Солодченко Н.В., Турдумаматова А.Б.
Оториноларингология кафедрасы
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
Илимий жетекчиси: И.К. атындагы КММА бөлүмүнүн башчысы , м.и.д., профессор Насыров В.А.

Корутунду: бул эмгек 2011-2016 жалдардагы синуситтин бактериологиялык диагностикасы жонундо жазылган.

Негизги создор: бактериологиялык себуу, синусит, ринит, синуситтин диагностикасы

MICROBIOLOGICAL PICTURE OF ACUTE AND CHRONIC DISEASES OF THE NOSE AND PARANASAL SINUSES

Solodchenko N.V., Turdumamatova A.B.
Department of Otorhinolaryngology.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Ahunbaev
Scientific director: Head of Department of Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva d.m.s., Professor V.A. Nasyrov

Summary: This paper presents information on the bacteriological diagnosis of sinusitis in the period 2011-2016gg.

Keywords: bacteriological seeding, sinusitis, rhinitis, sinusitis diagnosis.

Несмотря на успехи современной медицины, лечение инфекционных заболеваний в оториноларингологии, в том числе и бактериальных синуситов, остается актуальной и далеко нерешенной проблемой.

Острый и хронический риносинусит - наиболее распространенное заболевание как в стационарной, так и в амбулаторной практике, с одинаковой частотой встречается во всех возрастных категориях [1]. В связи с этим лечение риносинусит является одной из актуальных проблем оториноларингологии. Наряду с пункционным методом лечения проводят системную или местную антибиотикотерапию. В последнее время в связи с появлением большого количества различных антибактериальных препаратов и многообразием их форм выпуска перед практикующим врачом встает сложная задача оптимального выбора препарата и метода его введения.

Для возникновения инфекционного процесса ведущее значение, наряду с вирулентностью возбудителя, имеет состояние макроорганизма. Оно определяется сложным комплексом факторов и механизмов, тесно связанных между собой, а также чувствительностью и резистентностью к инфекции. Наиболее значимыми факторами являются неблагоприятный аллергический фон, частые полипотомии полости носа, нерациональное назначение антибактериальных препаратов, как в виде местной терапии, так и в виде общей антибиотикотерапии.

Таким образом, изучение структуры бактериальных возбудителей острых и хронических синуситов, их чувствительности к антибиотикам, особенностей клинических проявлений и соответственно разработка рациональных схем антибактериальной терапии заболевания, является актуальной проблемой современной оториноларингологии.

В настоящее время заболеваемость синуситами продолжает оставаться высокой. По данным литературы за последние десять лет она выросла в три раза от 5 до 15% взрослого населения в мире страдает от различных форм синусита [2], а данная категория больных составляет от 15 до 36% пациентов оториноларингологических стационаров [3].

Это связанно не только с высокой распространенностью вирусных и аллергических заболеваний слизистой оболочки верхних дыхательных путей, но и с ухудшением экологической обстановки. В настоящее время это ведущая патология в оториноларингологии, как в поликлинике, так и в стационаре.

Ежегодно, по данным ВОЗ, каждый человек в среднем переносит 4-6 острых заболеваний верхних дыхательных путей, большей частью легкого течения, возникновение которых могут вызывать более 300 микроорганизмов.

Согласно эпидемиологическим исследованиям последних лет, от 5% до 15% процентов населения страдают синуситами в той или иной форме, а среди больных, находящихся в оториноларингологическом стационаре, около 40% составляют пациенты с воспалением околоносовых пазух [4, 5].

Воспалительно-гнойные заболевания носа, горла, уха и верхних дыхательных путей, относятся к числу наиболее встречающихся заболеваний - в среднем ими страдает не менее 75% людей. Проблема своевременной и адекватной диагностики, рационального лечения и профилактики этих заболеваний сохраняет актуальность для специалистов различного профиля - от ЛОР - врачей до организаторов здравоохранения [6].

В конце прошлого столетия был отмечен существенный рост заболеваний носа и околоносовых пазух как в абсолютных цифрах, так и их удельного веса в структуре общей ЛОР- заболеваемости. По наблюдениям С.З. Пискунова и Г.З. Пискунова (1991), за период с 1981 по 1990 годы число случаев синусита на 1000 населения выросло с 4,6% до 12,2%. Похожая тенденция отмечена и в других странах. Так, K. Albegger (1982) сообщает, что хроническим синуситом болеет 5-10% населения [7, 8].

Знание этиологии заболевания имеет решающее значение в выборе лечебной тактики. Поэтому необходим постоянный, проводимый на основании современных бактериологических методов, мониторинг за возбудителями при риносинуситах и их чувствительности к антибактериальным препаратам [9].

По данным зарубежных авторов спектр возбудителей бактериальных синуситов остается относительно постоянным в течение последних четырех десятилетий. Ими являются S. Pneumoniae (20-43%), H. Influenzae (22-35%) и M.Catarrhalis (2-10%). Другие бактерии (стрептококки, стафилококки, анаэробы и т.д.) встречаются в гораздо меньшем числе случаев [10].

В этиологии хронических синуситов основное значение имеет кокковая флора (стрептококк, стафилококк, пневмококк), грамотрицательные и грамположительные палочки, грибы, а также вирусы, обладающие более выраженным иммунодепрессивным действием, чем бактерии [11].

С учетом столь высокой частоты воспалительных процессов в параназальных синусах возникает необходимость определения рациональных подходов к антибактериальной терапии острого гнойного синусита. Антибактериальное лечение острого и хронического риносинуситов остается не вполне решенной задачей. Применение антибиотиков на начальных этапах лечения проводится без микробиологического исследования, поэтому носит эмпирический характер, что ведет к росту антибиотикорезистентных форм микроорганизмов. При лечении синусита принято назначать антибиотики широкого спектра действия в сочетании с противовоспалительными препаратами [12] . Практический врач нередко испытывает трудности в выборе препарата, в определении путей его введения и дозы [13].

Материалы и методы. Нами были произведены исследования 38 пациентов и произведен ретроспективный анализ 418 пациентов за период с 2011г.-2016г. Из них женщины составили 56% (233чел); мужчины 44% (185чел).

Результаты и обсуждения. На наших исследованиях ретроспективного анализа с глубиной 5 лет:

Таблица 1 – Данные, полученные за период 2011-2016 гг.

Возбудитель	2011	2012	2013	2014	2015	2016	всего
S. Aureus	38	83	51	47	45	84	348
E. Coli	1	6	2	1	1	7	18
S. Haemalyticus	7	-	1	2	1	-	11
S. Epidermidis	1	-	2	2	-	1	6
P. Vulgaris	-	5	-	-	-	3	8
Klebsiella	2	1	1	-	1	1	6
Candida	2	4		1	2	3	12

Таблица 2 - Чувствительность микроорганизмов к антибиотикам

S.Aureus	Линкомицин 35% (176)	Цефтриаксон 33% (163)	Ципрофлоксацин 32(160)
P. Vulgaris	Цефтриаксон 50% (4)	Гентамицин 25% (2)	Ципрофлоксацин 25% (2)
E. Coli	Доксициклин 47% (9)	Цефтриаксон 26% (5)	Доксициклин 26% (5)
S. Haemalyticus	Цефалоспорины 3-4 поколения 42% (8)	Рифампицин 31.5% (6)	Левофлоксацин 26% (5)
S. Epidermidis	Линкомицин 37.5% (3)	Цефотоксим 37.5% (3)	Флемоксин солютаб 25% (2)
Klebsiella	Амикацин 40% (4)	Левофлоксацин 30% (3)	Гентамицин 30% (3)
Candida	Флуконазол (9)	-	-

Также в 10 случаях отмечалась резистентность ко всем использованным антибиотикам. В 8 случаях возбудителем был S. Aureus, в 2 случаях S. Haemalyticus.

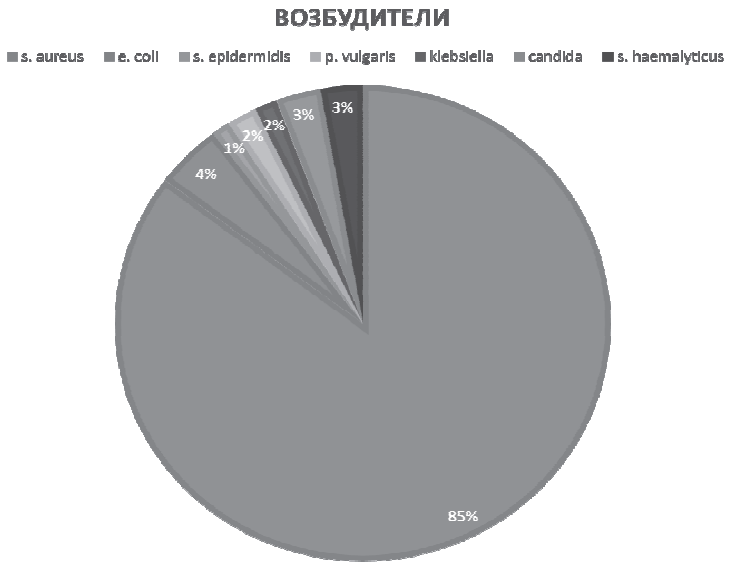


Рис. Возбудители воспалительных процессов полости носа и ППН (в %).

Основываясь на наших исследованиях и ретроспективного анализа с глубиной 5 лет мы пришли к выводу, что основными возбудителями бактериальных синуситов являются S. Aureus (Таб.1), которые

являются возбудителями воспалительных процессов полости носа и ППН в 85% случаев (Рис.). Так же было выяснено что, наиболее высокой активностью по отношению к S. Aureus обладают линкозамиды, цефалоспорины III-IV поколений, фторхинолоны III-IV поколений, аминопенициллины (Таб.2).

Таким образом, при проведении антимикробной терапии у больных с инфекцией ЛОР-органов следует отдавать предпочтение препаратам с наиболее высокой клинической и бактериологической эффективностью как на уровне поликлинического приема, так и в условиях стационара.

Литература:

1. Козлов В.С. Синуситы: современный взгляд на проблему лечения / В.С. Козлов, В.В. Шиленкова, А.А. Шиленков // Consilium medicum- 2004.-том04.-№2.-С.212-218.

2. Кравченко Д.В. Лечебно-диагностический алгоритм при гнойном параназальном синусите и риносинусогенных орбитальных осложнениях: Дис. докт. мед. наук. Москва, 2007.

3. Вавин В.В. Влияние местной антиоксидантной терапии мексидолом на слизистую оболочку полости носа при её воспалении / В.В. Вавин, Н.В. Мингалёв, С.Н. Раудина // Российская оториноларингология.-2007. приложение.-С.269-272.

4. Быкова В.П., Лопатин, А.С., Чучуева Н.Г., Сатдыкова Г.П. Состояние слизистой оболочки остиомеатального комплекса при хронических риносинуситах по данным световой и электронной микроскопии // Рос. ринол. -1994. Приложение Т. - С. 24-25.

5. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. К вопросу о классификации синуситов// Рос. ринол. 1997. - № 2. - С. 13.

6. Аэро Р.О. О роли придаточных пазух носа в общих заболеваниях оториноларингологии и о необходимости улучшения диспансерного лечения // Актуальные вопросы оториноларингологии: Сб. науч. тр.— Таллин, 1986.—С. 208-209.

7. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Диагностика и лечение воспалительных процессов слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Воронеж, 1991.

8. Albegger K. Die sinusitis// Wien. Med Wschr.-1982.-Vol. 132, №6.-P. 121-127.

9. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология: учебник для вузов. М.: Гэотар-Медиа, 2008. 320с

10. Wormald P.J. Treating acute sinusitis // Aust. Prescr.—2000.—Vol.23.—P. 39-42.

11. Крюков, Н. Л. Кунельская, А. Б. Туровский, М. Е. Артемьев, З. С. Ибрагимова // Журн. Вестник оториноларингологии. 2007. - № 2. - С. 3337

12. Патогенетические механизмы и современные подходы к лечению воспалительных заболеваний околоносовых пазух [Текст] / Х.Т. Абдулкеримов, И.А. Ноговицын, Т.Н. Тарасевич, М.С. Велиханова // Рос. ринология. - 2003. - №: 2. - С. 33.

13. Арефьева Н.А. Использование современных лекарственных форм амоксициллина (флемоксина солютаб) в лечении острого синусита / Н.А.Арефьева//Рос. оториноларингология.-2004.-№4 (11).-С. 27-30.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Шабданова Ж.Т., Молдоташова А.К., Куканова А., Кенешбекова А.
Кафедра Пропедевтики хирургических заболеваний с курсом Анестезиологии и Реанимации
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме: В статье рассматриваются методы проведения и обеспечении анестезией, интубации трахеи у больных с челюстно-лицевой патологией.

***Ключевые слова*:** интубация трахеи, эндотрахеальные трубки (ЭТТ) «PORTEX NASAL», фибробронхоскопия (ФБС).

БЕТ - ЖААК ХИРУРГИЯНЫН АНЕСТЕЗИОЛОГИЯЛЫК КӨМӨКТҮҮ КАМСЫЗДООНУН ОПТИМИЗАЦИЯЛОО

Шабданова Ж.Т., Молдоташова А.К., Куканова А., Кенешбекова А.
Анестезиология жана реанимация курсу менен пропедевтикалык хирургия кафедрасы
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргызстан

Кыскача мазмуну: Макалада бет – жаак хирургиялык патологияларын анестезиологиялык көмөктүн камсыздоосу жана кекиртекти интубациялоо жөнүндө клиникалык натыйжалары берилди.
***Негизги сөздөр*:** кекиртекти интубациялоо, эндотрахеалдык тутка «PORTEX NASAL», фибробронхоскопия.

OPTIMIZATION PROVIDING OF ANAESTHETIC IN MAXILLOFACIAL SURGERY

Shabdanova J.T., Moldotashova A.K., Kukanova A., Keneshbekova A.
Department of General Surgery with the course of Anesthesiology and Intensive Care named after I.K. Akhunbaev
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: In case discusses methods of holding and the providing of anaesthesia, tracheal intubation in patients with maxillofacial pathology.
Key words: intubation, endotracheal tube «PORTEX NASAL», fibrobronchoscopy.

Проведение общей анестезии у челюстно-лицевых больных является весьма сложной процедурой. Трудности определяются тем обстоятельством, что анестезиолог и хирург работают в одной и той же области, вблизи дыхательных путей, в результате чего создаётся реальная опасность обтурации последних. По сути дела имеются две возможности:

1) Использовать метод наркоза, позволяющий при его проведении изолировать операционное поле в полости рта от верхних дыхательных путей больного;

2) предотвратить аспирацию крови и её сгустков в трахею и бронхи путём быстрого их удаления из полости рта при помощи отсасывающего аппарата.

Эти возможности реализуются в первом случае при эндотрахеальном наркозе, применяемом главным образом для обеспечения длительных и травматичных оперативных вмешательствах в стационаре, во втором случае - при масочном и внутривенном методах, используемых для обеспечения непродолжительных вмешательств.

По определению американской ассоциации анестезиологов трудная интубация – это «клиническая ситуация, при которой опытный анестезиолог сталкивается со сложностями проведения масочной вентиляции и/или интубации трахеи более чем в трёх попытках или более 10 минут”. При обычной анестезии частота трудной интубации трахеи составляет от 1,8-2,5%, а в акушерской практике-7,9%. Трудности при интубации могут приводить к серъёзным осложнениям, особенно при неудачной интубации. Это одна из самых сложных ситуаций в анестезиологическом пособии. Если анестезиолог может заранее предсказать, что интубация окажется трудной, то он может значительно снизить риск анестезии.

Если у больного предполагается трудная интубация трахеи, необходимо выбрать оптимальный метод проведения анестезии и иметь заранее подготовленный план действий. В этой ситуации следует отдать предпочтение региональному виду анестезии. При противопоказаниях к этому виду анестезии анестезиолог должен решить можно ли начинать анестезию до проведения интубации трахеи. Если анестезиолог неуверен в проведении адекватной вентиляции нельзя вводить миорелаксанты.

При необходимости проведения общей анестезии в большинстве случаев проводят интубацию в сознании, которая позволяет поддерживать проходимость дыхательных путей и является наиболее безопасной для пациента. Предварительно возникает необходимость в анестезии местными анестетиками верхних дыхательных путей, а затем производится попытка интубации трахеи по одной из методик. Наиболее часто используют интубацию через нос, т.к. оротрахеальная интубация сопровождается выраженной ноцицептивной стимуляцией и плохо переносится больным. Методика

требует наличия контакта с пациентом и навыков анестезиолога. Интубацию в сознании предпочтительно выполнять с помощью гибкого бронхоскопа. В этом случае бронхоскоп, с надетой на неё ЭТТ, проводится через носовой ход и продвигается дальше в трахею. После того, как бронхоскоп прошел через голосовую щель, ЭТТ проводится по нему в трахею. Некоторые анестезиологи выполняют назотрахеальную интубацию вслепую. При этом ЭТТ продвигается через носовой ход до появления дыхательных шумов. В тот момент, когда звуки дыхания приобретают максимальную громкость, трубка продвигается в слепую через голосовую щель. В ряде ситуаций при этом необходимо изменить положение головы и шеи больного [1,2]. Данная тактика требует определённого опыта и противопоказана при отсутствии подвижности головы и шеи. При невозможности выполнить интубацию в сознании можно интубировать больного на фоне использования ингаляционных анестетикови коротко действующих миорелаксантов. Между попытками интубации важно не забывать продолжать вентиляцию и оксигенацию с помощью лицевой маски [1,2].

Выбор анестезии для введения в наркоз зависит в основном от применяемой методики интубация трахеи. В большинстве случаев используются барбитураты короткого действия или препараты для НЛА [2]. Одной из характерных особенностей введения в наркоз является трудно выполняемая принудительная масочная вентиляция на фоне миоплегии у больных с микрогенией или какой-либо другой патологией с подобными изменениям.

Если позволяют условия, то во время масочной вентиляции необходимо использовать ротовые или носовые воздуховоды. При отсутствии условий для сохранения самостоятельного дыхания, у таких больных предпочтительнее введение в наркоз и интубацию трахеи производить с введением миорелаксантов с последующей принудительной масочной вентиляцией.

Особые трудности при интубации трахеи встречаются при анкилозах ВНЧС, микрогениях, переломах верхней челюсти, переломы нижней челюсти в области мыщелка или высокие переломы нижней челюсти более 10 дней, беззубая челюсть, микростомия, острые воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и т.д. [3].

Самые тяжёлые при всех патологиях челюстно-лицевой области являются экстренные ситуации такие как одонтогенные флегмоны, при которых воспалительный процесс затрагивает не только наружную, но и внутреннюю ротовой области, когда интубация трахеи возможна только с помощью фибробронхоскопа [2,3].

Нами были исследованы больные с различными патологиями челюстно–лицевой области прошедшие лечение в НГ МЗ КР с 2014-2016 гг., у которых ведение в наркоз сопровождалось с трудными интубация трахеи. Всего набрано 1350 больных в возрасте от 16 до 70 лет. Из них 65% (это-877 больных) - мужского пола и 35% (это - 473 больных) - женского пола.

Все больные были разделены на 3 группы по методу интубации:

	Группы	**Количество**	**Колическтво в %**
1	Интубация трахеи через рот прямой ларингоскопией	810	60%
2	Интубация трахеи через нос прямой ларингоскопией	405	30%
3	Интубация трахеи с помощью ФБС	135	10%

Таким образом с усовершенствованием фибробронхоскопа метод фиброинтубации в ЧЛХ нашёл широкое применение, т.к. на данное время он является наиболее безопасным и надёжным. Старые методы ретроградной интубации, субментальной интубации и наложение трахеостомии в европейских странах уже ушли в прошлое. В современной челюстно-лицевой хирургии чаще используют методы назотрахеальной интубации прямой ларингоскопией стандартными или изогнутыми назальными ЭТТ или фиброинтубации трахеи через рот или нос. Назотрахеальная интубация проводится ЭТТ "Portex Nasal" диаметром 6-6.5 для женщин, 7-7.5 для мужчин. Данный метод применяется при макрогнатии (прогениях), пластика нижней челюсти по поводу различных заболеваний костей лицевого черепа, при расположении патологического очага в ротовой полости (кисты и опухоли ротовой полости). ЭТТ “Portex Nasal” являются идеальным вариантом для назотрахеальной интубации прямой ларингоскопией, т.к. они изогнуты, напоминающие носовой ход анатомически , гибки и многоразового использования .

Благодаря мягкости она не травмирует носовые ходы и точно повторяют анатомию носового хода, что очень удобно при продвижении прямо в голосовую щель даже без применения щипцов Мэйджилла.

Перед началом выполнения анестезиологического пособия необходимо подготовить ЭТТ “Portex Nasal” (предварительное погружение её в тёплую воду для большего её размягчения), выбрать лучше дышащую ноздрю больного для успешного проведения ЭТТ в трахею и заранее смазать её стерильным гелем или мазью.

По экономическим затруднениям в нашей стране обеспечение каждого больного трубкой "Portex Nasal" не представляется возможным. В связи с чем такая интубация трахеи проводится стандартной ЭТТ, только меньшего диаметра. Техника интубации трахеи через нос стандартной ЭТТ не отличается от интубации ЭТТ"Portex Nasal". Единственным моментом нужно отметить, что неизогнутость ЭТТ не всегда позволяет при продвижении через носовой ход попадание сразу в трахею, что делает необходимым зачастую использование специальных хирургических щипцов Мейджилла [3,4,5]. При захватывании ЭТТ щипцами и дальнейшем её продвижении может повреждаться манжетка трубки. Если же такое происходит, то возникает необходимость тампонирования ротовой полости марлевым тампоном.

У всех больных проводили оценку степени риска общей анестезии по **классификации ASA (Таблица 1).**

Таблица 1. Распределение больных согласно ***классификации ASA для оценки степени риска анестезии***

	Степень риска по ASA		Количество	К-во в %
1	2ст. риска	Больные без сопутствующей патологии	1080	80%
2	3-4ст. риска	Больные с сопутствующей патологией	202	15%
3	5ст. риска	По жизненным показаниям в экстренном порядке	68	5%

При оротрахеальной интубации прямой ларингоскопией всем больным проводилась стандартная премедикация: атропин + димедрол + промедол + седуксен. После чего проводилась индукция в анестезию барбитуратами короткого действия, после чего использовались миорелаксанты короткого действия с последующей оротрахеальной интубацией трахеи ЭТТ соответствующего диаметра [3,4,5]. Далее анестезиологическое пособие не отличалось от других видов ведения при хирургических вмешательствах за исключением того, что последная доза препаратов вводилась за 10 мин. до окончания операции, релаксанты пролонгированного действия вводились в половинной дозе сравнительно с другими, т.к больные пробуждались и экстубировались в предоперационной, в связи с непродолжительностью по времени хирургических вмешательств в ЧЛХ (в среднем 25-40 минут). После пробуждения больные находились в предоперационной комнате до 1,5-2часов под наблюдением и контролем гемодинамики и адекватности дыхания, далее больные переводятся в палату под ответственность лечащего врача и оперирующего хирурга с подробными разъяснениями рекомендаций.

Выводы: При ведении данной категории пациентов необходимо полное обследование больных с развернутыми клинико-биохимическими анализами крови, ЭКГ, рентгенографией органов грудной клетки, ОАМ. Если в процессе обследования выявляется патологии органов и систем, то необходимо тщательная консультация и осмотр узких специалистов.

При подозрении у больного "трудной интубации" необходимо заранее вызвать врача - бронхоскописта, для того чтобы возникновение различных непредвиденных ситуаций не влияло на пациента в переоперационном периоде.

У данной категории пациентов использование кляпов и постоянный доступ к головной части пациента не представляется возможным, т.к. операционное поле для хирурга совпадает с местом работы анестезиолога.

Для удобства хирурга при повороте головы больного в стороны и предохранения сгибания ЭТТ необходимо использовать специальные Г-образные переходники, а так же подключённые шланги к аппарату ИВЛ фиксируются к операционному столу кортцангами.

Самыми удобные ЭТТ для проведения интубации через нос являются ЭТТ "Portex Nasal".

Литература:
1. Федоров С.Н. Вопросы стоматологической анестезиологии. М.: Медицина. 2004
2. Ларенцова Л.И. Профессиональный стресс стоматологов. М: «Мед. книги». 2006.-148с.
3. Руководство по анестезиологии и реаниматологии под ред.Полушина Ю.С., Санкт-Петербург, 2004. С.470-472.
4. Мамытова А.Б., Борончиев А.Т.. Обезболивание в стоматологии. Бишкек, 2016. С.70-71
5. Комплексное лечение абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи, методическое пособие. Бишкек, 2012. С.6

ПРИМЕНЕНИЕ АЦЕТАЛЛА В СТОМАТОЛОГИИ

Арзыматов Кубат., науч. руководитель - д.м.н., проф. Калбаев А.А.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия,
г.Бишкек, Кыргызская Республика

Арзыматов Кубат – студент 5 курса стоматологии КГМА, e-mail: ak-13@inbox.ru

Актуальность. Несмотря на имеющиеся в стоматологии множество различных материалов для изготовления съемных видов конструкции, на сегодняшний день остается актуальным вопрос о внедрении и применении новых материалов, отвечающих высоким требованием современной эстетики, а также обладающие меньшими отрицательными свойствами на ткани ротовой полости и организма в целом.

Цель и задачи:
1. Апробировать методику изготовление съемных конструкции на основе ацеталла
2. Введение в практику применение ацеталл-акриловых конструкций
3. Провести анализ в исследуемых группах и провести сравнительную характеристику между бюгельными конструкциями на основе ацеталл-акрила и КХС акрила.
4. Разработка практических рекомендации для врачей стоматологов общей практики

Материалы и методы: На базе частной клиники «Ала-Тоо» в течении 7 месяцев 23х пациентов изготовлены съемные конструкции, из которых 15 пацентам было изготовлено конструкции на основе ацеталл-акрила и 8м из КХС- акрила

Во время пользования конструкциями были изучены и оценены обьективные данные: фиксация и стабилизация конструкций, состояние костной ткани, степень атрофии альвеолярных отростков, состояние СОПР. А также было проведено опрос пациента, субьективные ощущения. Все исследование оценивалось по шкале 1-10.

Результаты исследование:

	Ацеталл-акрил	Металл-акрил
Фиксация и стабилизация	9,3	7,3
Состояние СОПР	9,7	8,4
Субъективные ощущения	10	7,7

Вывод: в ходе данного исследование был проводен анализ изготовления и применения съемных конструкции на основе ацеталла и доказано их эффективность. В частности установлено хорошая фиксация и стабилизация за счет кламмеров, а также отсутствие непереносимости к металлическим включениям , аллергическим реакциям, токсичностью и электрогальваническим процессам. По субъективным ощущениям пациентов конструкции не приносят дискомфорта, так как не закрывают все неба в отличие от других видов протезов.

Литература:
1. Лебеденко В.К. Ортопедическая стоматология. С.122-128.
2. Михитрян Б.А. Замковые крепление и кламмерная система. С.199-304.

УДК 616.28-008.14-089843(575.2)

КОХЛЕАРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Нуркеев Н.Н.. Бакиева К.К .,науч. руководитель - д.м.н., проф. Насыров В.А.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия

Нуркеев Н.Н.- к.м.н., асс.кафедры КГМА им. И.К.Ахунбаева
Бакиева К.К- клин, ордин. 2 года кафедры ЛОР-болезней КГМА., e-mail:
kalvska 92@mail.ru

В настоящее время число больных нуждающихся к кохлеарной имплантации возрастает, в Мире из 1000 новорожденных 1 ребенок рождается тотальной глухотой , еще теряют слух в течении жизни. Стойкое отклонение функции слухового анализатора ведет к существенным нарушением в речевом развитии ребенка, негативно отражается на психическом статусе личности, влечет за собой ограничение возможности познание окружающего мира, овладения знаниями, умениями, навыками и ухудшению качество жизни.

Единственным способом реабилитации больных с и сенсоневральной тугоухостью 4й степени также глухоты является - кохлеарная имплантация. КИ -хирургическая операция в процессе которой в улитку вводится система электродов обеспечивающая восприятие звуков, речи путем электрической стимуляции.

Цель работы: оценка эффективности кохлеарной имплантации в Кыргызстане и дальнейшее ее развитие.

Материалы и методы исследования: нами оперированы 15 больных в возрасте от 1.5 года -25 лет. Из них 2 больных с приобретенной , 13 с врожденной глухотой и сенсоневральной тугоухостью. Всем пациентам перед хирургическим вмешательством было проведено обследование. (Тональная пороговая аудиометрия,пороги слуха со слуховым аппаратом и без него, для чистых тонов и речи, оценка слухового восприятия и уровня недоразвития речи,импедансометрия, ОАЭ-(отоакустическая эмиссия), КСВП-(коротковолновые слуховые вызванные потенциалы), подбор слухового аппарата и оценка его эффективности, электроаудиометрия, промонториальный тест, компьютерная и ЯМР томография.

Всем пациентам под общим интубационным наркозом произведена операция, ретроаурикулярным доступом.

Сроки наблюдения и реабилитация после операции составили от 2 месяцев 1,5 года. Также в реабилитации участвовали психологи, логопеды, сурдопедагоги, родители.

В результате проведенного исследование совместно сурдологическими слуховыми центрами исследования были сделаны выводы:

У всех пациентов появился слух, у - (1) 25 летний пациент с приобретенной глухотой особо не нуждался в послеоперационной реабилитации , у (12) 1.5-3 года пациентов наступила полная адаптация и восприятия речи, звуков в течении года, у (2) 5-8 лет отмечается нарушение артикуляции речи и неразборчивость некоторых звуков.

Литература:

1. Королева И.В Кохлеарная-имплантация и слухоречевая реабилитация глухих детей и взрослых. - Санкт Петербург 2009. - С38
2. Леонгард Э.И. Развитие речи детей с нарушенным слухом в семье; М.,Пр 1991

УДК: 616.314-089.28

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Бактыбеков С.Б., Талантбеков К.Т.. науч.руководитель – заслуженный врач КР, к.м.н.. доцент Садыков С.Б.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Бактыбеков С.Б. – ассистент кафедры ортопедической стоматологии КГМА,
e-mail:baktybekov.89@mail.ru
Талантбеков К.Т. – клинический ординатор 1 года

Актуальность. Необходимость точного повторения индивидуального положения, величины, особенно формы, цвета передней группы зубов, подлежащих их удалению, диктуется профессией пациента - преподавательской, ораторской, сценической деятельности. Эта категория пациентов, особенно лиц женского пола, предъявляют повышенное требования к эстетичности непосредственного и отдаленного протезирования. К сожалению подобрать этим пациентам искусственные зубы из готовых наборов не всегда возможно, тем более из пластмасс типа «Синма» и ее аналогов. Эту задачу попытался решить доцент С.Б.Садыков (удостоверение на рац. предложение N428 КГМИ от 1987 г.). В клинике ортопедической стоматологии в зависимости от сроков наложения протезов после операции удаления зубов (резекции челюстей) различают **непосредственное, ближайшее** и **отдаленное** виды протезирования. **Непосредственное** (послеоперационное, пострезекционное) протезирование отличается тем, что изготовление протеза происходит до операции удаления, а его наложение на операционном столе или в стоматологическом кресле после операции, но не позднее 24ч. [1,2].

Материалы и методы. Сущность рекомендуемого метода заключается в том, что в иммедиат-протезе используется собственные, естественные удаленные зубы самого пациента, вместо искусственных. Иммедиат- протез накладывается на следующей день после удаления зубов, т.е. в течении 24 часов.

Результаты. Полученные положительные результаты иммедиат-протезирования и шинирования зубов, особенно при пародонтите, пародонтозе у пациентов с высокими требованиями на эстетику протеза, позволяет доценту С.Б. Садыкову рекомендовать свой метод в практическую стоматологию в качестве альтернативного.

Заключение. Непосредственное иммедиат- протезирование и шинирование зубов является первым этапом ортопедического лечения, которое заканчивается постоянным протезированием в отдаленные сроки. Зубные протезы следует рассматривать как *лечебное средство*, восстанавливающее нарушенную функцию жевания, глотания, речи и внешнего вида человека и *предупреждающее* функциональной перегрузки пародонта сохранившихся зубов, вторичной деформации зубных рядов, дисфункции жевательных мышц и ВНЧС, развитие заболеваний ЖКТ, социально- психологическую профилактику нарушений в сфере общения больного с окружающими.

Литература:

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.А., Бычков В.А., Аль-Хаким А. Ортопедическая стоматология. Учебник. М., 2008.
2. Садыков С.Б. Об использовании естественных зубов больного в шинирующих иммедиат-протезах при заболеваниях тканей пародонта // Здравоохранение Киргизии. - 1987. -№6. – С.47-48.

УДК 616.211-089.844

ЗНАЧЕНИЕ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Талайбеков М.Т.[1], Нуркеев Н.Б.[2], науч. руководитель - д.м.н., проф. Насыров В.А.[1]
Кыргызско-Российский Славянский Университет им Б.Н. Ельцина
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

[1]Талайбеков М.Т. - ординатор 2 года кафедры офтальмологии и оториноларингологии
[2]Нуркеев Н.Б. – к.м.н., ассистент кафедры ЛОР болезней КГМА

Нос занимает центральное местоположение и выступает над уровнем окружающих тканей лица. В связи с чем травмы носа встречаются примерно в 85% населения Земного шара. В клинической практике наиболее часто встречаются боковые смещения носа (риносколиоз) и образование горба (ринокифоз). Боковые смещения носа во многих случаях сочетаются с нарушением проходимости дыхательных путей, что приводит к затруднению дыхания, головной боли, сухости в горле, рецидивирующим синуситам, потере обоняния и вкуса.

Конечной целью врача-оториноларинголога является восстановление нормального носового дыхания, а пластические хирурги достаточно профессионально владеют основными методами ринопластики, но плохо знакомы с принципами функциональной внутриносовой хирургии. Таким образом, пациент становится перед выбором дать согласие на две операции или остановиться на одной из них, пожертвовав либо формой носа, либо его функцией. Однако, форма и функция неразрывно связаны друг с другом, и все проблемы решаются одномоментной риносептопластикой. Этот подход принят во всем мире, а риносептопластика традиционно является уделом нашей специальности.

Целью нашего исследования является исследование значения риносептопластики при одномоментном подходе в функциональной и эстетической хирургии.

Материалы и методы исследования: Нами проведено оперативное лечение 27 пациентов с деформацией наружного носа (22 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 19 до 56 лет. Всем пациентам перед хирургическим вмешательством было проведено обследование: клинико-лабораторное, рентгенологическое, риноскопия полости носа, проба с ваткой. Всем пациентам выполнена риносептопластика под общим интубационным наркозом.

Результаты: У всех пациентов, которым была выполнена данная операция восстановилась нормальная форма наружного носа. Через 1нед. после операции 24 из 27 пациентов отмечают улучшение носового дыхания. А через 1 мес. у всех пациентов дыхание через нос значительно улучшилось, у 1 пациента отмечена вторичная деформация носа в виде смещения бокового ската носа влево.

Литература:

1. Пшениснов К.П. Функциональные аспекты современной ринопластики/К.П. Пшениснов, В.С. Козлов, Л.Л. Державина, Е.С. Пшениснова// Российская ринология.
2. Stewart M.G., Development and validation of the Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale/M.G. Stewart //Otolaryngology and head and neck surgery. -2004. -Vol.130. -P.157-163.
3. Beekhuis G.J. Nasal obstruction after rhinoplasty/G.J. Beekhuis//Laryngoscope. -1976. -Vol. 86, N.4. -P.540-548.

ВЛИЯНИЕ КАЛЬЯНОКУРЕНИЯ НА ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА

ШаршеновУ.Э., научный руководитель-к.м.н, доцент Токтосунов А.Т
Кыргызская Государственная Медицинская Академия
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Шаршенов Урмат Эмильбекович - Клин.орд.2 го года каф. хир. стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; Urban.uri@mail.ru

Актуальность: Не смотря на имеющиеся множество негативных отзывов и доказательств о вреде кальянокурения, растет популярность курильщиков среди населения, а в частности среди молодежи.

Цель: Разработать общие принципы профилактики от негативного воздействия на органы полости рта кальянного дыма (пара).

Задачи:

- Информирование населения о негативном влиянии кальянокурения (кальянного дыма) на общее состояние полости рта.
- Провести анкетирование посетителей нескольких кальянных заведений.
- Провести сравнительную характеристику между людьми, употребляющими кальян и немеющие привычку.

Материалы и методы исследования: В стоматологической клинике «Ала-Тоо» обследовано более 150 (100%) пациентов, в возрасте 18-36 лет. До и после исследование у всехбыли определены индексы гигиены полости рта (по Green, Vermillion 1964). Из них 90 (60%) пациентов, которые имели удовлетворительное (пациенты, имеющие несколько кариозных зубов) состояние полости рта были распределены на: а) Непросанированные курящие 33 (36,6%), б) Непросанированные некурящие 57 (63,3%).

Из 60 (40%) пациентов, которые прошли полное санирование полости рта две подгруппы а) Санированные не курящие 36 (60%), б) Санированные курящие 24 (40%).

Результаты исследования:

Группа	**Подгруппы**	**до**	**после**
Санированные	Курящие	0,0-0,1	3,1-3,4
	Некурящие	0,0	0,1-0,2
Не санированные	Курящие	2,4-2,8	3,3-4,5
	Некурящие	1,2-1,4	1,6-1,8

Выводы: Самый высокий уровень значительного ухудшение состояние гигиены полости рта было у тех, кто провел полную санацию полости рта и употребляли кальянный дым и непросанированных, которые курили. Удовлетворительные показатели наблюдали у некурящих и несанированных лиц. Незначительные изменение наблюдали у санированной некурящей группе.

Литература:

1. Александров, А.А. Профилактика курения у подростков / А.А. Александров [и др.] // Вопросы психологии. – 2008. - №2. – С. 55-61

2. Анташева, Ю.А. «Курение и здоровье». Программа по профилактике курения среди несовершеннолетних // Социальная педагогика. – 2013. - №3. – С.70-80.

3. Лифинцев, Д.В. Профилактика табакокурения среди несовершеннолетних: опыт Соединенных штатов Америки // Классный руководитель. – 2004. - №7. – С. 58-62.

УДК 617.764.6-002.2-089

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ДАКРИОЦИСТИТОВ

Беднякова Н.Н., Турапова Ж.М., науч. руководитель - д.м.н., проф. Насыров В.А.
Кыргызская Государственная Медицинская академия Кыргызско-Российский Славянский университет

Беднякова Н.Н. - к.м.н., ассистент кафедры ЛОР-болезней КГМА
Турапова Ж.М. - клин, ордин. 2 года каф.офт. и оториноларн., e-mail: jazya_t@mail.ru

Удельный вес заболеваний слезной системы (до 25%) в структуре общей глазной патологии велик и социально значим (Бобров Д.А., 2004). В свою очередь, дакриоциститы составляют от 4 до 8% от всех диагностируемых заболеваний слезных органов. Наиболее часто в качестве причины нарушения проходимости носослезного канала и дакриоцистита обсуждается патология носа и околоносовых пазух, по данным разных авторов, от 71 до 80-97%. Стремление к объединению всех основных достижений в области дакриологии на основе применения лазерной и эндоскопической хирургии, комплексный подход к лечению дакриоцистита с малоинвазивным воздействием на слизистые слезного мешка и полости носа являются обоснованными и наиболее эффективными, что определяет актуальность данной работы.

Целью данного исследования явилась клиническая оценка эффективности трансканаликулярной лазерной эндоскопической дакриоцисториностомии (ТЛЭД) с временной интубацией слезоотводящих путей при леченщ хронических дакриоциститов.

Материалом для исследования послужили 89 больных хроническим дакриоциститом в возрасте от 17 до 73 лет. Из них 74 женщин и 15 мужчин. Все пациенты находились на лечении в Медицинском Центре КГМА им. И.К.Ахунбаева в период с 2015 по 2017 годы. У 71 больных воспалительный процесс имел односторонний характер, у 18 - двухсторонний. У 22 больных был рецидивирующий дакриоцистит.

Исходя из того, что в большинстве случаев сопутствовала ЛОР-патология, первоначально проводились эндоскопическое исследование и соответствующая хирургическая коррекция ЛОР-органов.

ТЛЭД выполнялась с помощью Nd:YAG лазера (КНР). Для интубации слезоотводящих путей использовалась силиконовая трубочка, дистальный и проксимальный концы которой фиксировали в полости носа. Послеоперационное лечение включало в себя антибиотикотерапию местно в виде капель в глаз, инстилляцию в конъюнктивальную полость мази, содержащей кортикостероиды и в нос сосудосуживающие капли. Сроки наблюдения после операции составили от 2 месяцев 1 года.

За основу оценки эффективности произведенной операции была взята проходимость слезно-носового соустья, которая была достигнута у 81 (91%) пациентов. У 8 (9%) пациентов проходимость слезно-носового соустья нарушилась и эпифора (слезотечение) появилась вновь, которым в последующем была произведена реоперация.

Выводы: методика ТЛЭД с интубированием сформированного соустья, как хирургическое лечение хронических дакриоциститов, способствует стойкому формированию стомы, сохраняя всасывательную способность слезного мешка, исключает наличие косметического дефекта, снижает травматичность, сокращает время операции. Комплексное исследование позволяет установить и устранить причинные риногенные факторы.

Литература:

3. Азнабаев М.Т., Азнабаев Б.М., Фаттахов Б.Т., Клявлин Р.Р. Лазерная дакриоцисториностомия. - Уфа, 2005. - 152 с.

4. Астахов Ю.С., Рябова М.А., Кузнецова Н.Ю. и др. // Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов. - М., 2005. - С.41-45.

5. ПЕДИАТРИЯ. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗЕНТЕРИИ ФЛЕКСНЕРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.

Алиева З.Р., Джусупбаева И.К., Кадырова Р.М.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра детских инфекционных болезней
Республиканская клиническая инфекционная больница,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен анализ 36 историй болезни детей раннего возраста, пролечившихся в 2016 году с диагнозом дизентерия Флекснера в кишечном отделении Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ). Ведущим этиологическим фактором являлась дизентерия Флекснера 2а (66,7%), где основным путем заражения был пищевой (75%) путь. Несмотря на то, что преморбидный фон у детей был в основном не отягощён, заболевание протекало у большинства (95%) больных в тяжелой форме и все дети получали антибактериальную терапию. Все наблюдаемые дети были выписаны на 4,2±1,4 день лечения с улучшением во избежание внутрибольничного инфицирования и с рекомендацией продолжить терапию пробиотиками в домашних условиях.

Ключевые слова: дети, дизентерия, степень тяжести болезни.

THE CHARACTERISTIC OF DYSENTERY FLEXNERI IN INFANTS.

Alieva Z .R., Djusupbaeva I. K., Kadyrova R.M.
Kyrgyz State Medical Academy, Dept of Child Infectious Diseases,
Republic clinical infection hospital, Bishkek, Kirghiz Republic

Summary: The analysis of 36 case records of infants treated in 2016 with the diagnosis a dysentery Fleksneri in intestinal department of Republic clinical infection hospital is carried out. The etiology of this infection was dysentery of Fleksneri 2a (66,7 %), and transmission way was alimentary way (75 %). This disease was severe (95,0 %), all children were treated by antibiotics.

Course of treatment was 4,2±1,4 days. General condition of infants has improved. Them sent home to exclude intrahospital superinfection.We administered to continue treatment of this infants by probiotics at home.

Keywords: children, a dysentery, illness severity level.

ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДЫН ДИЗЕНТЕРИЯ ФЛЕКСНЕРА ОРУУСУНУН МУНОЗДОМОСУ

Алиева З.Р., Джусупбаева И.К., Кадырова Р.М.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы Балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы
Республикалык клиникалык жугуштуу оорулардын бейтапканасы.
Бишкек, Кыргызская Республикасы.

Корутунду: 2016- жылы Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар бейтапканасынын ич откок болумундо дизентерия Флекснера диагнозу менен даарылынган 36 баланын бейтап баяны изилденди. Оорунун негизги козгогучу дизентерия Флекснера 2а (66,7%) туру деп табылып, тамак аш аркылуу (75,0%) жугары далилденди. Балдардын преморбиддик фону татаал болбогондугуна карабастан оору копчулук балдарда (95,0%) оор турундо отуп, антибиотиктер менен даарылоого дуушар болду. Козомолдо болгон балдардын баары бейтапканада 4,2±1,4 кун даарыланууудан сон, башка жугуштуу оорулардын алдын алуу учун уйлоруно сакаюу менен жонотулду жана пробиотиктер менен андан ары даарыланууусу сунушталды.

Ачкыч создор: жаш балдар, дизентерия, оорунун оордугу.

Введение: Одно из ведущих мест, в структуре инфекционной патологии детей занимают острые кишечные инфекции (ОКИ). По данным ВОЗ, несмотря на низкую этиологическую расшифровку ОКИ

среди бактериологически подтвержденных острых кишечных инфекций, от 54,7% до 75,0% составляет дизентерия, то есть ежегодно число заболевших дизентерией достигает до 80 миллионов, из них у 700 000 заболевание завершается неблагоприятным исходом [1].

Дизентерия относится к числу инвазивных кишечных инфекций и шигеллы виртуозно манипулируют системами клетки хозяина с целью своего дальнейшего распространения в эпителиоцитах, избегая негативного влияния иммунной системы. С другой стороны шигеллы успешно используют ответную воспалительную реакцию, которая также упрощает проникновение возбудителей в слизистую кишечника. [1,2,4] В последний годы произошла смена возбудителей дизентерии и чаще стали встречаться Sh.Flexneri по сравнению с другими серотипами возбудителя, что диктует необходимость изучения клинико-эпидемиологических особенностей дизентерии Флекснера у детей раннего возраста. [3,5]

Цель: Представить клинико-эпидемиологические особенности диагностики дизентерии Флекснера у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования: Проведено изучение клинико- эпидемиологических особенностей дизентерии Флекснера у 36 детей раннего возраста от 10 месяцев до3 лет, госпитализированных в 2016 году в Республиканскую Клиническую Инфекционную больницу. Диагноз «дизентерия Флекснера» был подтвержден положительным результатом бактериологического исследования. При диагностике дизентерии принимали во внимание также эпидемиологические данные и клинические симптомы. Кроме этого использовали общепринятые в стационаре лабораторные методы исследования и статистическую обработку материала. Статистическая обработка данных проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и обсуждение:

Дети больные дизентерией поступали на 2,4 ± 0,87 день болезни, в большинстве случаев (63,3%) после осмотра врачами ЦСМ. Каждый третий больной (33,3%) поступил в РКИБ своим ходом и только 2,8% были переведены из приемного отделения других детских стационаров. При поступлении у многих детей раннего возраста были в основном синдромальные диагнозы (рис. 1).

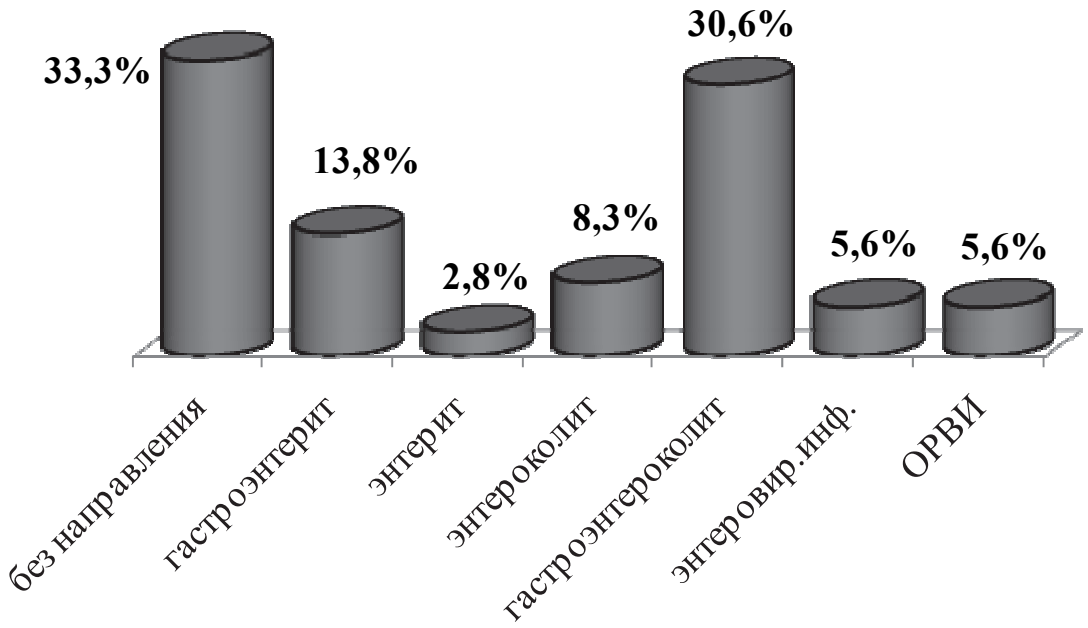


Рис. 1. Диагнозы детей, больных дизентерией при поступлении в РКИБ.

Поступали в стационар больные дизентерией дети городских жителей (66,7%) и близлежащих районов (33,3%), где не функционирует детские инфекционные отделения, а также по желанию родителей. При распределении детей по полу оказалось, что преобладали мальчики (63,9%).

Структура дизентерии Флекснера у большинства (66,7%) наблюдаемых нами детей была представлена Sh.Flexnera 2а, в 16,7% случаев - Sh.Flexnera 1в и в 11,1% случаев - Sh.Flexnera 3а, реже в 2,8% случаев - Sh.Flexnera 2в и Sh.Flexnera 6 (рис. 2).

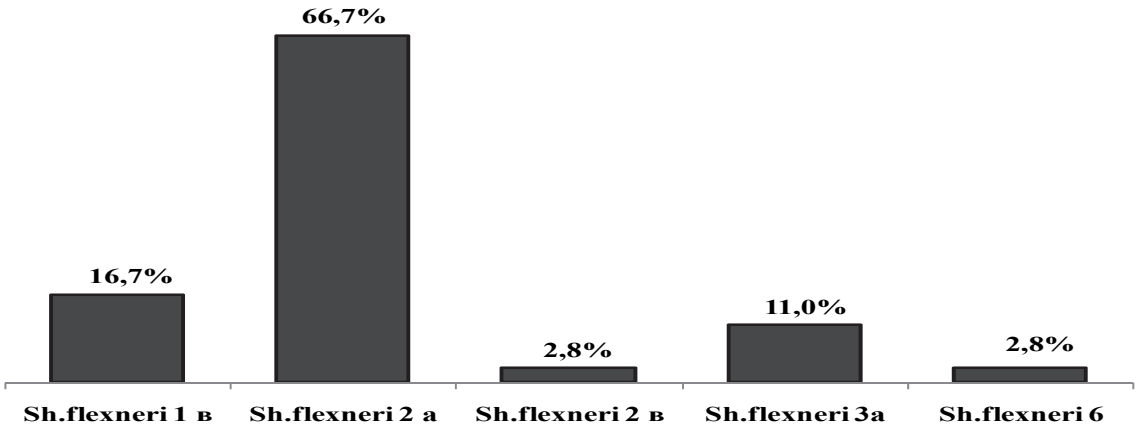


Рис.2. Этиологическая структура шигеллеза, подтвержденного бактериологическим методом исследования.

Следует отметить, что для детей раннего возраста не характерна типичная для дизентерии сезонность. Так, наблюдаемые нами дети больные дизентерией поступали чаще в зимний период года: декабрь, январь, февраль месяцы (рис.3). Дети инфицировались в основном пищевым путем заражения.

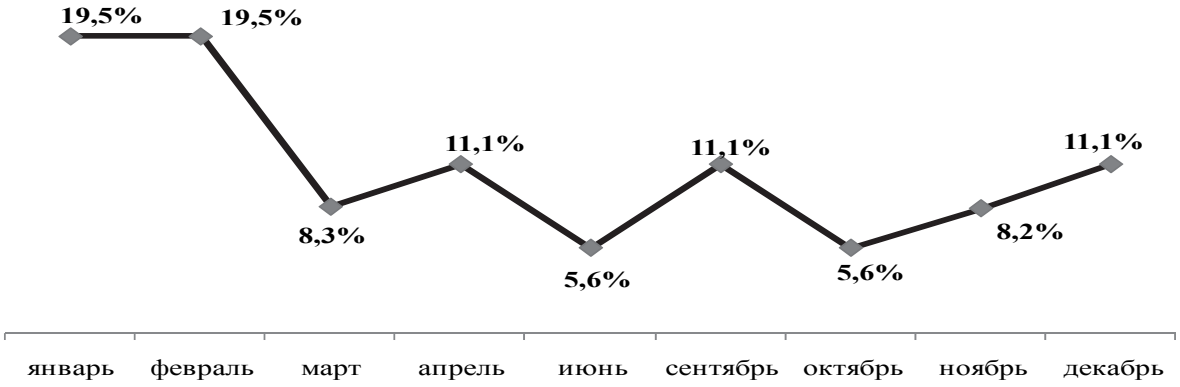


Рис.3. Сезонность дизентерии у наблюдаемых больных детей.

Если судить о тяжести состояния детей раннего возраста дизентерией Флекснера, то при поступлении в стационар у большинства (94,0%) больных оценивалась как тяжелая форма болезни, реже (6,0%) -среднетяжелая форма (рис. 4).

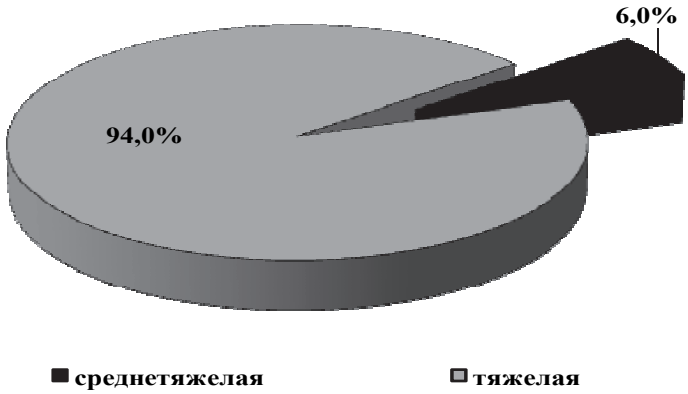


Рис. 4. Тяжесть дизентерии Флекснера у детей раннего возраста.

Несмотря на то, что преморбидный фон у детей был в основном не отягощён, заболевание протекало у большинства (95%) больных в тяжелой форме и все дети получали антибактериальную терапию. Все наблюдаемые дети были выписаны на 4,2 ± 1,4 день лечения с улучшением во избежание внутрибольничного инфицирования и с рекомендацией продолжить терапию пробиотиками в домашних условиях.

Выводы:

1. У детей раннего возраста преобладают синдромы гастроэнтероколита и энтероколита, т. е характерный для дизентерии колитный синдром развивается реже и в поздние сроки болезни.
2. Ведущим этиологическим фактором дизентерии у детей раннего возраста была шигелла Флекснера 2а (66,7%).
3. Несмотря на неотягощенный преморбидный фон детей, проживающих в г. Бишкек и близлежащих районов дизентерия в основном протекала в тяжелой форме (94,0%).

Список литературы:

1. Бакрадзе М. Д. Диагностические и терапевтические подходы при остром гастроэнтерите у детей [Текст] / М. Д. Бакрадзе, В. К. Таточенко, Е. В. Старовойтова // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – Т. 6, № 3. – С.18-23.
2. Воротынцева Н. В. Острые кишечные инфекции у детей [Текст] / Н. В. Воротынцева Л. Н. Мазанкова // 2008. - М.: Медицина − 480 с.
3. Л. Ю. Зайцева, В. Г. Бречка, И. С. Самуйленкова [Текст] / Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики у детей: тезисы докладов Всероссийского VIII конгресса детских инфекционистов России (г. Москва, 16–18 декабря 2009 г.). //− М., 2009 − С. 49.
4. Халиуллина С.В., Анохин В.А. Терапия острых кишечных инфекций у детей. Доказанная эффективность (обзор литературы) [Текст] / С.В. Халиулина, В.А. Анохин // Журнал инфектологии. – 2013. – № 4. – С. 5-13.
5. Харченко Г.А., Буркин А.В.[Текст] / Кишечные инфекции у детей раннего возраста//. − Ростов: Феникс, 2007. − 288 с.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ У ПОДРОСТКОВ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Береговой А. А.
Кафедра детских инфекционных болезней, КГМА им. И.К. Ахунбаева, Республиканская клиническая инфекционная больница (РКИБ)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье проведён анализ данных, полученных при обследовании 47 больных острыми бактериальными менингитами (ОБМ) в возрасте от 10 до 19 лет. Выявлено, что в периоды подъема заболеваемости большему риску подвержены подростки старших возрастных групп (40,4%). У 80,8% подростков, больных ОБМ остается низкая этиологическая расшифровка. Предрасполагающим фактором развития ОБМ являются перенесенные гнойно-септические заболевания ЛОР органов, другие нейроинфекции и черепно-мозговая травма (ЧМТ). ОБМ у подростков протекают в тяжёлой форме с развитием неотложных состояний: отек головного мозга (44,7%), септический шок (6,3%) и у каждого третьего больного развивался ДВС-синдром, что способствовало развитию неблагоприятного исхода болезни (10,6%).

Ключевые слова: подростки, острый бактериальный менингит, диагностика, осложнение.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF ACUTE BACTERIAL MENINGITIS IN ADOLESCENTS AT THE PRESENT STAGE

A.A. Beregovoi
Department of Child Infectious Diseases of Kyrgyz State Medical Academy,
Republic clinical infectious hospital, Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: the article provides analysis of data obtained in the survey 47 patients with acute bacterial meningitis (ABM) at the age of 10 to 19 years. It was found that during periods of recovery incidence greater risk prone adolescents older age groups (40.4%). There is low etiological decoding of ABM in adolescents (80,8%). Predisposing factor for the development of ABM are transferred purulent-septic diseases of LOR organs, other neuroinfections and traumatic brain injury. ABM in adolescents occur in the severe form with the development of emergency conditions: cerebral edema (44.7%), septic shock (6.3%) and every third patient developed DIC.

Key words: adolescents, acute bacterial meningitis, diagnosis, complications.

АЗЫРКЫ МЕЗГИЛДЕ КУРЧ БАКТЕРИАЛДЫК МЕНИНГИТТИН ОСПУРУМ БАЛДАР АРАСЫНДА ОТУШУНУН КЛИНИКА-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ОЗГОЧОЛУКТОРУ

Береговой А.А.
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы, Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасы, Бишкек шаары

Корутунду: 10-19 жашка чейин 47 курч бактериалдык менингит менен ооруган оспурум бейтаптарды текшеруудо алынган маалыматтар изилденген. Оорунун которулуш мезгилинде, коп убакытта оспурум балдардын ооруга чалдыкканы аныкталган (40,4%). 80,8% оспурум арасында курч бактериалдык менингит оорусунун козгогучу белгисиз бойдон калууда. Курч бактериалдык менингит оорусунун алдын алуучу жагдайлардан болуп кулак, мурун, ооз-кондойунун бактериялык оорулары, башка нейро-жугуштуу оорулары, мээнин чайкалышы эсептелинет. Курч бактериалдык менингит оспурумдор арасында копчулук убакытта оор турундо отуп, кечиктирилгис синдромдор менен коштолуп отот: мээнин шишип кетиши (44,7%), септикалык шок (6,3%) жана ар бир учунчу бейтапта ДВС синдрому менен откону, бул оорунун коркунуч туудурушуна алып келет (10,6%).

Ачкыч создор: оспурум, курч бактериалдык менингит, аныктоо, отушуп кетиши.

Введение.

По данным ВОЗ острые бактериальные менингиты (ОБМ) регистрируются более чем в 155 странах мира, при этом уровень заболеваемости в отдельных регионах мира различен. Так, показатель

заболеваемости в межэпидемический период в развитых странах составляет от 1 до 10 на 100 тыс. населения, в то время как в развивающихся странах – 20 на 100 тыс. населения. Уровень заболеваемости в период эпидемий характеризуется показателями от 500 на 100 тыс. населения и выше [3, 4]. Территория Кыргызстана, как и все другие страны Центральной Азии, относится к региону с высоким уровнем заболеваемости ОБМ, который периодически достигает эпидемического порога [2]. Актуальность проблемы ОБМ характеризуются не только полиэтиологичностью, но и распространением их как среди детей, так и подростков [1]. Согласно возрастной периодизации ВОЗ (от 30.09.2014г.) подростками считаются лица от 10 до 19 лет. Среди пациентов до 14 лет преобладают две возрастные группы – 1-3 года (24,6%) и 10-14 лет (22,8%), где уровень заболеваемости детей раннего возраста превосходит показатели заболеваемости подростков (10-19 лет) в 6,7 раза. [1]. ОБМ отличаются также особенностями клинических проявлений, развитием неотложных синдромов (ОГМ, синдром Уотерхауса-Фридрихсена и др.), осложнений (параличи, умственная отсталость, глухота, слепота и др.), а также вероятностью неблагоприятного исхода [2].

Несмотря на высокую заболеваемость, в Кыргызстане не проводится обязательная регистрация ОБМ по этиологии из-за трудности этиологической расшифровки, которая определяет тяжесть болезни, что диктует необходимость уточнения возбудителя ОБМ для назначения этиотропной терапии, поиска эффективных лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

Цель исследования: представить клинико-эпидемиологические особенности ОБМ у подростков на современном этапе.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 47 пациентов, больных ОБМ в возрасте от 10 до 19 лет, госпитализированные в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) за 2015-2016 годы. Наблюдение за больными проводилось в отделении реанимации и интенсивной терапии (РИТ) и в других профильных отделениях. При этом одновременно с общеклиническими, биохимическими методами исследования для этиологической расшифровки ОБМ у подростков использовался бактериологический метод лабораторной диагностики. Статистическая обработка проводилась по программе SPSS.

Обсуждение полученных результатов.

В 2016 году в Кыргызстане отмечалось снижение уровня заболеваемости ОБМ среди подростков если учитывать тенденцию к росту в предыдущие годы. Однако, нельзя забывать о том, что подростки и лица старших возрастных групп подвержены риску инфицирования в периоды подъема заболеваемости. Этиологическая структура ОБМ у наблюдаемых больных была представлена следующим образом: гнойный менингит неустановленной этиологии – 53,1%, менингококковая инфекция генерализованная смешанная (менингит и менингококкцемия) форма, выставленная клинически – 27,7%, менингококковый менингит, вызванный менингококком серогруппы А – 12,8%, менингококком серогруппы В – 4,3%, пневмококком – 2,1%, что свидетельствует о низкой этиологической расшифровке ОБМ у подростков. Вероятно, это связано недостатком и дороговизной питательных сред для бактериологической диагностики гнойных менингитов. Диагноз гнойный менингит неустановленной этиологии был диагностирован у 23,4% подростков в возрасте от 10 до 14 лет, а менингококковая инфекция генерализованная смешанная форма – у 27,6% подростков старшего возраста. Реже, в 2,1% случаев диагностирован гнойный менингит пневмококковой этиологии, уточненный лабораторно, а также ОБМ и острая кишечная инфекция - 2,1% случаев, ОБМ с острым нарушением мозгового кровообращения - у 2,1% больных (рис.1).

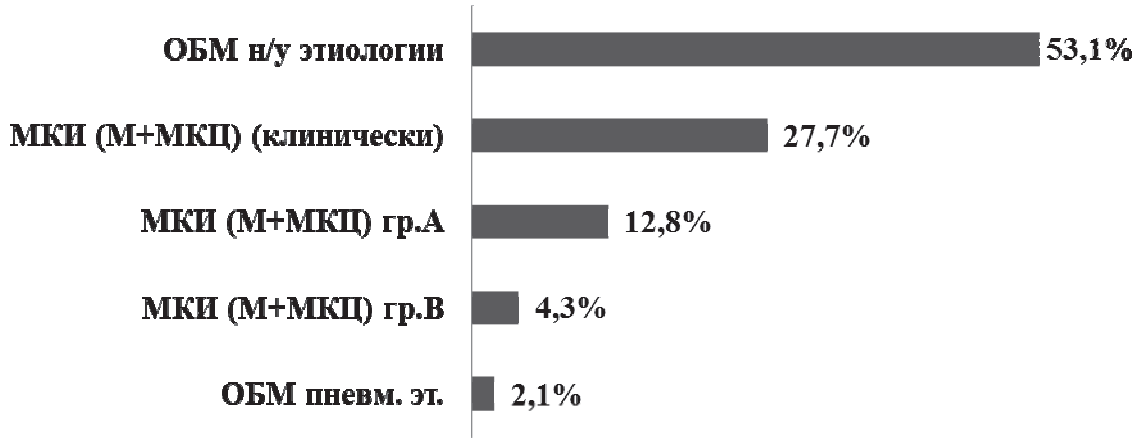


Рис. 1. Этиологическая структура ОБМ у пациентов, поступивших в РКИБ.

Среди наблюдаемых подростков жителями города были 51,1% больных, иногородние дети и временно проживающие (мигранты) составили (48,9%). Больные ОБМ поступали в стационар в течение всего года, однако значительный подъем заболеваемости отмечался в зимние и весенние месяцы, что связано с сезонным подъемом менингококковой инфекции. Случаи ОБМ (10,6%) в августе 2015 года вероятно связаны с развитием вторичных бактериальных менингитов (рис. 2).

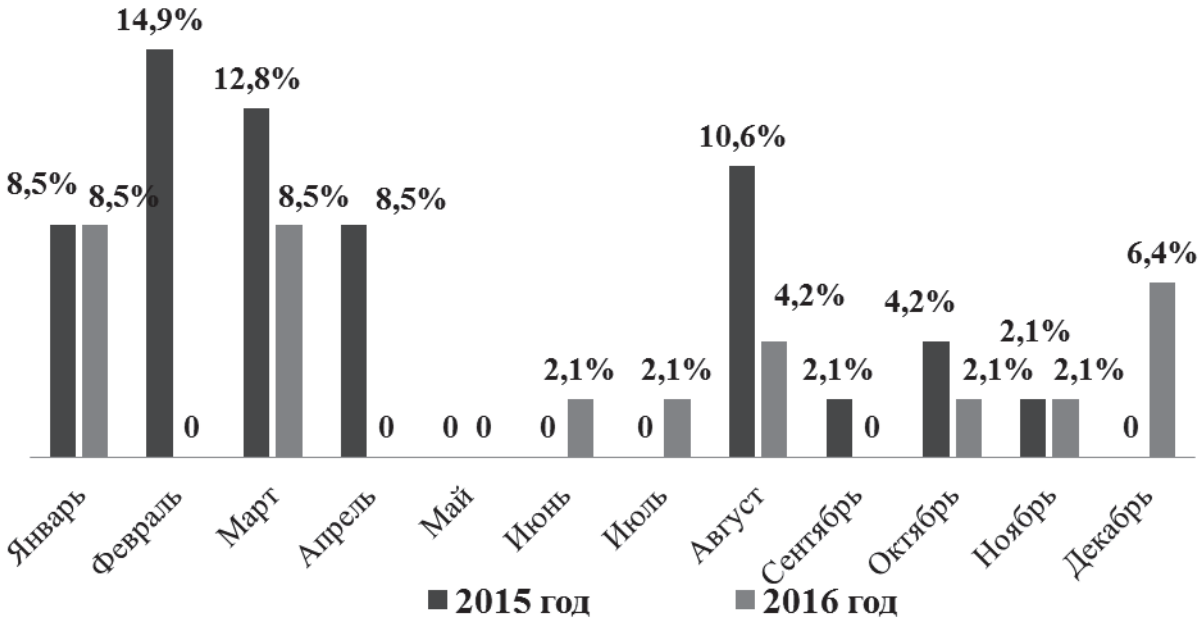


Рис. 2. Сезонность заболеваемости ОБМ.

В стационар скорой медицинской помощью (СМП) доставлены 36,2% больных, своим ходом поступили 38,3% больных, по направлению центров семейной медицины (ЦСМ) - 6,4%. Большинство (89,8%) больных, поступили в стационар на 3,0±1,0 день от начала основного заболевания и позже, несмотря на тяжесть состояния и развитие неотложных синдромов.

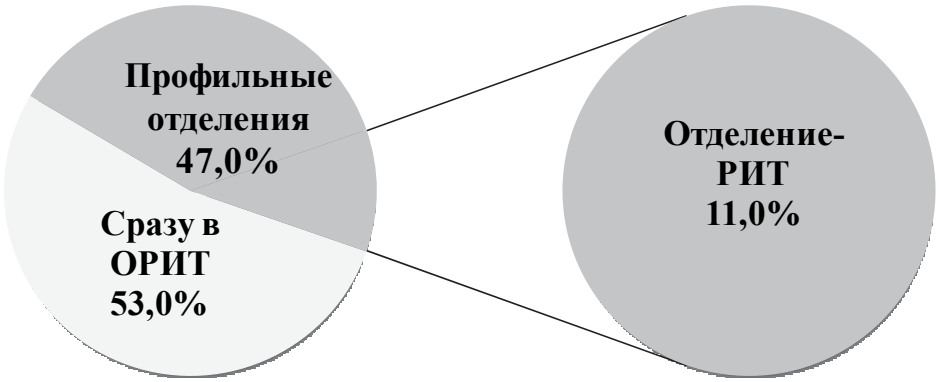


Рис. 3. Поступление больных ОБМ в отделения РКИБ.

Как видно на рис. 3, в отделение реанимации и интенсивной терапии (РИТ) минуя приемное отделение, поступили 53,0% больных, где находились в течение 2,2±0,7 дней. Еще 11,0% пациентов перевелись в отделение РИТ из профильного отделения на первые и вторые сутки пребывания в стационаре.

Большинство (80,6%) пациентов отрицали контакт с инфекционными больными. Данные анамнеза жизни помогли выявить у 10,6% пациентов фактор переохлаждения, перенесенные гнойно-септические заболевания ЛОР органов в 10,6% случаев, ЧМТ – у 6,4% больных, в связи с чем, состояли на учете у невролога и имели инвалидность 1 и 2 группы.

Тяжелая форма болезни была диагностирована у 76,6% больных, а среднетяжелая у 23,4% больных. Развитие отека головного мозга было выявлено еще в приемном отделении у 23,9% больных с ОБМ, из них 14,9% - подростки 10-14 лет. У всех наблюдаемых больных выявлено острое начало болезни. Повышение температуры тела до 39^0-41^0С отмечалось у 59,6% пациентов, из них 42,6% были подростки 10-14 лет, у остальных - 38^0-$38,9^0$С и сохранялось в течение 3,8±1,2 дней. Выраженная бледность кожных покровов отмечалась в 72,3% случаев, которая расценивалась, как начало развития ДВС-синдрома.

Общемозговой синдром был представлен следующими симптомами: многократная рвота в течение 3,0±1,0 дней, головная боль диффузного характера и гиперестезия - 6,0±1,0 дней. Судороги тонико-клонического характера были выявлены у 2,1% больных 10-14 лет на 3,0±1,0 день от начала заболевания и сопровождались нарушением сознания (сопор, психомоторное возбуждение). Менингеальные знаки (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского) сохранялись в течение 7,0±1,0 дней.

Ведущим осложнением ОБМ был отек головного мозга (ОГМ), который выявлен у 44,7% наблюдаемых больных, из них 27,7% - подростки 10-14 лет. У 6,3% пациентов на 2,0±0,5 день от начала заболевания появлялись признаки септического шока, из них у 4,2% развилось острое повреждение почек с переходом в острую почечную недостаточность.

В периферическом анализе крови у всех наблюдаемых больных были выявлены характерные для ОБМ воспалительные изменения (лейкоцитоз от 10,2 до 47,0х10*9/л, нейтрофилез со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и ускорение СОЭ от 20 до 50 мм/ч). Результаты биохимического исследования ликвора были характерны для гнойного воспаления (изменение цвета, прозрачности, не поддающийся счёту цитоз клеток, представленный сегментоядерными нейтрофилами, резко положительные результаты белково-осадочных проб). Снижение сахара в ликворе, повышения белка, у больных ОБМ указывали на тяжесть, поздние сроки болезни и вероятность развития осложнений. У 27,7% больных в коагулограмме выявлены изменения, характерные для ДВС-синдрома.

Бактериологический метод исследования спинномозговой жидкости у 12,8% больных позволил выявить Neisseria meningitides gr. «А», в 4,3% -gr. «В», что свидетельствует о недостаточных возможностях бактериологической лаборатории. Лишь у одного больного из ликвора был выделен Streptococcus pneumonia.

Лечение больным проводилось в зависимости от этиологии, тяжести и клинических особенностей течения ОБМ. Всем пациентам проводилась антибактериальная терапия (АБТ), которая представлена цефалоспоринами 3 и 4 поколения (цефтриаксон, цефепим), а комбинированную АБТ получили 34,0% больных.

Продолжительность пребывания больных ОБМ в стационаре составила 6-18 койко-дней. Из стационара с улучшением были выписано большинство (89,4%) больных. У 4,2% больных развилась глухота, и в 6,4% случаев заболевание закончилось летальным исходом.

Выводы.

1. Этиологическая расшифровка ОБМ у подростков остается низкой (80,8%), что требует улучшения методов бактериологического исследования, внедрения экспресс-диагностики в ранние сроки болезни.
2. В период эпидемического подъема заболеваемости ОБМ увеличивается риск инфицирования (40,4%) подростков и лиц старших возрастных групп. Предрасполагающими факторами развития ОБМ у подростков являются перенесенные заболевания ЛОР органов, ЧМТ.
3. Ведущим осложнением ОБМ у подростков был отек головного мозга (44,7%) и у каждого третьего больного - ДВС-синдром, что способствовало развитию неблагоприятного исхода болезни в 10,6%.

Литература:

1. Королева М.А. «Эпидемиологический мониторинг за гнойными бактериальными менингитами в Российской федерации». // Диссертация // М. – 2014г. – Стр. 66-74.
2. Edmond K, Clark A, S Korczak V, et. al. Global and regional risk of disabling sequelae from bacterial meningitis: a systematic review and meta-analysis. // Lancet. – 2010. – Vol. 10. – P:317-328.
3. Geslin P., Fremaux A., Sissia G. Med Mal Infekt 22: 66-71, 2012.
4. Somand D., Meurer W. Central Nervous System Infections // Emerg. Med. Clin. NA. – 2009. – Vol. 27. – P. 89-100.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННЫЕ УСЛОВНО ПАТОГЕННЫМИ ЭНТЕРОБАКТЕРИЯМИ У ДЕТЕЙ.

Мусаева А., Сагынбек кызы Р., Карамурзаева Г.А., Абдусатторов А.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Кафедра детских инфекционных болезней, Республиканская клиническая инфекционная больница, Бишкек. Кыргызстан**.**

Резюме: Было проанализировано 62 истории болезни детей до 5 лет с клиническим диагнозом острая кишечная инфекция, вызванная условно- патогенными энтеробактериями, находившихся на стационарном лечении в РКИБ в 2016 году. В этиологической структуре острых кишечных инфекций (УПЭ) у детей, что лидирующее место занимала Klebsiella pneumonia (43,5%). В возрастной структуре преобладали дети грудного возраста (56,5%), заболевание протекало в тяжелой форме в 96.8%.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, дети, клиника, диагностика, лечение.

БАЛДАРДЫН ОППОРТУНИСТИК БАКТЕРИЯЛАРЫ МЕНЕН ЧАКЫРЫЛГАН КУРЧ ИЧ ОТКОК ООРУСУ.

Мусаева А., Сагынбек кызы Р., Карамурзаева Г.А., Абдусатторов А.
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы, Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Корутунду: 2016 - жылы Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар бейтапканасында оппортунистик бактериялар чакырган ич откок оорусунан даарыланган 5 жашка чейинки 62 баланын бейтап баяны изилденди. Курч ич откок оорусунун козгогучу болуп Klebsiella pneumonia (43,5%) табылды, кобунчо ооруга ымыркайлар (56,5%), чалдыгаары жана оору катаал турундо (96.8%) отоору аныкталды.

Ачкыч создор : курч ич откок оорусу, балдар, оорунун оорчусу, дартты аныктоо, дарылоо.

ACUTE OPPORTUNISTIC INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN

Musaeva A., Saginbek kyzy R., Karamurzaeva G.A., Abdusatorov A.

Kyrgyz State Medical Academy, Department of Children's Infectious Diseases, Republican clinical infectious hospital, Bishkek, Kyrgyz Republic.

Summary: It analyzed 62 case histories of children under 5 years with a clinical diagnosis of acute intestinal infection caused by opportunistic enterobacteries, were hospitalized in Republican clinical infectious disease hospital in 2016. In the etiological structure of acute intestinal infections in children Klebsiella pneumonia (43,5%) takes the leader position, in the age structure dominated infants (56.5%) and disease passed in severe forms (96.8%).

Key words: acute intestinal infections, children, clinic, diagnostics, treatment.

Введение

Острые кишечные инфекции (ОКИ) остаются одной из актуальных проблем детского возраста, занимают лидирующее место, уступая лишь ОРВИ. В последнее время существенно изменилась этиологическая структура возбудителей инфекционных заболеваний у детей, что связано с вовлечением в патологический процесс условно-патогенных микроорганизмов (УПЭ), которые известны как «госпитальные штаммы», обладающие антибиотико-резистентностью [1,2].

Несмотря на активно проводимые противоэпидемиологические, лабораторные и лечебные мероприятия острые кишечные инфекции продолжают занимать ведущее место в заболеваемости детского возраста, определяются частотой, тяжестью течения, развитием осложнений и высокой летальностью [3].

Цель исследования представить клинико-лабораторную характеристику ОКИ условно-патогенной этиологии у детей до 5 лет.

Материалы и методы.

В работе проведен анализ историй болезни 62 ребенка с ОКИ вызванной УПЭ в возрасте до 5 лет, находившихся под наблюдением в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) г. Бишкек в 2016 году.

Использовали общеклинические методы диагностики заболевания, результаты объективного исследования, общего анализа крови, бактериологического исследования и микроскопии кала больного ребенка. По показаниям проводились биохимические исследования крови. Статистическая обработка была проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и обсуждение.

Проведен ретроспективный анализ 62 истории болезни детей до 5 лет с клиническим диагнозом ОКИ вызванных УПЭ, получавших лечение в кишечном отделении РКИБ в 2016 году.

Анализируя возрастную структуру больных (рис.1), было установлено, что среди детей преобладали пациенты в возрасте до одного года (43,5 %) жизни. Можно предположить, что это было связано с особенностями данного возраста, т.е. из-за несостоятельности иммунитета, что увеличивает риск заболевания ОКИ вызванные УПЭ.

Среди наблюдаемых нами детей мальчики составляли 59,7%, в то время как девочки – 40,3%. Большинство пациентов (80,6%) были городскими жителями, 19,4% составили жители сельской местности.

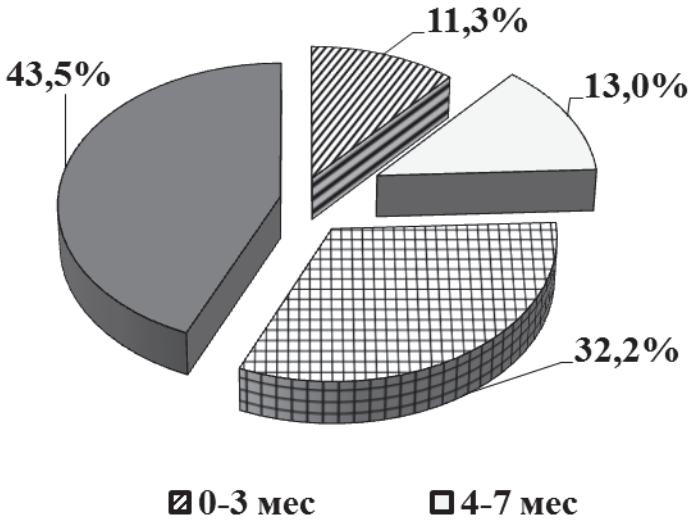


Рис.1 Возрастная структура больных ОКИ условно патогенной этиологии детей.

При изучении анамнестических данных оказалось, что лишь 21,0% детей с ОКИ были из семей, в которых работали оба родителя, что свидетельствует о низком достатке и социальном уровне жизни.

Контакт с инфекционным больным, по данным эидемиологического анамнеза выявлен лишь у 3,2% детей, возможный пищевой путь передачи острой кишечной инфекции отмечен в 16,1% случаев.

На естественном (грудном) вскармливании находились 32,1% детей, в то время, как на искусственном вскармливании - 14,5% больных, а на смешанном - 48,4%. Это означает, что грудное вскармливание не уменьшает вероятность инфицирования ОКИ. Большинство (66,1%) детей, больных острыми кишечными инфекциями поступало в первые три дня от начала заболевания. В 66,1% случаев больные самостоятельно обратились в РКИБ, 6,5% были направлены ЦСМ, 8,1% СМП, 19,4% другими стационарами.

Анализ клинических диагнозов показал, что преобладал диагноз гатроэнтероколит (63,0%), (рис.2). Учитывая эти данные, можно сказать, что УПЭ чаще всего поражают все отделы желудочно-кишечного тракта.

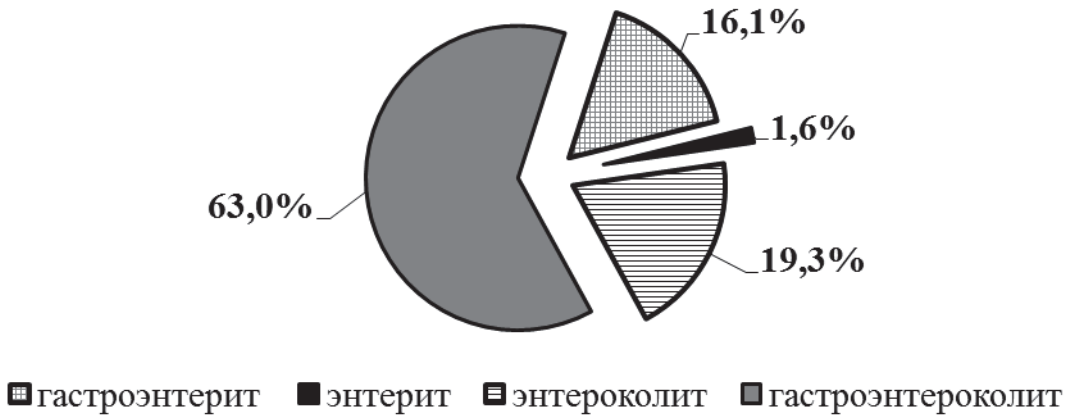


Рис. 2. Структура клинического диагноза у детей, больных ОКИ УПЭ.

ОКИ вызванные УПЭ протекало у 96,8% детей в тяжелой форме (рис.3), что подтверждает актуальность и необходимость серьезного подхода к больным детям до 5 лет с данной инфекцией.

Начало заболевания у всех детей было острым, где у 54,8% больных детей отмечалось повышение температуры тела до 38,0^{0}С в первый день болезни, рвота была у 90,3% в течение 1,5±0,3 дней. Кроме этого, интоксикация проявлялась выраженным беспокойством у 46,8% детей, снижением аппетита - 96,8% и бледностью кожных покровов - 17,7%.

Частота стула при ОКИ, вызванных УПЭ составила: до 5 раз в сутки – 71,0%, 5-10 раз в сутки – 24,2%, более 10 раз в сутки – 4,8%. В тоже время частота тяжелых форм заболевания в этой группе детей составляла 96,8%, что свидетельствует о преобладании синдрома интоксикации, над диарейным.

Результаты бактериологического исследования кала выявили, что у 43,5% заболевание вызвали Klebsiella pneumoniae, 27,4% Citrobacter diversus, 22.6% Enterobacter cloacea, 4,8% и 1,6% вызваны Staphilococcus aureus и Proteus vulgaris соответственно.

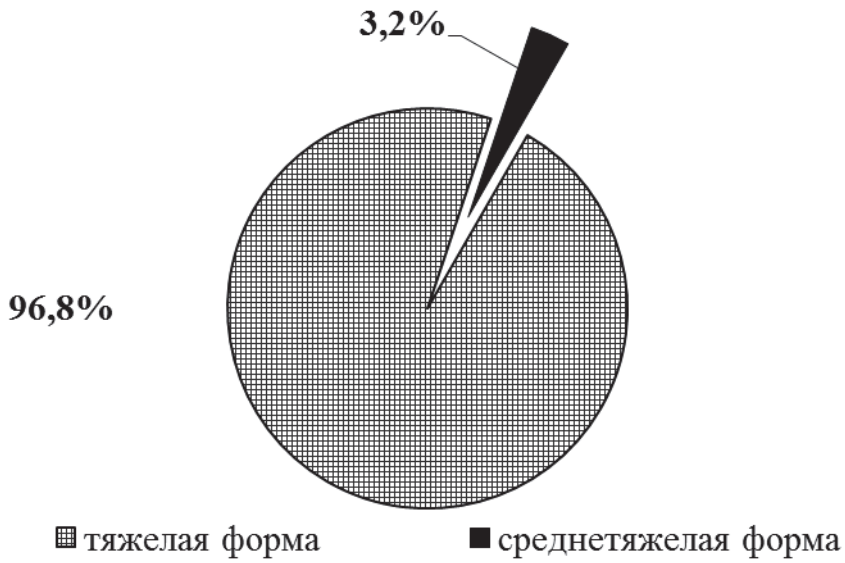


Рис.3. Тяжесть ОКИ, вызванная УПЭ у детей до 5 лет.

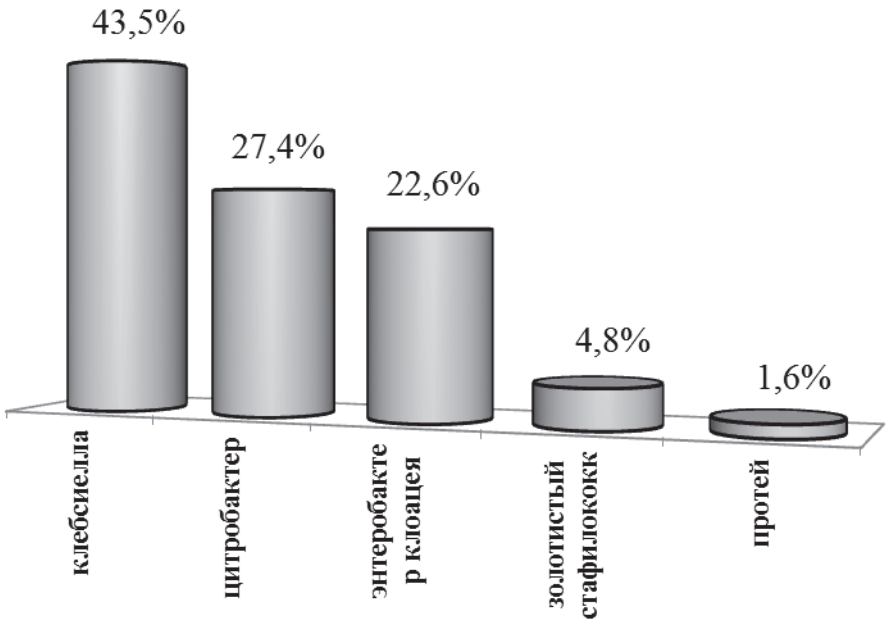


Рис.4 Этиологическая структура условно-патогенных ОКИ у наблюдаемых детей.

Анализируя показатели периферического анализа крови, выявили лейкоцитоз в 38,7% случаев, лимфоцитоз - 53,2%, нейтрофилез со сдвигом влево -8,1%.

Антибактериальная терапия по тяжести состояния была назначена 72,6% детей, из них монотерапия проводилась в 66,1% случаев, 4,8% составили дети, которые получали комбинированную антибактериальную терапию. В основном получали антибиотики цефалоспоринового ряда (цефатоксим, цефтриаксон) 70,9% детей, в течение 2,4±1,5 дней. Инфузионная терапия проводилась у всех детей с тяжелой формой ОКИ в течение 2,0+0,9 дней. Среднее пребывание в стационаре детей с острыми кишечными инфекциями составило 3,2±1,5 дней, выписаны с улучшением.

Выводы:

1. УПЭ являются представителями нормальной кишечной микрофлоры, вызывают патологический процесс только у детей со сниженным иммунитетом.
2. Бактериологическое исследования кала выявило, что в этиологической структуре ОКИ, вызванных УПЭ лидирующее место занимает Klebsiella pneumoniae (43,5%).
3. ОКИ вызванные УПЭ у детей протекает в тяжелой форме (96,8%) с выраженными симптомами интоксикации, так как преобладает инвазивный характер воспалительного процесса, подтверждением которого является частота синдромов гастроэнтероколита и энтероколита.

Литература

1. Михайлова Л.В. / Биология условно-патогенных микроорганизмов, вызывающих кишечные инфекции [Текст] // Автореферат диссертации на соискание научной степени. Волгоград. 2011.
2. Тимченко В.Н. / Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекции [Текст] // СПб., 2004. С.-384.
3. Учайкин В.Ф. / Руководство по инфекционным болезням у детей [Текст] // М.: ГЭОТАР–Медицина. - С. 46. - 2008.

ЛЕЧЕНИЕ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ БОЛЕЗНИ

Аманова Ж. Н., Алмамбетова К. А., Чыныева Д. К., Журавлева О. Ю.
Кыргызская государственная медицинская академия
Кафедра детских инфекционных болезней
Республиканская клиническая инфекционная больница
Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: В работе проведен ретроспективный анализ 75 детей грудного возраста, больных со среднетяжелой и тяжелой формой коклюша на фоне ГИЭ. Сделан сравнительный анализ двух групп больных коклюшем: I группа (44 больных), получавшие стандартное (этиотропное + 0,5% раствор аминазина) лечение - и II группа (31 больных), получавшие этиотропную терапию + фенобарбитал. Развитие отека головного мозга наблюдали у 20,8% больных детей с тяжелой формой коклюша на фоне ГИЭ, у которых апноэ развивалось на 4±0,7 день спазматического кашля. Этим детям необходимо назначение патогенетических препаратов (аминазин), в сочетании с синекодом. У детей со среднетяжелой формой коклюша без сопутствующей ГИЭ рекомендовано применение фенобарбитала.

Ключевые слова: дети, коклюш, тяжесть, диагностика, лечение

ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДА КОК ЖОТОЛ ООРУСУНУН ООР ТУРЛОРУН ДАРЫЛОО

Аманова Ж.Н., Алмамбетова К.А.,Чыныева Д.К., Журавлева О.Ю.
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы,Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасы, Бишкек шаары

Корутунду: Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар бейтапканасында кок жотолдун орточо жана оор турунон даарыланган 75 ымыркай баланын бейтап баяны изилденди. Кок жотол менен ооруган ымыркай балдар 2 болукко болуп салыштырганда: 1 болук (44 бейтап) - кадимкидей

дарылангандар (козгогучка каршы + 0,5% аминазин суюктугу) жана 2 болук (31 бейтап) козгогучка каршы + фенобарбитал.

Ачкыч создор: кок жотол, ымыркай балдар, дартты аныктоо, дарылоо.

TREATMENT OF WHOOPING COUGH IN INFANTS DEPENDING ON DISEASE SEVERITY

Amanova Zh.N., Almambetova K.A., Chynyeva D.K., Zhuravleva O.Y.
Kyrgyz State Medical Academy, Department of Children's Infectious Diseases, Republican clinical infectious hospital, Bishkek.

Summary: In the retrospective analysis of case histories of 75 infants, patients with moderate to severe form of whooping cough with hypoxic encephalopathy. A comparative analysis of the two groups of patients with whooping cough: receiving standard treatment (etiotropic 0.5% solution of chlorpromazine) - I group (44 patients) and receiving causal treatment + fenobarbital- Group II (31 patients). The brain edema was in 20,8% of children with severe pertussis and hypoxic encephalopathy. These children have apnea developed by 4,0 ± 0,7 day of cough. These children are administered the pathogenic treatment (chlorpromazine) with synekod. Phenobarbital was recommended in children with moderate form of pertussis without hypoxic encephalopathy.

Key words: children, whooping cough, severity, diagnosis, treatment

Введение

Коклюш до настоящего времени продолжает встречаться как у не привитых, так и привитых детей, но не имеющих первичный вакцинальный комплекс, т.е. 3-х кратная вакцинация с интервалом в 45 дней, который часто отсутствует у детей первого полугодия жизни, а у детей с медицинскими отводами формируется позже. У детей с, ГИЭ часто развиваются неотложные синдромы и осложнения, представляющих угрозу для жизни ребенка. У детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией (ГИЭ) чаще регистрируется остановка дыхания (апноэ) и гипоксического генеза судороги, которые являются проявлением коклюшной энцефалопатии [3,4,5].

За последние годы в Кыргызстане кроме традиционной этиотропной (антибиотики) и патогенетической (аминазин) терапии у детей с тяжелой формой коклюша на фоне ГИЭ изучена эффективность комплексного лечения с одновременным применением антигипоксантов (кортексин) и противокашлевых препаратов центрального действия (синекод) [6]. В настоящее время продолжается изучение эффективности нейроплегических средств, при лечении коклюша у детей раннего возраста с ГИЭ.

Целью настоящей работы являлось изучение эффективности применения нейроплегических средств (аминазин и фенобарбитал) при лечении больных детей раннего возраста с различной тяжестью коклюша.

Материалы и методы.

За период с 2016 год в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) обследовано 75 детей грудного возраста, больных со среднетяжелой и тяжелой формой коклюша на фоне ГИЭ.

Сделан сравнительный анализ двух групп больных коклюша: получавшие стандартное лечение (этиотропное + 0,5% раствор аминазина)- I группа (44 больных) и получавшие этиотропную терапию + фенобарбитал– II группа (31 больных).

Для диагностики использовались общеклинические, бактериологические и функциональные (рентгенография органов грудной клетки, УЗИ мозга) методы исследования. Следует отметить, что с 2000 года бактериологи не могут традиционным образом выделить возбудитель коклюша. Поэтому диагноз коклюш был установлен на основании характерных клинических симптомов, неотложных состояний (апноэ, судорожный синдром) и картины периферической крови: лейкоцитоз, лимфоцитоз. Статистическая обработка данных была проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и обсуждение.

Возрастная структура детей, больных тяжелой формой коклюша в сравниваемых группах не имела достоверных отличий и была представлена детьми до 1 года: от 0 до 3 месяцев 29 (66%); 19 (61,3%), от 4-6 месяцев 13 (29,5%); 11 (35,5%), от 7-12 месяцев - 2 ребенка (4,5%); 1(3,2 %). Жителями города Бишкек были 16 (36,4%); 19 (61,3%) детей, села 28 (63,6%); 12 (38,7%) больных.

Анализ прививочного статуса показал, что в основном преобладали не привитые дети первых трех месяцев жизни (54,3%; 73,3%) и дети, у которых не сформирован первичный прививочный

комплекс, т.е. вакцинированные одно или двух кратно составили (14,5%; 17,1%), лишь 4,2%; 9,6% больных получили прививку полностью по представленным медицинским документам. Контакт в семье, с длительно кашляющими детьми и взрослыми, выявлен у 72,0%; 66,7% больных.

Преморбидный фон у больных в сравниваемых группах был отягощен ГИЭ (58,3%; 54,6%), анемией (39,5%; 22,6%) и нарушением питания (45,6%; 22,5%).

Участковым врачом были направлены (23,0%; 35,4%) больных коклюшем детей, другим детским стационаром – (53,7%; 29,0%), без направления врачей поступили – (16,7; 25,8%) и скорой медицинской помощью доставлено (6,6%; 9,8%) больных детей коклюшем.

С направляющим диагнозом «коклюш», поступило (59,0%; 48,3%) детей, коклюш + ОРВИ – (9,0%; 37,0 %), ОРВИ+синдром бронхиальной обструкции - (10,6%; 9,6%) и без направляющего диагноза поступили (21,4%; 5,1%) больных.

До поступления в инфекционный стационар (80,5%; 78,8%) детей в сравниваемых группах получили антибактериальную терапию (АБТ) с диагнозом ОРВИ пневмония в ЦСМ, других стационарах и домашних условиях. Антибактериальное лечение в основном представлено аминопенициллинами (ампициллин, амоксоциллин, амоксиклав). Продолжительность курса антибактериальной терапии в сравниваемых группах была одинаковой, в среднем составила 7,6 ± 2,5 дней. Следует отметить, что 13,0%; 19,0% больных минуя ЦСМ лечились в соматических стационарах, где получали комбинированную АБТ (ампициллин+цефалоспорины) в течение 6,6 ±2,2; 5,2± 1,7 дней, и лишь 4,4%; 2,2% детей не получали антибиотики.

Все больные коклюшем дети (I – II групп) были госпитализированы в поздние сроки болезни (период спазматического кашля).

В боксированное отделение были госпитализированы все дети с тяжелой формой коклюша, из них 60,5% больных поступили сразу в отделение РИТ, а остальные были переведены в отделение реанимации на 2-5 день госпитализации.

Катаральный период у большинства детей составлял 7,0 ± 0,7; 9,6 $\pm$ 0,9 дней. Более длительные приступы кашля, сопровождающиеся цианозом и апноэ, были отмечены у 62%; 6,4% больных. У большинства детей I группы приступы кашля сопровождались не только цианозом, расстройством дыхания и апноэ, но и судорогами (20,8%), т.е. проявлениями коклюшной энцефалопатии. Апноэ развивалось на 4$\pm$0,7 день спазматического кашля у больных с тяжелой формой, и его частота составила 3,0 $\pm$0,3 в сутки. Длительные приступы спазматического кашля у каждого четвертого ребенка с тяжелой формой коклюша заканчивались рвотой, которая продолжалась в течение 2,4$\pm$0,3 дней.

Осложнения имели место в обеих группах: пневмония с дыхательной недостаточностью у больных с тяжелой формой коклюша развивалась чаще (41%), а у больных со среднетяжелой формой лишь 8,3% случаях. Развитие таких тяжелых осложнений как отек головного мозга и ДВС синдром мы наблюдали у 20,8% больных детей с тяжелой формой коклюша, у которых, как правило, имело место ГИЭ.

Все дети с тяжелой формой коклюша получили комплексную терапию, которая состояла из препаратов следующих групп: антибиотики (полусинтетические пенициллины и цефалоспорины 3 поколения), нейролептики (0,5% раствор аминазина), противокашлевой препарат центрального действия (синекод). Средняя продолжительность курса антибактериальной терапии составила 17$\pm$0,8 дней.

Большинство детей I группы (60,4%) с тяжелой дыхательной недостаточностью III и явлениями отека головного мозга в отделении реанимации были взяты на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Летальность среди детей, больных коклюшем в период обследования и лечения детей первой группы составила 9,6%.

Больные со среднетяжелой формой коклюша (II группа) с первых дней поступления в стационар получали фенобарбитал в дозе от 0,005 до 0,01 в сутки и синекод в дозе 10 капель 4 раза в день на протяжении курса лечения в РКИБ.

У больных со среднетяжелой формой в катаральном периоде коклюша отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр (37,0-37,5^0 С) и длительность лихорадки не превышала 2-3-х дней. Начало заболевания у детей со среднетяжелой формой коклюша, было постепенным, симптомы интоксикации отсутствовали в обеих группах в 79,3% случаев. Ухудшение состояния в отделении и перевод в отделение реанимации было только в 1 случае, среди детей, со среднетяжелой формой коклюша, получавших фенобарбитал. В периферическом анализе крови отмечался лейкоцитоз с лимфоцитозом от 10 до 20 тысяч у 72,0% наблюдаемых больных.

Стартовым антибиотиком, как правило, был ампициллин, который у 8,0% больных в дальнейшем был заменен на цефтриаксон. Средняя продолжительность курса антибактериальной терапии составила 10,4±0,4 дней.

К моменту выписки у больных со среднетяжелой формой коклюша отмечалось значительное улучшение состояния.

Выводы:

1. Тяжелой формой коклюшной инфекции в основном болеют дети первого полугодия жизни с гипоксически – ишемической энцефалопатией (ГИЭ), среди которых преобладают не привитые против коклюша и не имеющие полноценный вакцинальный комплекс.
2. В лечении тяжелых форм коклюша у детей с ГИЭ необходимо назначение патогенетических препаратов (аминазин), в сочетании с синекодом. Частота перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии и использование ИВЛ диктует необходимость раннего включения ноотропов для профилактики гипоксического отека мозга.
3. У детей со среднетяжелой формой коклюша без сопутствующей ГИЭ можно успешно применять фенобарбитал.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Геворкян А.К., Галицкая М.Г., Ботвиньева В.В. Актуальные вопросы эпидемиологии и профилактики коклюшной инфекции. Ped Farm 2007 стр 91
2. Коклюш у детей. Методические рекомендации, Бишкек 2012. – 28с.
3. Петрова М.С.,Попова О.П.,Борисова О.Ю., Абрамова.Е.Н., и др. Коклюш у детей раннего возраста.// ЖМЭИ №62016 стр 19-24.
4. Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей // учебник - Геотар Медицина, 2010. – 687 с.
5. Таточенко В.К. Коклюш – недоуправляемая инфекция// Вопросы современной педиатрии, 2014.,т.13 №2 стр, 78 -52/
6. Халупко Е.А., Джолбунова З.К., Кадырова Р.М. Комплексное лечение тяжелых форм коклюша у детей раннего возраста с гипоксически-ишемической энцефалопатией// Центрально-азиатский журнал,том XV11, приложение 3, 2011,с.151-154

ДИАГНОСТИКА КОРЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЕМА КОРИ 2014-2015гг

Алиева Л. Х., Сейдакматова Г.К., Чечетова С. В., Джолбунова З. К., Журавлева О. Ю.
кафедра детских инфекционных болезней, КГМА им. И.К Ахунбаева
Республиканская клиническая инфекционная больница
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен анализ 150 историй болезни больных корью и кореподобными заболеваниями, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за период 2014- 2016гг. Больные были разделены на три группы: 1-я группа с диагнозом корь, 2-я - с диагнозом краснуха и 3-я - ОРВИ + аллергический дерматит. Выявлены клинико-лабораторные отличия между этими группами. Зарегистрировано необоснованное назначение антибактериальной, инфузионной и гормональной терапии больным с кореподобными заболеваниями из-за недоступности экспресс-диагностики в ранние сроки болезни.

Ключевые слова: корь, краснуха, аллергический дерматит, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика.

2014-2015 ЖЫЛДАРЫ КЫЗАМЫК ООРУСУНУН КОТОРУЛУШ МЕЗГИЛИНДЕ КЫЗАМЫККА ОКШОШ ООРУЛАРДЫ АНЫКТОО

Алиева Л.Х., Сейдакматова Г.К., Чечетова С.В., Джолбунова З.К., Журавлева О.Ю.
И.К.Ахунбаев атындагы КММА балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы, Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар бейтапканасы, Бишкек ш. Кыргызстан.

Корутунду: Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасында 2014- 2016 жылдары дарыланган кызамык жана кызамыкка окшош оорулар менен ооруган 150 бейтаптын бейтап баяны

изилденген. Бейтаптар 3 болукко болунгон: 1-болук – кызамык, 2-чи – кызылча жана 3-чу – дем алуу органдарындагы вирус козгоочу курч кармаган жугуштуу оорулары + аллергиялык дерматит. Бул болуктордун арасында клиникалык жана лабораториялык озгочолуктору аныкталган. Биздин олкодо экспресс-аныктоонун жоктугунан кызымыкка окшош оору менен ооруган бейтаптар негизсиз антибактериялык, кан тамырга тамчылатуу жана гормон дармектерин алгандары аныкталган.

Ачкыч сөздөр: кызылча, кызамык, аллергиялык дерматит, эпидемиология, клиника, дифференциалдык айырмалоо.

DIAGNOSIS OF MORBILLIFORM DISEASES IN EPIDEMIC RISE MEASLES 2014-2015

L. H. Alieva, G. K. Seydakmatova, S. V. Chechetova, Z. K.Djolbunova, O. Ju. Zhuravlyova.
Kyrgyz State Medical Academy, Dept of Child Infectious Diseases,
Republic clinical infection hospital, Bishkek, Kirghiz Republic

Summary: An analysis of 150 case histories of patients with measles and morbilliform diseases were hospitalized in the Republic clinical infection hospital for the period 2014- 2016. The patients were divided into three groups: group 1 with a diagnosis of measles, 2nd - with the diagnosis of rubella and 3rd - acute respiratory viral infections + allergic dermatitis. Clinical and laboratory differences between these groups were found. Registered unjustified appointment of antibiotic, infusion and hormonal therapy in patients with morbilliform diseases due to unavailability of rapid diagnosis in the early stages of the disease.

Key words: measles, rubella, allergic dermatitis, epidemiology, clinical features, differential diagnosis.

Введение.

Корь – остается актуальной проблемой медицины во всем мире, в том числе и в Кыргызстане [1,3,9]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) поставила задачу элиминации кори во всем мире, т.е. заболеваемость корью не должна превышать 1 случая на 1 миллион населения [7,8]. Для решения поставленной задачи, важными условиями являются достижения не менее 95% охвата профилактическими прививками, строгий учет заболеваемости, и контроль за качеством диагностики инфекции.

С конца 2014 года в Кыргызстане также складывалась неблагополучная обстановка с заболеваемостью корью. Распространение кори в нашей стране в 2015г дошло до эпидемического пика (около 22000 случаев, по данным ДГСЭН) [2,4,5,6]. Поэтому в период эпидемии кори, из-за недостатка тест-систем, было разрешено устанавливать диагноз кори на основании клинико-эпидемиологических данных.

Однако, следует учесть, что пятнисто-папулезные высыпания наблюдаются не только при кори, но и при других, кореподобных заболевания, таких как краснуха, парвовирусная инфекция, энтеровирусная инфекция, и аллергических дерматитах. В этой связи возникает необходимость в проведении четкой дифференциальной диагностики этих заболеваний, что способствует своевременной изоляции высоко контагиозных больных, и своевременному назначению адекватной терапии.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей кори и кореподобных заболеваний для проведения дифференциальной диагностики.

Материалы и методы исследования

Нами проведен анализ 150 истории болезни детей с корью и кореподобными заболеваниями, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за период с 2014 по 2016 годы. Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические, лабораторные (ИФА, ПЦР) методы исследования, а также статистическая обработка полученных результатов по программе SPSS.

Результаты и их обсуждение

По данным РКИБ г.Бишкек, рост заболеваемости корью был отмечен с конца 2014 года (148 человек), и максимальный пик приходился на 2015 год (4809 человек). После проведения туровой вакцинации детей и взрослых в 2015 году против кори и краснухи, резко снизилась заболеваемость этими инфекциями, и в 2016 году было зарегистрировано только 2 лабораторно подтвержденных случая кори среди, поступивших в инфекционный стационар.

Изучая диагноз больных при направлении и поступлении в стационар, было выявлено, что у 99 (66,0%) подозревалась корь, у 23 (15,3%) – краснуха, все остальные пациенты поступали с диагнозом

«сыпь неясного генеза» (18,7%). Интересно было отметить, что до сих пор встречается такой диагноз, как «коревая краснуха» (1 случай).

В связи повышенной настороженностью врачей в период подъема заболеваемости корью, все пациенты с пятнисто-папулезной сыпью на коже, повышением температуры тела и наличием катаральных явлений были изолированы в боксированные палаты до полного подтверждения клинического диагноза.

Анализ возрастной структуры больных показал, что дети составили 67,0%, подростки – 5,0%, взрослые – 28,0%. Контакт с инфекционными больными, у которых отмечались катаральные явления и сыпь на коже, выявлен у 38,7% пациентов. В анамнезе 48,8% пациентов были привиты против кори и краснухи (вакцина КПК), в основном это были дети дошкольного и школьного возраста.

Изучение заключительного клинического диагноза показало, что у 48,7% больных был подтвержден диагноз кори, у 16,7% - краснухи и у 29,3% - ОРВИ+аллергический дерматит, реже - инфекционный мононуклеоз, скарлатина, энтеровирусная инфекция и др. (рис.1).

У большинства (73,3%) больных клиника кореподобных заболеваний протекала в среднетяжелой форме.

Для проведения сравнительного анализа клинико-лабораторных критериев основных кореподобных заболеваний, больные были разделены на три группы: 1-я группа с диагнозом корь – 73 человека, 2-я - с диагнозом краснуха – 25 человек и 3-я - ОРВИ + аллергический дерматит (45 человек).

Анализ полученных данных (табл.1) показал, что высокая лихорадка достоверно ($P<0,05$) чаще наблюдалась у больных с корью и ОРВИ. У большинства (95,5%) больных с диагнозом ОРВИ+аллергический дерматит фебрильная лихорадка была обусловлена острыми проявлениями респираторной инфекции.

Проявления коньюнктивита и склерита достоверно ($P<0,05$) чаще регистрировались при кори и краснухе, тогда как кашель, насморк и зернистость задней стенки ротоглотки - при кори и ОРВИ. Специфическим симптомом краснухи было увеличение заднешейных и затылочных лимфатических узлов у 80,0% больных, а для кори - симптом Филатова-Коплика, который регистрировался у всех больных.

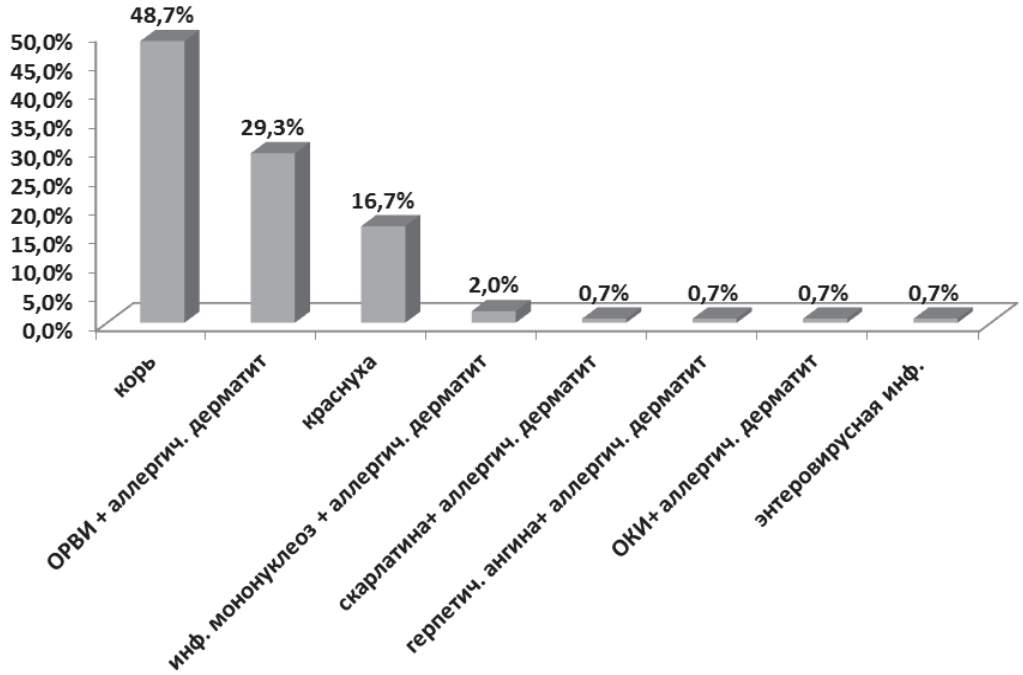


Рис. 1. Спектр клинического диагноза, по данным РКИБ.

Таблица 1

Дифференциальная диагностика кори и кореподобных заболеваний (частота симптомов)

Признаки	Корь (1-я гр.)(n=73) M±m	Краснуха (2-я гр.)(n=25) M±m	ОРВИ +алл. дерм-т (3-я гр.) (n=45) M±m	P
Высокая лихорадка	100,0±30,0%	8,0±2,6%	95,5±10,6%	P_{1-2}<0,05 P_{1-3}>0,05 P_{2-3}<0,05
Коньюнктивит	100,0±30,0%	100,0±30,0%	18,2±6,0%	P_{1-2}>0,05 P_{1-3}<0,05 P_{2-3}<0,05
Склерит	100,0±30,0%	76,0±25,3%	15,9±5,3%	P_{1-2}<0,05 P_{1-3}<0,05 P_{2-3}<0,05
Кашель	100,0±30,0%	28,0±9,3%	100,0±30,0%	P_{1-2}<0,05 P_{1-3}>0,05 P_{2-3}<0,05
Насморк	100,0±30,0%	20,0±6,6%	100,0±30,0%	P_{1-2}<0,05 P_{1-3}>0,05 P_{2-3}<0,05
Светобоязнь	100,0±30,0%	40,0±13,3%	15,9±5,3%	P_{1-2}<0,05 P_{1-3}<0,05 P_{2-3}<0,05
Гиперемия зева: • слабая • умеренная • выраженная	 4,1±1,3% 93,2±31,0% 2,7±0,9%	 - 76,0±25,3% -	 2,3±0,7% 88,6% 9,1±3,0%	P>0,05
Зернистость задней стенки ротоглотки	98,6±32,8%	28,0±9,3%	100,0±30,0%	P_{1-2}<0,05 P_{1-3}>0,05 P_{2-3}<0,05
Гипертрофия миндалин	100,0±30,0%	28,0±9,3%	100,0±30,0%	P_{1-2}<0,05 P_{1-3}>0,05 P_{2-3}<0,05
Лимфаденит	1,4±0,4%	80,0±26,6%	-	P_{1-2}<0,05
Увеличение заднешейных и затылочных лимфоузлов	-	80,0±26,6%	-	P<0,05
Вид высыпаний: • пятнисто-папулезная • мелкопятнистая • были геморрагии	 100,0±30,0%- - -	 24,0±8,0% 76,0±25,3% 8,0±2,6%	 68,2% 31,8% 2,3%	P<0,05
Пигментация после исчезновения сыпи	100,0±30,0%	-	-	P<0,05
Симптом Коплика	100,0±30,0%	-	-	P<0,05
Шелушение кожи после исчезновения сыпи	1,4±0,4%	-	-	P<0,05
Осложнения: • пневмония • паратонз. абсцесс • фоллик. ангина	 12,3±4,1% 1,4±0,4% 1,4±0,4%	 8,0±2,6% - -	 4,5±1,5% - -	P_{1-2}<0,05 P_{1-3}<0,05 P_{2-3}<0,05
Ig M на корь +	100,0±30,0%	-	-	P<0,05
Ig M на краснуху +		100,0±30,0%	-	P<0,05
АБ-терапия	98,6±32,0%	84,0±28,0%	38,6±12,8%	P_{1-2}>0,05 P_{1-3}<0,05 P_{2-3}<0,05

Инфузионная терапия	87,7±29,0%	36,0±12,0%	68,2±22,7%	P_{1-2}<0,05 P_{1-3}<0,05 P_{2-3}<0,05
Гормональная терапия	4,1±1,3%	8,0±2,6%	50,0±16,6%	P_{1-2}>0,05 P_{1-3}<0,05 P_{2-3}<0,05

При сравнении характера высыпаний на коже выявлено: при кори - пятнисто-папулезная сыпь, при краснухе – мелкопятнистая. Однако, в 24,0% случаев сыпь при краснухе также имела пятнисто-папулезный характер. В тоже время, на фоне аллергических высыпаний у 68,2% больных с ОРВИ сыпь была пятнисто-папулезного характера, а у 31,8% - мелкопятнистая сыпь.

При краснухе, в 92,0% случаев сыпь на коже появлялась на 1-2 день болезни, тогда как при кори появление сыпи регистрировалось, в среднем, на 4,2±1,4 день от начала болезни после катарального периода, который часто расценивается как проявление острой респираторной инфекции (чаще – аденовирусной инфекции). Поэтому, эти больные в катаральном периоде чаще остаются на амбулаторном лечении, что способствует дальнейшему распространению высококонтагиозной инфекции (табл.2).

Наличие геморрагических высыпаний на фоне мелкопятнистых и пятнисто-папулезных элементов при краснухе (8,0%) и аллергическом дерматите (2,3%) не исключает течение парвовирусной инфекции В-19, которая также относится к группе кореподобных заболеваний. К сожалению, подтвердить данную инфекцию не представлялось возможным, в связи с отсутствием специфических тест-систем.

Осложнения (пневмония) достоверно (P<0,05) чаще регистрировались у больных корью, что было связано с развитием состояния анергии.

Показатели общего анализа крови не выявили существенных отличий (P>0,05). Все наблюдаемые нами случаи кори и краснухи были лабораторно подтверждены ИФА методом (положительный IgM к вирусу кори и краснухи), ПЦР диагностикой. Забор анализа крови на ИФА делали на 4-5-й день от момента появления высыпаний. Из-за недоступности методов экспресс-диагностики (ПЦР) и невозможности уточнения этиологического диагноза в ранние сроки болезни, больные необоснованно получали антибактериальную, инфузионную и гормональную (кортикостероиды) терапию (табл.1). Отмечено не обоснованное назначение антибиотиков при краснухе у 84,0% пациентов, инфузионной терапии у 36,0% больных. Хотя у 96,0% больных краснуха протекала в среднетяжелой форме. Для исключения аллергических проявлений больным корью (4,1%) и краснухой (8,0%) назначалась гормональная терапия. С улучшением из стационара выписаны 54,8% больных корью, с выздоровлением - 68,0% больных краснухой и 52,3% пациентов с ОРВИ.

Таблица 2

Дифференциальная диагностика кори и кореподобных заболеваний (длительность симптомов в днях)

Признаки	**Корь (1-я гр.)(n=73) M±m**	**Краснуха (2-я гр.)(n=25) M±m**	**ОРВИ +алл. дерм-т (3-я гр.) (n=45) M±m**	**P**
День болезни при поступлении	4,3±1,4	2,5± 0,8	4,1±1,3	P_{1-2}<0,05 P_{1-3}>0,05 P_{2-3}<0,05
Длительность лихорадки	3,7±1,1	2,2±0,7	3,5±1,1	P>0,05
На какой день появилась сыпь	4,2±1,4	1,7±0,5	3,1±1,0	P_{1-2}<0,05 P_{1-3}>0,05 P_{2-3}<0,05
Длительность АБ терапии	6,1±1,5	6,3±1,7	3,7±1,1	P_{1-2}>0,05 P_{1-3}<0,05 P_{2-3}<0,05
Длительность инф.терапии	2,5±0,8	1,2±0,4	2,3±0,7	P>0,05
Длительность гормональной терапии	2,6±0,8	2,0±0,6	3,1±1,0	P>0,05

Выводы:

1. Несвоевременная диагностика и изоляция больных с корью способствует дальнейшему распространению этой высококонтагиозной инфекции, а также росту риска развития бактериальных осложнений.
2. Из-за недоступности методов экспресс-диагностики (ПЦР) и невозможности уточнения этиологического диагноза в ранние сроки болезни, больные с кореподобными заболеваниями необоснованно получают антибактериальную, инфузионную и гормональную (кортикостероиды) терапию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Астапов, А. А. Корь у новорожденного ребенка / В. Н. Мельникова, Е. Ю. Свирчевская // Здравоохранение (Минск). - 2013. - № 2. - С. 62-63.
2. Внутрибольничная корь [Текст] / Д. К. Чыныева, М. М. Баялиева, Г. А. Карамурзаева и др. // Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева. – 2015. - №2. – С. 116-119.
3. Григорьев, К. И. Корь: что впереди – ликвидация инфекции или эпидемия? / Медицинская сестра. - 2012. - № 7. - С. 9-13.
4. Клинико-эпидемиологические особенности кори в Кыргызстане в 2014 году [Текст] / Н. Бактыбек к, Р. М. Кадырова, З.К. Джолбунова и др. / Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева. – 2015. - №2. – С. 25-29.
5. Клинико-эпидемиологические особенности кори у взрослых в период эпидемического подъема 2014-2015гг. [Текст] / А. Ш. Джумагулова, А. К. Саркина, Н. В. Фесенко и др. // Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева. – 2015. - №2(1). – С. 15-17.
6. Клинико-эпидемиологические особенности кори у детей старше 1 года [Текст] / Я. А. Смеликов, К.Т. Касымбекова, З. К. Джолбунова и др. // Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева. – 2013. - №2. – С. 84-89.
7. Корь [Текст / Г. К. Аликеева , Н. Д. Ющук, А. В. Сундуков и др. // Лечащий врач. - 2011. - № 6. - С. 82-85.
8. Специфическая дифференциальная диагностика кори, краснухи, цитомегаловирусной инфекции и лихорадки Денге у российских туристов [Текст] / С. А. Пьянков, Е. В. Иванова, В. А. Тернова и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2014. – Т. 19. - №.6. – С. 16-19.
9. Учайкин, В. Ф. Случится ли эпидемия кори в России? / О. В. Молочкова // Детские инфекции. – 2012. - №2. – С. 3-4.

ЭШЕРИХИОЗЫ 1 КАТЕГОРИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Муратбекова А.М., Рысбекова А.Р., Аршай З.Б., Беделбаев М.К., Мамбетова М.К., Джолбунова З.К.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Республиканская клиническая инфекционная больница
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме. Проведен анализ 65 историй болезни детей раннего возраста, находившихся на стационарном лечении в РКИБ в 2016 году с диагнозом острая кишечная инфекция (ОКИ) в течение всего года. Были использованы клинико-эпидемиологические данные, результаты бактериологического исследования кала позволили выявить, что в этиологической структуре эшерихиозов первой категории важное место занимают широко распространенные серотипы: О111,О55,О44,О126. Из ОКИ представлены эшерихиозы, вызванные энтеропатогенными кишечными палочками (ЭПКП), которые проявлялись синдромами гастроэнтероколита, гастроэнтерита и энтероколита, что не исключает вероятность наличие микстинфекции. Заболевание протекало в основном (96,9%) в тяжелой форме.

Ключевые слова: дети, острые кишечные инфекции, эшерихиозы, симптомы, диагностика, лечение.

ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДА КЕЗДЕШКЕН ЭШЕРИХИОЗ 1 КАТЕГОРИЯСЫ

Муратбекова А.М., Рысбекова А.Р., Аршай З.Б., Беделбаев М.К.,
Мамбетова М.К., Джолбунова З.К.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Республикалык клиникалык жугуштуу оорулардын бейтапканасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: 2016-жылы Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар бейтапканасында курч ичеги-карын жугуштуу оорулары менен ооруган 65 ымыркай баланын бейтап баяны изилденди. Клиникалык – эпидемиологиялык жана бактериологиялык изилдөөнүн жыйынтыгында эшерихиоз 1 категория илдетинин козгогучтарынын алдынкы орунду ээлеген серотүрлөрү табылды: O111,O55,O44,O126. Жугуштуу ичеги-карын ооруларынын арасында энтеропатогендик ичеги таякчалары козгогон эшерихиоз илдетинин гастроэнтероколит, гастроэнтерит, жана энтероколит синдромдору кездешкени белгиленген. Оору негизинен оор (96,9%) турундо болду.

Негизги сөздөр: балдар, курч ичеги-карын жугуштуу оорулары, эшерихиоздор, белгилери, дартты аныктоо, даарылоо.

ESCHERICHIOSIS 1 CATEGORIES IN INFANTS

Z. B. Arshai, A. M. Muratbekova, A. R. Rysbekova, M. K. Bedelbaev,
M. K. Mambetova, Z. K. Djolbunova
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Republican clinical infectious hospital
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The analysis of the 65 stories disease of infants, were hospitalized to the Republican infectious clinical hospital in 2016 with a diagnosis of acute intestinal infection. Clinical and epidemiological parameters were used. The results of bacteriological examination of feces revealed that an important place in the etiological structure of escherichiosis 1 category have serotypes: O111, O55, O44, O126. There were escherichiosis, caused by enteropathogenic Escherichia coli among acute intestinal infections. Clinic of escherichiosis manifested by gastroenterocolitis syndrome, gastroenteritis and enterocolitis syndrome, which does not exclude the probability of the presence of mixed infections. The disease was mostly severe (96.9%).

Key words: children, acute intestinal infections, escherichiosis, symptoms, diagnosis, treatment.

Введение. Среди инфекционных заболеваний детского возраста наиболее распространенными, после острых респираторных вирусных инфекций является острые кишечные инфекции. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире регистрируется более 1,5 миллиардов ОКИ, в том числе эшерихиозы. В зависимости от серовара, наличия факторов патогенности и особенностей вызываемых ими заболеваний выделяют 6 категорий эшерихий: энтеропатогенные кишечные палочки (ЭПКП), энтероинвазивные (ЭИКП), энтеротоксигенные (ЭТКП), энтерогеморрагические (ЭГКП) и энтероагрегативные или энтеровыстилающие (ЭАКП), а также диффузно-адгерентнтые[5]. Наиболее распространенной категорией является ЭПКП, которая вызывает водянистую диарею у детей грудного возраста, проявляется синдромом энтерита и возможным развитием обезвоживания. К ним относятся серовары: O26, O41, O44, O55, O75, O86, O111, O114, O118,O119, O125, O126,O127, O142, O153, O408.[1,3].

Ряд авторов описывают подъем регистрации в зимне-весенний период года, а также в течение всего года[2,4].

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические особенности течения эшерихиозов у детей раннего возраста, вызванных эшерихиями первой категории (ЭПКП).

Материалы и методы.

В работе проведен ретроспективный анализ 65 историй болезни детей раннего возраста, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) г. Бишкек в 2016 году с диагнозом «Эшерихиоз».

Были использованы клинико-эпидемиологические данные, результаты бактериологического исследования. Статистический анализ проводился с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и обсуждение.

Среди наблюдаемых нами детей одинаково часто болели как мальчики (50,8%), так и девочки (49,2%), большинство пациентов были городскими жителями (78,5%), 21,5% составили жители сельской местности. Все больные эшерихиозом 1 категории поступали в поздние сроки болезни, так дети до 1 года на 3,9 ± 1,3 сутки, от 1 года до 3 лет на 2,9 ± 0,9день болезни. До поступления в амбулаторных условиях получали лечение 64,6%. Анализируя возрастную структуру больных эшерихиозом было установлено, что среди детей раннего возраста преобладали пациенты в возрасте от 1 года до 3 лет (рис.1).

Анализ анамнестических данных выявил, что 56,9% детей с ОКИ были из семьи, в которых работал только один из родителей, что свидетельствует о низком достатке и социальном уровне жизни, которое могло повлиять на повышение риска развития острой кишечной инфекции, тяжелой формы у детей раннего возраста.

Преморбидный фон у 13,9% был отягощен: анемией – 4,6%, недоношенностью – 3,1%, внутричерепной гипертензией – 3,1% и кистой головного мозга – 3,1%. Большинство детей (43,1%) из наблюдаемой нами группы находились на естественном (грудном) вскармливании, в то время, как смешанное вскармливание отмечено у 41,5% и искусственное вскармливание – у 15,4%. Это означает, что даже грудное вскармливание не уменьшает вероятность инфицирования ОКИ.

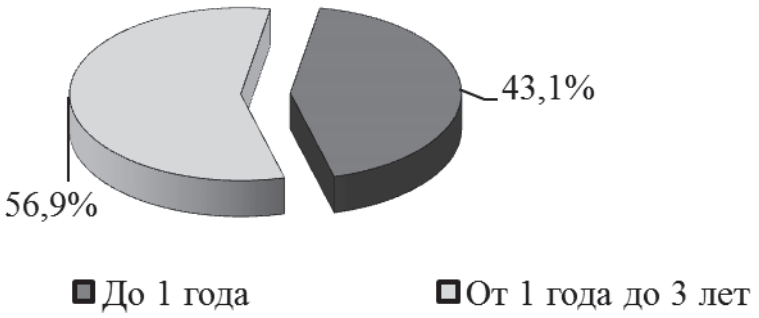


Рис.1. Возрастная структура больных E.coli 1 категории.

Результаты бактериологического исследования кала позволили выявить, что в этиологической структуре эшерихиозов первой категории важное место занимают широко распространенные серотипы: O111,O55,O44,O126 (Рис.2).

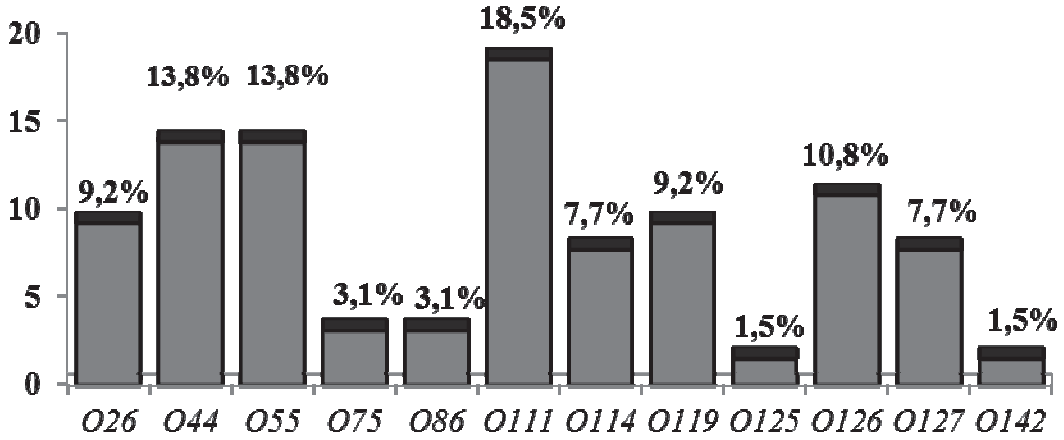


Рис.2. Серологические типы E.coli первой категории у детей

Контакт с инфекционным больным, по данным эпидемиологического анамнеза выявлен лишь у 2,0% детей, возможный пищевой путь передачи острой кишечной инфекцией отмечен в 6,2% случаев.

За исследуемый год находящиеся на лечении в РКИБ дети с эшерихиозом ЭПКП группы регистрировались на протяжении всего года с подъемом в осенний период года и с резким спадом в летние месяцы, что не исключает вероятность также внутрибольничного инфицирования. (Рис.3).

Как видно из рисунка 4 наиболее частым синдромальным диагнозом у больных детей с лабораторно подтвержденным эшерихиозом был гастроэнтероколит (60,0%) и гастроэнтерит (23,1%). Эти синдромальные диагнозы необоснованно были завышены из-за наличия рвоты, которая была нечастой и очень редко выставлен диагноз энтерит, характерный для эшерихиоза. Благодаря результатам бактериологического исследования удалось подтвердить диагноз эшерихиоза, однако частота гастроэнтероколита и наличие синдрома интоксикации у каждого второго больного не исключает развитие микстинфекции. Эшерихиоз в основном (96,9%) протекал в тяжелой форме. Койко-дней до 1 года составило 4,3 ± 1,4, а у детей от 1 года до 3 лет – 3 ± 1 дней.

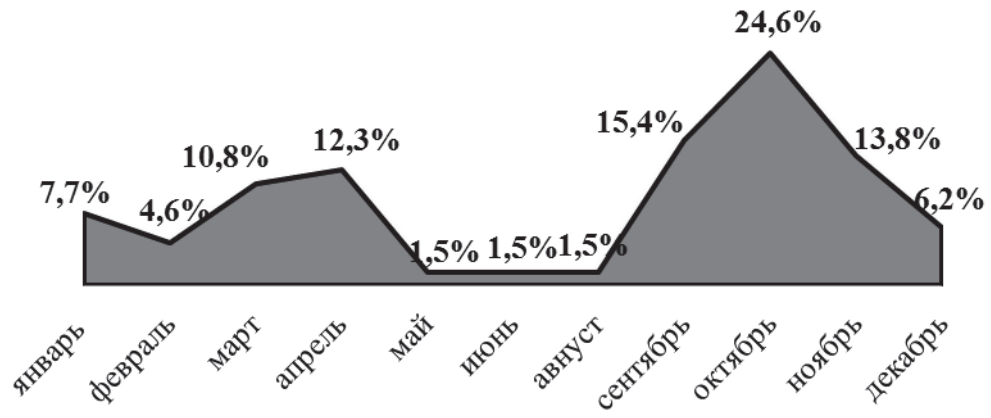


Рис.3.Сезонность заболеваемости эшерихиозами 1 категории.

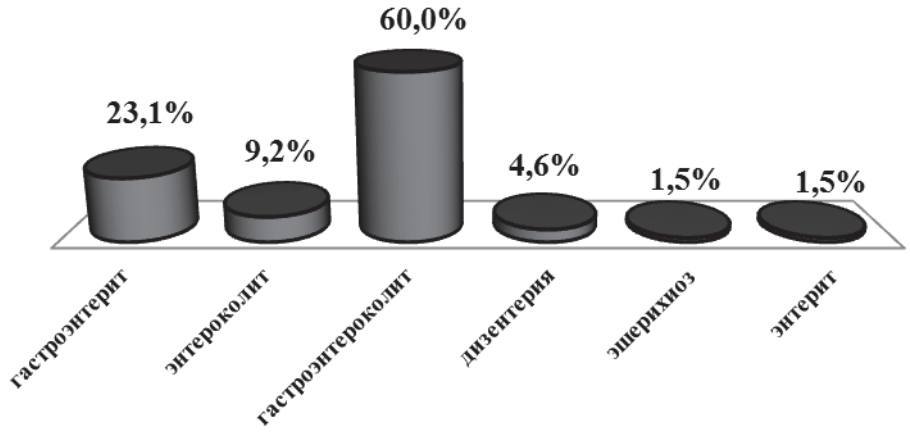


Рис.4 Структура клинического диагноза у наблюдаемых больных детей.

Выводы:

1. У детей раннего возраста одним из этиологических факторов ОКИ следует считать эшерихии первой категории, среди них ведущее место занимают серотипы: О111,О55,О44,О126.

2.Сезонность, характерная для ОКИ не выявлена у детей с эшерихиозом, так как подъём заболеваемости отмечен в поздний осенний и ранний весенний периоды года.

3. Эшерихиоз у детей раннего возраста чаще(96,9%) протекал в тяжелой форме с симптомами интоксикации у каждого второго больного, а развитие гастроэнтероколита не исключает течение микстинфекции.

4. Частота эшерихиоза у детей раннего возраста в структуре ОКИ диктует необходимость профилактики внутрибольничного инфицирования и внедрения современных методов диагностики

Литература:

1. Денисюк Н. Б. Кишечные инфекции у новорожденных: факторы риска [Текст] / Н. Б. Денисюк // Инфекционные болезни. – 2013. – Т. 11(прил. №1). – С.112.

2. Малый В.П. Эшерихиозы. [Текст] / В.П. Малый //Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2011. - №5. – С.412.

3. Острые кишечные инфекции у детей: методическое пособие для студентов и врачей. - Бишкек 2010г. – 20с.

4. Тимченко В.Н. и Леванович В.В. Острые кишечные инфекции в практике педиатра и семейного врача: руководство для врачей всех специальностей. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2011. – 544с.

5. Croxen M.A. Recent advances in understanding enteric pathogenic Escherihia coli [Text] / M.A. Croxen // Clinical microbiology reviews.-2013.-V.26.-№.4.-P. 46-50.

1. Муратбекова Аймээрим Муратбековна 5 курс, 4гр. педиатрический факультет +996551163300

2. Рысбекова Алтынай Рысбековна 5 курс, 4гр. педиатрический факультет

3. Аршай Заур Бакытжанович 5 курс, 4гр. педиатрический факультет

4.Бедельбаев Марлен Каныбекович –ассистент каф.детских инфекционных болезней. ул.Л.Толстого №70, РКИБ, кафедра детских инфекционных болезней КГМА, им.И.К.Ахунбаева, тел.59-00-21, email: bedelbaevmarlen@gmail.com

5. Джолбунова Зуура Керимбековна - д.м.н., доцент, зав.кафедрой детских инфекционных болезней КГМА, им.И.К.Ахунбаева,

Г.Бишкек , ул Ахунбаева 92 тел.59-00-21, email: zura.djolbunova@mail.ru

6. Мамбетова Мадина Кубанычбековна – к.м.н., доцент детских инфекционных болезней КГМА, им.И.К.Ахунбаева,

Г.Бишкек, ул Ахунбаева 92 тел.59-00-21, email: madina.mambetova.72@mail.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «НАЗОФЕРОН» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА И ОРВИ У ДЕТЕЙ

Сопубекова А.У., Эсенбек к Ж., Беделбаев М.К., Кадырова Р. М.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра детских инфекционных болезней
Республиканская клиническая инфекционная больница
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе проведено сравнительное клиническое исследование препарата Назоферон (назальные капли), производства ОАО «Фармак». Наблюдали две группы больных общим количеством 80 детей в возрасте от 1 месяца до 6 лет с клиническим диагнозом острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) тяжелой формы, получавших стационарное лечение в профильных отделениях Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ). Из них 40 пациентов, получавшие Назоферон, составили основную группу, а остальные 40 пациентов, не получавшие этот препарат были в контрольной группе.

По тяжести состояния 47,5% больных контрольной группы лечились в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), выявлены суперинфекции в контрольной группе у 40,0% больных. Длительность температуры тела (1,4±0,3; 4,2±1,0 дней), сроки пребывания в стационаре (3,0±0,1; 5,2±1,0 дней), продолжительность антибактериальной (3,0±1,0; 9,8±3,0 дней) и инфузионной терапии (1,4±0,3; 4,2±1,0 дней) достоверно ($P<0,05$) дольше было у больных контрольной группы.

Ключевые слова: дети, острые респираторные вирусные инфекции, лечение «Назоферон».

САСЫК ТУМООДО ЖАНА ДЕМ АЛУУ ОРГАНДАРЫНДАГЫ ВИРУС КОЗГООЧУ КУРЧ КАРМАГАН ЖУГУШТУУ ООРУЛАРЫНДА КОЛДОНГОН «НАЗОФЕРОН» ДАРЫСЫНЫН ЭФФЕКТИВТИВДУУЛУГУ

Сопубекова А.У., Эсенбек к Ж., Беделбаев.М.К., Кадырова Р. М.
И.К. Ахунбаев атындагы,
Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы. Балдар жугуштуу оорулар кафедрасы, Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасы Бишкек ш,, Кыргызская Республика

Корутунду: Назоферон дармегинин (мурунга тамызычуу) колдонуунун клиникалык салыштырмалуу изилденген ААК «Фармак». Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасында дарыланган 1 жаштан 6 жашка чейинки клиникалык диагнозу дем алуу органдарындагы вирус козгоочу курч кармаган жугуштуу оорулары оор турундо кездешкен 80 бейтап 2 топко болунгон. Алардын ичинен 40 бейтап «назоферон» менен дарыланган негизги топту тузгон, 2 топту «назоферон» менен дарыланбаган козомол тобу тузушкон. Козомол топтогу 47,5% бейтаптар оорунун оордугуна жараша жандандыруу болумундо дарыланышкан 40% бейтаптарда кайра жугузганы (суперинфекция) далилденген. Дене табынын которулушунун узактыгы (1,4±0,3; 4,2±1,0 кун), бейтапканада жаткан убактысы (3,0±0,1; 5,2±1,0 кун), антибактериальдык дарылоонун мооноту (3,0±1,0; 9,8±3,0 кун) кан тамырга тамчылатуу эмдоосунун (1,4±0,3; 4,2±1,0 кун) жана козомол топтогуларда узактыгы (P<0,05) тастыкталган.

Ачкыч создор: балдар, дем алуу органдарындагы вирус козгоочу курч кармаган жугуштуу оорулары, «назоферон».

EFFICIENCY OF THE DRUG "NAZOFERON" FOR TREATMENT OF INFLUENZA AND ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS IN CHILDREN

A.U. Sopubekova, J. Esenbek, M. K. Bedelbaev, R. M. Kadyrova
Kyrgyz State Medical Academy, Dept of Child Infectious Diseases,
Republic clinical infection hospital, Bishkek, Kirghiz Republic

Summary: In this work clinical study of Nazoferon drug (nasal drops, produced by JSC "Farmak") was done. There were two groups, consisting of 80 children aged from 1 month to 6 years with a clinical diagnosis of acute respiratory viral infections (ARI). The children were with severe form of disease and they were treated at the Republic clinical infectious hospital. Of these, 40 patients treated with Nazoferon, this main group, the other 40 patients who did not receive the drug were in the control group. According to severity of 47.5% of patients in the control group were treated in the intensive care unit. The superinfection was in 40.0% of patients from the control group. The duration of fever was 1,4 ± 0,3; 4,2 ± 1,0 days. Length of hospital stay was 3,0 ± 0,1; 5,2 ± 1,0 days. The duration of antibiotic therapy was 3,0 ± 1,0; 9,8 ± 3,0 days and the duration of infusion therapy was 1,4 ± 0,3;. 4,2 ± 1,0 days. The difference in these groups has been identified (P <0,05).

Key words: children, acute respiratory viral infections, "Nazoferon".

Введение:

Проблема острых респираторных вирусных заболеваний в педиатрии одна из актуальных, которая определяется, прежде всего, высоким уровнем патологии среди детей всех возрастных групп. В разные годы она составляет от 50 000 до 72 000 случаев на 100 тысяч детского населения, что более чем в 2,5–4 раза превышает аналогичные показатели среди взрослых [1].

Следует отметить, что у каждого третьего ребенка, встречаются различные осложнения ОРВИ: поражения центральной нервной системы (энцефалопатия, энцефалит, менингит, полинейропатия), дыхательной системы (бронхит, пневмония), отит, синуситы. Чем младше ребенок, тем выше вероятность развития у него осложнений. На фоне вирусных инфекций чаще обостряется хроническая патология, и манифестируют системные, аллергические и аутоиммунные заболевания.[3]

Этиологическую структуру ОРВИ составляют грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, риновирусная, респираторно-синцитиальная инфекция [3].

К механизмам противовирусной защиты относятся: целостность эпителия слизистых оболочек дыхательных путей, система интерферонов (ИНФ) — «ранние» (I типа) α-ИНФ , β-ИНФ и «поздние» (II типа) γ-ИНФ, макрофаги; Т-хелперы (CD4+); Т-киллеры (CTL); Т-супрессоры (CD8+); В-лимфоциты

(продукция АТ — Ig класса А) [1]. У детей система противовирусной защиты существенно ниже, чем у взрослых. Это в первую очередь определяется низкой способностью лейкоцитов и лимфоцитов к продукции «ранних» ИНФ. «Ранние» ИНФ отличаются от взрослых не только особенностями строения, но и сниженными антивирусными и иммуномодулирующими свойствами, что определяет предрасположенность детского организма к частым респираторным вирусным инфекциям [2]. Преимуществом человеческого интерферона является более высокая противовирусная активность, однако производство трудоемкое, дорогостоящее и всегда сохраняется вероятность его контаминации опасными патогенами, такими, как вирус гепатитов В и С, и вирус иммунодефицита и так далее. В связи с этим в настоящее время перспективным признан способ получения интерферонов микробиологическим синтезом, наибольшее значение в лечении ОРВИ имеет рекомбинантный интерферон альфа [2].

Целью настоящей работы являлось оценка эффективности и переносимости лечения детей с острыми респираторными вирусными инфекциями препаратом Назоферон (интерферон альфа-2b) (назальные капли, назальный спрей) производство ОАО «Фармак».

Материалы и методы исследования.

В течение декабря 2016 года и января 2017 года наблюдали 80 детей от года до 6 лет с клиническим диагнозом острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) тяжелой формы получавших стационарное лечение в профильных отделениях Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ). Проведено клинико-эпидемиологическое обследование, использовались общеклинические, биохимические и функциональные (рентген ОГК) методы исследования по показаниям.

В нашем клиническом сравнительном исследовании 2х групп детей мы использовали назальные капли Назоферон 100 тыс.МЕ/мл 5мл производства «Фармак». Из них 40 пациентов, получавшие Назоферон, составили основную группу, остальные 40 пациентов, не получавшие Назоферон, составили контрольную группу. В комплексную терапию пациентов основной группы был включен препарат Назоферон, который принимали с 2,57±0,86 дня болезни, в зависимости от возраста по 1-2 капли в каждую ноздрю до 4-5 раз в день, на протяжении 3,45±1,15 дней.

Оценку переносимости и безопасности исследуемого препарата проводили на основании анализа частоты возникновения нежелательных реакций у основной группы. Эффективность терапии оценивали согласно субъективным, объективным данным. Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS.

Результаты и обсуждение.

Возрастная структура обследованных больных была представлена следующим образом (Рис 1): дети в возрасте до 1 года – (52,5%; 62,5%), от 1 года до 3-х лет – (32,5%; 35,0%) больных, старше 3лет – (15,0%; 2,5%). Среди заболевших, девочек было 52,5% и 32,5%, мальчиков - 47,5% и 67,5%. Среди заболевших детей большинство (86,2%) были городскими жителями. При изучении эпидемиологического анамнеза удалось выявить контакт с больными ОРВИ у 43,7% детей, остальные больные заболевание связывали с переохлаждением – 56,2%.

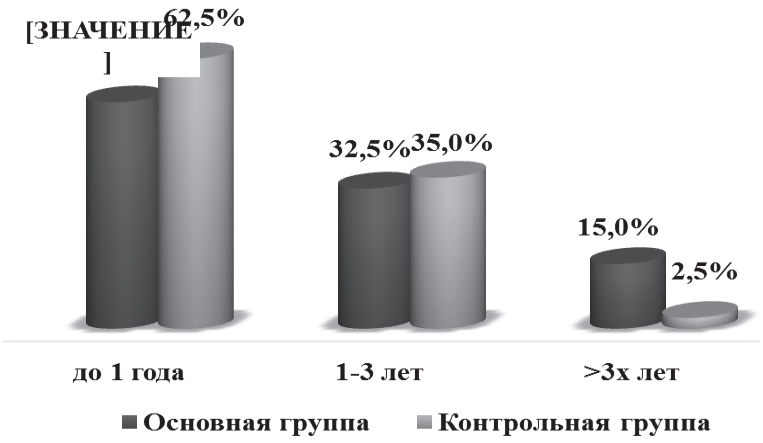


Рис. 1. Возрастная структура детей, больных ОРВИ тяжелой формы.

Все больные дети из сравниваемых групп были с диагнозом ОРВИ тяжелой формы. В основной группе осложнение ОРВИ пневмонией выявлено у 47,5% детей, а в контрольной группе в 90,0% случаев (рис. 2).

На догоспитальном этапе антибактериальную терапию получали одинаково часто (25,0%; 22,5%) больных в сравниваемых группах.

Общее состояние оценивалось как тяжелое при поступлении одинаково в сравниваемых группах больных. Следует отметить, что 47,5% больных в контрольной группе по тяжести состояния получили лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) из-за пневмонии с дыхательной недостаточностью, синдрома крупа (ОСЛТ) и ДВС-синдрома, а также наличие суперинфекции у 40,0% детей. В то время как в основной группе ни один больной не был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

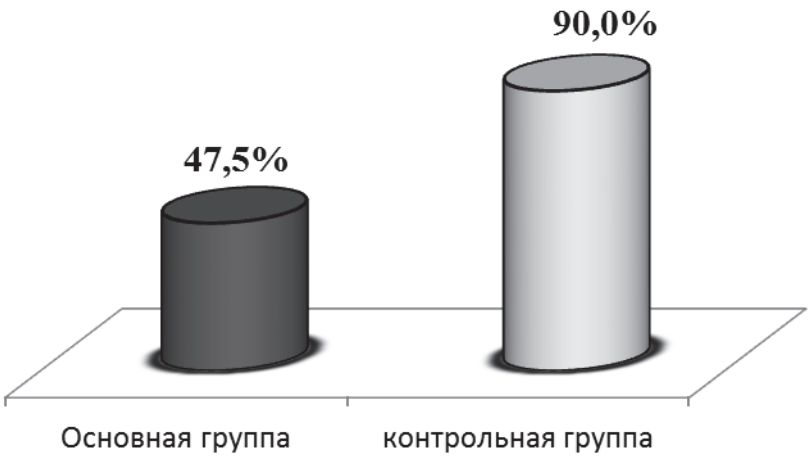


Рис. 2. Развитие пневмонии в сравниваемых группах больных ОРВИ.

Анализ данных табл. 1 показал, что длительность температуры тела достоверно (P<0,05) дольше (1,4±0,3; 4,2±1,0 дней) была у больных контрольной группы (2), которые также достоверно (P<0,05) дольше (3,0±0,1; 5,2±1,0 дней) находились на стационарном лечении. Больные контрольной группы (2) достоверно (P<0,05) дольше получили антибиотики (3,0±1,0; 9,8±3,0 дней) и инфузионную терапию (1,4±0,3; 4,2±1,0 дней).

Таблица 1 – Длительность интоксикации, лечения и сроки пребывания наблюдаемых больных в стационаре

Показатели	**1 группа (основная) n=40, M±m, %**	**2 группа (контрольная) n=40, M±m, %**	**P**
Длительность температуры и симптомов интоксикации	1.4±0,3	4,2±1,0	**P_{1-2}<0,05**
Длительность антибиотикотерапии	3,0±1,0	9,8±3,0	**P_{1-2}<0,05**
Длительность инфузионной терапии	1,4±0,3	4,2±1,0	**P_{1-2}<0,05**
Длительность пребывания в стационаре	3,0±0,1	5,2±1,0	**P_{1-2}<0,05**

Анализ данных периферической крови позволил выявить у (40,0%; 60,0%) больных в сравниваемых группах лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ и лишь у (2,5%; 30,0%) больных отмечался лимфоцитоз. Диагноз пневмонии был подтвержден у (26,3%; 72,2%) детей рентгенографическим исследованием у больных.

Антибиотики были назначены больным с пневмонией, спектр которых был широким: аминопенициллины, цефалоспорины 3-4 поколения и макролиды. Все наблюдаемые дети из сравниваемых групп были выписаны с улучшением.

Выводы:

1. Применение назоферона (интерферон альфа-2b) в лечении больных ОРВИ детей способствует уменьшению длительности симптомов интоксикации, предотвращает суперинфекции и переводы детей в отделение интенсивной терапии, укорачивает сроки пребывания в стационаре.
2. Доступность, удобный способ применения (капли в нос), отсутствие побочных явлений и быстрота действия (через 5-10 минут) позволяет рекомендовать для лечения и профилактики ОРВИ детям с периода новорожденности.

Литература:

1. **Кузнецова М. А.** Современные средства профилактики и лечения острых респираторных вирусных инфекций у детей (обзор) [Текст] / М. А. Кузнецова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. - Т. 8. - № 3. - С. 803–812.
2. **Лиманская Ю. А.** Препараты интерферона в лечении острых респираторных вирусных инфекций у беременных группы высокого риска [Текст] / Ю.А. Лиманская, Ю.В. Давыдова // Здоровье женщины. – 2015.- № 9 (105). - 44-45-46с.
3. **Учайкин В. Ф.** Руководство по инфекционным болезням у детей [Текст] / В. Ф. Учайкин //Москва, 2008. - 162с.

ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ

Сулайманов У.У., Абдылда к А., Балабасова А.М.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра детских инфекционных болезней
Республиканская клиническая инфекционная больница
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе приведены результаты ретроспективного анализа 115 историй болезни детей, больных тяжелой формой вирусного гепатита А (ВГА) с отечно-асцитическим синдромом. Все больные лечились в Республиканской клинической инфекционной больнице в период 2010-2014 гг. В возрастной структуре больных ВГА преобладали дети старше 4х лет (78,4%), наиболее остро ($P<0.05$) развивалось заболевание среди детей от 4х до 7 лет. В основном (93,9%), больные ВГА дети поступили в желтушном периоде с отечно-асцитическим синдромом, не характерным для традиционного течения ВГА. В большинстве случаев наличие асцита выявляли при УЗИ, особенно при незначительном и умеренном выпоте жидкости в брюшной полости (91,3%), лишь в 8,7% случаев был выраженный асцит, который легко обнаруживали при объективном обследовании. У больных с тяжелой формой ВГА наблюдали также развитие ДВС синдрома в 3,5% случаев, который способствовал неблагоприятному исходу болезни.

Ключевые слова: ВГА, тяжелая форма, отечно-асцитический синдром, ДВС синдром, исход болезни.

БАЛДАРДАГЫ А ВИРУСТУК ГЕПАТИТ ИЛДЕТИНИН ООР ТҮРЛӨРҮ

Сулайманов У.У., Абдылда к А., Балабасова А.М.
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргызстан Мамлекеттик Медициналык Академиясы, балдар жугуштуу оорулар кафедрасы
Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Шишик-асцит синдрому менен коштолгон А вирустук гепатиттин оор түрү менен ооруган 115 баланын бейтап баяны ретроспективдүү изилденген. Бейтаптар Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасында 2010-2014 жылдары дарыланышкан. А вирустук гепатит илдети көбүнчө 4 жаштан (78,4%) улуу балдар арасында кездешкен, ошол эле убакытта 4-7жашка чейинки бейтаптарда ($P<0,05$) курч мүнөздө башталган. А вирустук гепатит менен ооруган (93,9%) бейтаптар саргарган убагында шишик-асцит синдрому менен бейтапканага жаткырылган, бул А вирустук гепатитке тийиштуу эмес болуп эсептелген. 91,3%-ичеги карын арасында аз жана орточо көлөмдө суунун бар

экендиги УДИ изилдөө менен тастыкталган, 8,7%- көп көлөмдөгу суу обьективдүү оңой эле табылган. А вирустук гепатит оор түрү менен жабыркаган бейтаптардын арасында 3,5% де ДВС-синдрому кездешип, терс жыйынтыкка алып келген.

Негизги сөздөр: АВГ, оор түрү, шишик-асцит синдрому, ДВС синдрому, оорунун бутушу.

SEVERE FORMS OF HEPATITIS A VIRUS INFECTION IN CHILDREN

Sulaimanov U.U., Abdylda k A., Balabasova A.M.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Ahunbaev,
Chair of children infectious disease
Republic clinical infectious disease hospital
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The results of a retrospective analysis of 115 stories of disease in children with severe form of Hepatitis A Virus (HAV) infection with edema-ascites syndrome. All patients were treated in Republic clinical infectious disease hospital in the period 2010-2014. The age structure of patients was dominated by children older than 4 years. Mostly acute form of disease were developed among children from 4 to 7 years (P<0,05). Mainly patients with HAV infection hospitalized in the icteric period of disease with edema-ascites syndrome, which is not typical in clinical picture. In most cases (91,3%) ascites syndrome was detected by ultrasound. Only in 8,7% of cases ascites syndrome was detected by physical examination. In 3,5% of cases was development of disseminated intravascular coagulation (DIC) syndrome, which contributed to the adverse outcome.

Key words: HAV, severe form, edema-ascites syndrome, DIC syndrome, outcome.

Введение: Вирусные гепатиты у детей остаются одной из важных проблем современности, так как заболеваемость среди детского населения продолжает оставаться на высоком уровне и по своей социально-экономической значимости сохраняет свою актуальность. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется до 2 млн летальных исходов гепатитов включая цирроз и гепатоцеллюлярную карциному.[1,4] По числу регистрируемых случаев ВГА занимает третье место после ОРВИ и острых кишечных инфекций. По данным ВОЗ ежегодно в мире заражается и болеет вирусным гепатитом «А» (ВГА) около 1,5 млн. человек.

При оценке критериев тяжести гепатита, учитывают степень выраженности интоксикации, желтухи, размеры печени, развитие геморрагического синдрома, а также отечно-асцитического синдрома. Существует мнение [3,4], что преобладает острое начала болезни в средне-тяжелой форме болезни и регистрация тяжелых форм ВГА. Так тяжелые формы ВГА у детей в структуре острой печеночной энцефалопатии составляют 5,0%. Имеются данные, о положительной корреляции частоты тяжелых форм ВГА с частотой подъема заболеваемости этой инфекцией [2,3].

Цель работы: провести ретроспективный анализ течения тяжелой формы вирусного гепатита А у детей от 1 года до 14 лет, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ).

Материалы и методы исследования: Проведен анализ историй болезни 115 больных вирусным гепатитом А (ВГА) детей в возрасте от 1 года до 14 лет, госпитализированных в 2010-2014 гг. в РКИБ. Диагноз «ВГА тяжелой формы» устанавливали на основании клинико-эпидемиологических данных, результатов биохимических методов исследования, ИФА. Результаты наблюдения статистически обработаны с помощью программы SPSS.

Результаты и их обсуждения.

Под нашим наблюдением было 115 больных ВГА детей, у которых заболевание протекало в тяжелой форме. Из них у 108 (93,9%) детей диагностировался отечно-асцитический синдромом, который до настоящего времени не был описан, как характерный для ВГА признак тяжести.

Возрастная структура распределилась таким образом; дети от 1 года до 3-х лет – 25 (21,6%), от 4-х до 6 лет – 45 (39,2%) детей и в возрасте от 7 до 14 лет 45 (39,2%), т. е. преобладали дети дошкольного и школьного возраста.

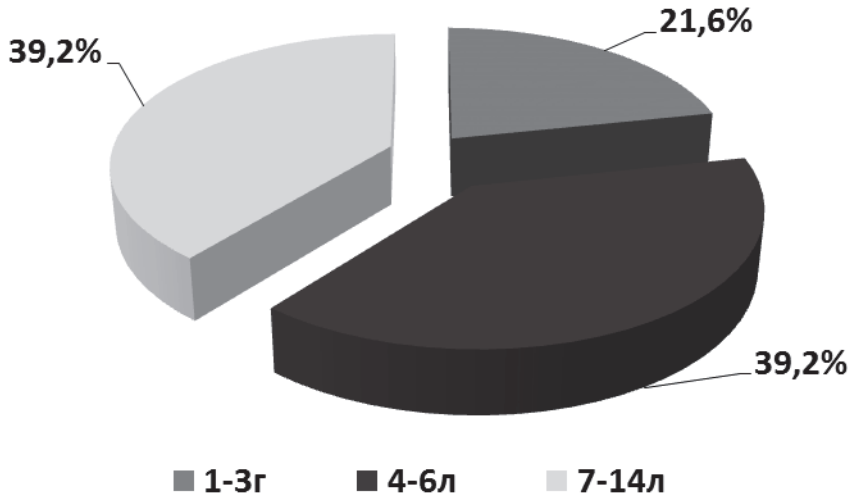


Рис. 1. Возрастная структура детей с тяжелой формой ВГА.

Каждый второй ребенок был из организованного коллектива, родители не работали, так как не имели постоянной работы. городских жителей было 51,3%. Из перенесенных заболеваний в анамнезе жизни у всех больных ВГА отмечали ОРИ, ОКИ в 43,5% случаев, пневмонию (7,8%), реже анемию (7,0%). При выяснении эпидемиологического анамнеза у каждого третьего ребенка удалось выявить контакт с больным ВГА (32,2%), дети чаще поступали в летне-осенний период года (Рис. 2).

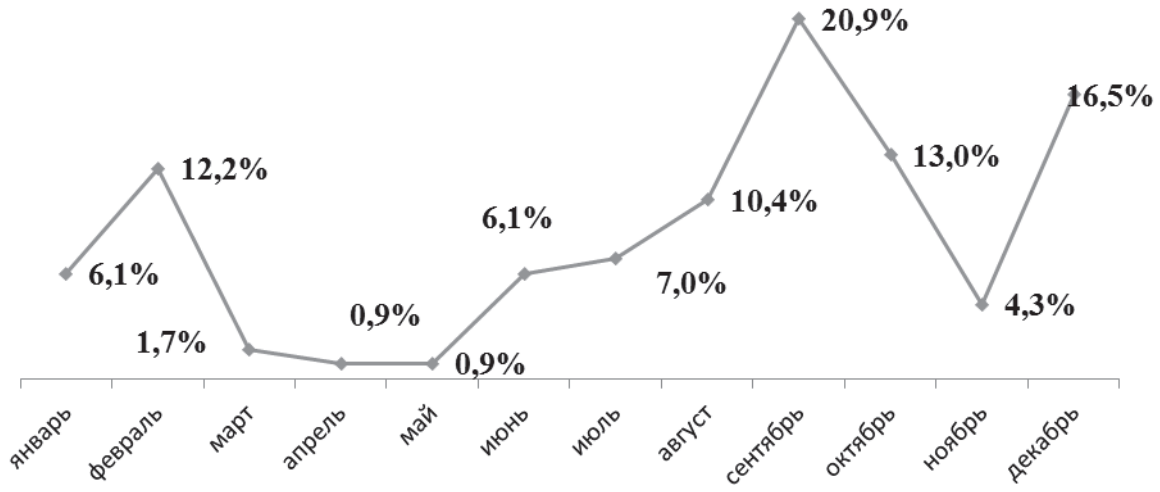


Рис. 2. Сезонность болезни у детей с тяжелой формой ВГА.

По направлению из ЦСМ поступили 42,6% больных, без направления - 47,0%, из других стационаров республики поступили 10,4% детей. Сразу в РИТ по тяжести состояния поступили 2 детей, а 4 детей были переведены в РИТ из гепатитных отделений после ухудшения состояния.

В преджелтушном периоде болезни поступили 7,0% детей, в желтушном периоде поступили 93,0% детей. До поступления в стационар 20,0% детей обращались в другие лечебные учреждения, где в 17,3% случаев были пролечены желчегонными препаратами с первых дней желтухи, что является ошибкой в ведении больного с ВГ. Заболевание начиналось остро с симптомами интоксикации, которые проявлялись умеренно в 33,3% случаев и резко выраженная интоксикация выявлена в 66,7% случаев. Повышение температуры тела выявлено у 64,3±4,4% детей, где у каждого третьего ребенка отмечался подъем температуры тела до 39^0С выше, у 32,2±4,3% больных - носовые кровотечения. Почти все родители, наблюдаемых детей (99,1%) отмечали нарушение общего самочувствия, дискомфорт ребенка, вялость, боли в животе, которые сохранялись в течение 5±2 дней. Рвота отмечалась у 88,7±2,9% детей, и начиналось еще до поступления в стационар. Сравнительная характеристика частоты симптомов болезни у детей различных возрастных групп ВГА выявило достоверное (P<0,05) различие только частоты и выраженности лихорадки с первых дней болезни у детей в группе 4-7 лет. У всех больных тяжелой формой ВГА было желтушное окрашивание склер, слизистых ротовой полости и кожных покровов, где в 7% случаев выявлена интенсивная желтуха. У 11,3% больных жаловались на зуд кожных покровов, что вероятно было связано с действием желчных кислот на рецепторы кожи. Длительность желтухи в возрастном аспекте не имело достоверных (P>0,05) отличий (10,9±3,6; 11,6±3,8; 10,4±3,4), (Рис. 2).

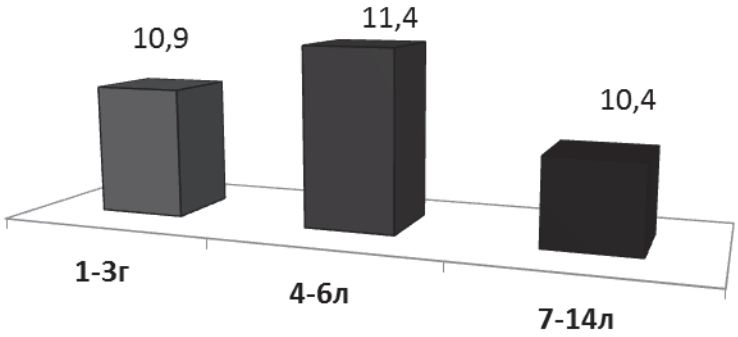


Рис. 3. Длительность желтушного периода у детей различных возрастных групп (дни).

Увеличение размеров печени отмечалось у 97,4±1,4% детей. При анализе размеров печени незначительное увеличение до 2 см было у 66,9% детей, умеренное увеличение до 3 см - у 16,6% и у 2,6% больных было до 4см ниже реберной дуги. Умеренная плотность печени определялась у 69,6% наблюдаемых детей, спленомегалия - у 8,7% больных.

Особенностью этой группы больных было наличие отечно-асцитического синдрома (93,9%), не характерного для традиционного течения ВГА. В большинстве случаев наличие асцита определяли при УЗИ, особенно при незначительном и умеренном выпоте жидкости в брюшной полости (91,3%), лишь в 8,7% случаев был выраженный асцит, который легко обнаруживали при объективном обследовании. При выраженном асците у больных одновременно определяли наличие жидкости в плевральной полости, при которой требовалось вмешательство хирургов (плевральная пункция), а также периферические отеки (на ногах, пастозность лица, рук). В 3,5% случаев наблюдали развитие ДВС синдрома, который способствовал летальному исходу в 1 случаи.

При анализе показателей лабораторных исследований выявлено увеличение билирубина в среднем до 122,3±33,4 мкмоль/л за счет повышения непрямой фракции билирубина – 46,8±12,4 мкмоль/л, снижение ПТИ до 68,5±9,8% и протромбинового времени (27,1±4,1 сек.). Один из лабораторных показателей критериев тяжести ВГА - ПТИ имел отрицательную корреляционную связь (r=-0,3) с выраженностью интоксикации.

Все больные с тяжелой формой болезни на фоне базисной терапии ВГА получали внутривенно дезинтоксикационную терапию, выписаны с рекомендацией повторного осмотра через 3-6 месяцев.

Выводы:

1.Вирусный гепатит А у детей может протекать не только в легкой, средне-тяжелой форме, но и в тяжелой форме (18,5%).

2.Критерием тяжести ВГА следует считать не только синдром интоксикации, выраженность желтухи, размеры печени, ДВС синдром, но также отечно-асцитический синдром, который в прежние года не был характерен для течения ВГА.

3.Необходимо изменить показания к госпитализации больных ВГА, а также сроки диспансерного наблюдения.

Литература:

1. **Васильев, К. Г.** Современная эпидемиология и парадоксы гепатита А. [Текст] / К. Г. Васильев, Е. В. Козишкурт // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2009. - №3. – С. 12 – 17.
2. **Игнатов, О. А.** Гепатит А: эпидемиология и профилактика [Текст] / О. А. Игнатов, Г. В. Ющенко, А. Н. Каира и др. // Санитарный врач. – 2011. - №10. – С. 22 – 34.
3. **Кареткина, Г.Н.,** Вирусный гепатит А: современные особенности клиники, диагностики и профилактики [Текст] / Г. Н. Кареткина // Лечащий врач. - 2010. - № 4. - С. 21 - 24.
4. **Либерова, Р. Н.** Анализ заболеваемости вирусным гепатитом А 1999-2003 [Текст] / Р. Н. Либерова, В. И. Резник, А. Ю. Савина // Дальневосточный Журнал инфекционной патологии. - 2004. - №5. - С. 16 - 20.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Насирдинова Ж.М.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме: В данной работе проведен проспективный и ретроспективный анализ 45 историй родов беременных женщин, с туберкулезом поступивших в Городской перинатальный центр с 2004-2017гг. Выявлено, что у 11,11% женщин диагноз туберкулеза был подтвержден в запущенной стадии заболевания. В анамнезе которых, туберкулезное заражение беременных женщин произошло в 1 триместре беременности. Заболевание протекало без выраженных клинических симптомов. Однако в послеродовом периоде произошло резкое ухудшение состояния, и у 4,44% родильниц исход был летальным.

Ключевые слова: туберкулез и беременность, постановка диагноза туберкулеза при беременности, исход беременности у женщин с туберкулезом.

КУРГАК УЧУК МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН КОШБОЙЛУУ АЯЛДАРДЫН ИЛДЕТИН АНЫКТООДОГУ КЫЙЫНЧЫЛЫКТАРЫ

Насирдинова Ж.М.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
№1-акушердик жана гинекология кафедрасы, Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду: Бул илимий иште 2004-2017 жж. Шаардык перинаталдык борборго келип түшкөн, 45 кургак учук менен жабыркаган кош бойлуу аялдардын төрөт тарыхтарын ретроспективдик жана проспективди кан ализи жүргүзүлдү. Алардын 11,11% кургак учуктун өткөөл оорабалында аныкталган. Бул аялдардын оору баянында кургак учук менен жабыркаганы кош бойлуулуктун 1- үчилигинде болгон. Илдет көрүнүктүү клиникалык белгилерди көрсөткөн жок. Бирок төрөттөн кийинки мезгилде дарылоо албагандан аялдардын ахыбалдары кескин түрдө начарлап кетти, жана алардын 4,44% леталдуу жыйынтык менен бүттү.

Негизги сөздөр: туберкулез жана кош бойлуулук, кош бойлуулукта кургак учукту аныктоо, кургак учук менен жабыркаган кош бойлуу аялдардын төрөт жыйынтыгы.

THE PROBLEM OF MADE DIAGNOSTICS OF THE TUBERCULOSIS IN PREGNANT WOMEN'S KYRGYZ REPUBLIC

Nasirdinova J.M.
I.K. Akhunbaev named Kyrgyz state medical academy
The #1 department of obstetrics and gynecology,
Bishkek, Kyrgyzstan

Summary: in this research work was dan analyzes the45 history labors in pregnant woman with tuberculosis which entered to the Municipal perinatal center duration 2004-2017years. Detected, that in 11,11% woman with tuberculosis was made diagnoses of the tuberculosis in the have stages. In anamneses which, the infected by tuberculosis was dan in the first trimester's of pregnancy. Thedisease was currentwithoutclearofclinicalsymptoms. But, in the post delivery times was critically worse of the conditionwoman'sfor the absent the adequately treatments, and in 4,44% woman the pregnancy finished by lethal outcome.

Key words: tuberculosis and pregnancy, made of diagnosis the tuberculosis during pregnancy, the outcome of pregnancy in women with tuberculosis.

Актуальность. В Кыргызстане частота материнской смертности остается высокой за последние десятилетия [1-3].В Кыргызской Республике на данный период времени реализуется утвержденная приказом МЗ КР. за № 315 от 2008 года, «Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008-2017 годы».В программе предусмотрена реализация целей Саммита Тысячелетия, где в составе 189 стран мира Кыргызстан подписал Декларацию тысячелетия по улучшению положения человечества во всем мире, по борьбе с ВИЧ и СПИДом, малярией и туберкулезом. В последние годыв мире отмечена тенденция к росту заболеваемости туберкулезом среди женщин. При этом наибольший риск заболеть туберкулёзом имеют женщины репродуктивного возраста. Туберкулёз беременных одна из тяжелых экстрагенитальных осложнений во время беременности. Выявление туберкулеза на фоне беременности представляет определенные сложности, так как беременность является относительным противопоказанием для выполнения ряда исследований, проводимых при подозрении на туберкулёз, также ранние симптомы туберкулёза маскируются под проявлением токсикоза беременных. Поэтому исследования в данной теме[4-13] не утратили, свою актуальность по настоящее время и занимает одно из ведущих мест во фтизиатрии, акушерстве и гинекологии, а также в педиатрии. Туберкулез у женщин репродуктивного возраста в Кыргызстане встречается по данным исследований Мамбетова Т.Б. (2013), [7] 140 случаев на 100 000 населения. Однако за последние десятилетия в отечественной литературе исследовательской работы посвященной туберкулезу при беременности встречается редко [12, 13]. Учитывая вышеизложенные данные **целью** настоящей работы явилось: изучить проблему диагностики туберкулеза, впервые возникшиепри данной беременности. Для выполнения цели работы задачами исследования были:

1. Изучить структуру клинических форм туберкулеза у беременных женщин, страдающих туберкулезом.
2. Изучить сроки беременности,при которых, впервые выявлен туберкулез и исход данной беременности.

Материалами и методами исследования были:

Для выполнения поставленных задач проводили анализ историй родов у беременных женщин, поступивших в Городской перинатальный центр(ГПЦ) (таблица №1).

1. 40 беременных женщин с физиологическим течением беременности, (апрель-июль месяцы 2015 г.)составили контрольную - I группу
2. 45 беременных женщин больных туберкулезом, (2004 – 2017гг.) вошли в основную - II группу.

У всех беременных женщин был проведен ретроспективный и проспективный анализ историй родов. В исследуемых группах применялись общепринятые методы клинико-лабораторных и инструментальных исследований, у больных туберкулезом рентгенографии органов грудной клетки, бактериальный посев мокроты и консультации фтизиатров.

Таблица1 - Характеристика исследуемых групп

№	Группы исследования	N	Средний Возраст беременных	Срок беременности
1	Контрольная (I)	40	27,3 ± 0,711	39,3 ± 0,212
2	Основная (II)	45	27,7 ± 0,717	38,2 ± 0,519

Для классификации туберкулёзного поражения органов у беременных мы придерживались рекомендаций ВОЗ (2005), и все туберкулезные поражения органов были разделены на следующие группы:

1. Легочная форма
2. Внелегочная форма
3. Легочные и внелегочные формы поражения
4. Большие и малые остаточные изменения (МОИ и БОИ)

Статистическая обработка полученных данных проводилась по стандарту, методом вариационной статистики, разницу средних величин оценивали по t- критерию Стьюдента и вероятности Р, с вычислением средних ошибок.

Женщины обеих групп были в сопоставимых сроках беременности и средний возраст исследуемых групп, не имел достоверной разницы.

Беременным женщинам с активной формой туберкулеза по согласованию было произведено в 2х случаях прерывание беременности по медицинским показаниям в сроках 23-25 недель беременности.

Результаты и их обсуждения. При анализе историй родов у 45х беременных женщин с туберкулёзом выявлено, что впервые туберкулезом при данной беременности заболели 27 беременных женщин, составив – 60% основной группы. В структуре заболеваний туберкулезом превалировала легочная форма туберкулеза. Легочная форма туберкулеза была диагностирована в 71,11% случаях (таблица 2), из них с бацилл выделением выявлено в 14 случаях (31,11 %).Всего внелегочная форма была в 5 случаях (11,11%). Среди внелегочных форм превалировал экссудативный плеврит 2 случая - 4,44%, по 1 случаю (2,22%) диагностированы милиарный туберкулез легких и сочетание туберкулезного менингоэнцефалита с милиарным туберкулезом в фазе инфильтрации.

Таблица 2. Распределение клинических форм туберкулёза во II группе.

№	Структура клинических форм Туберкулёза	n	%
I	Легочный	32	71,11
II	Внелегочный	5	11,11
III	Легочный ТБ в комбинации с внелегочным ТБ	3	6,66
IY	Малые и большие остаточные изменения	5	11,11
	Всего	45	100

Течение туберкулеза и беременности осложнилось в 2 х случаях (4,44%) кахексией: на фоне милиарного туберкулеза легких, фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, мозговой комы. При легочной форме туберкулеза была выделена группа диссеминированного туберкулеза легких (куда были отнесены и 2 случая милиарного туберкулёза легких), впервые выявленные в сроках 28-31 недель беременности, они составили 3 случая (6,66%) в общей структуре туберкулезного поражения. С момента постановки диагноза всем беременным проводилась специфическая терапия, начиная со 2 го триместра беременности по рекомендации ВОЗ по программе “Directlyobservedtreatmentshortcourse” (ДОТS), только в 2х случаях специфическая терапия не была проведена из-за категорического отказа беременных от лечения.

Беременные, перенесшие туберкулезное поражение органов и клинически излеченные, были отнесены в группу больших и малых остаточных изменений в 6 случаях (13,33%).

В основной группе в 27 случаях (60 %) туберкулез был диагностирован впервые при данной беременности в различных её сроках. Среди 27 беременных, с впервые выявленным туберкулезом, заболевание диагностировано в 15 случаях (55,55 %) в сроке 28-36 недель, в 9 случаях (33,33%) - в сроках 14-27 недель беременности, в 3 х случаях (11,11 %) – в сроках до 14 недель беременности. Трудности своевременного выявления и постановки диагноза туберкулеза почти во всех случаях были связаны с не выраженной клиникой болезни во втором триместребеременности и проявлением болезни схожей с симптомами токсикоза беременных, таких как: тошнота, рвота, слабость, быстрая

утомляемость в первом триместре. Соответственно не назначалась своевременно адекватной терапии. Однако с момента установления диагноза и назначением лечения по программе DOTS необходимо отметить, что в 35 случаях (77,77 %) доношенной беременности и в 6 случаях (13,33 %) преждевременных родов, удовлетворительное состояние рожденных детей в постнатальном периоде, так все дети были рождены без видимой патологии и уродств. В данный расчет не вошли 4 случая (2 случая прерывания по мед показаниям в сроках 22 - 25нед., 2 случая летального исхода). В то же время когда в одном случаи беременная отказалась от лечения смилиарным туберкулезом, с множественной лекарственно - устойчивой формой беременность закончилась летальным исходом в позднем послеродовом периоде. Во втором случаи из-за поздней диагностики в 34 недель беременности и быстрым ухудшением клиники с нарушением психического здоровья женщины, состояние ухудшилось до мозговой комы, женщина умерла до родов без родоразрешения в условиях Национального центра. В обоих случаях беременные заболели в I триместре беременности.Так летальность в основной группе составила – 4,44%. В течение беременности у женщин с туберкулезом в 36 х случаях (80%) была анемия различной степеней тяжести, в 2 х случаях (4,44%) сочеталась с преэклампсией легкой степени и гестационными отеками без протеинурии в одном случаи. Хронический пиелонефрит и гломерулонефрит сопровождали беременность в 5 случаях (11,11%), по одному случаю выявлены гепатоз беременных и с гепатит Cmin. активности(4,44 %).

Учитывая тяжесть и обширность поражения органов при туберкулёзе у беременныхво всех случаях с летальным исходом,можно констатировать позднюю обращаемость и трудность своевременной диагностики заболевания со стороны медицинского персонала первичного и вторичного звена.В свою очередь,отсутствие приверженности к терапии у больных туберкулезом и как следствие усугубление тяжести клиники туберкулёза, непосредственно привело к летальному исходу родов уженщин.

Выводы:

1. Легочная форма туберкулеза была диагностирована в 71,11% случаях, из них с выделением бацилл выявлено в 14 случаях (31,11 %) и в60 % случаев туберкулез был диагностирован впервые при данной беременности в различных её сроках;
2. В 55,55 % случаев туберкулез был диагностирован в сроках 28-36 недель, в 11,11% случаев в ранних сроках до 14 недель беременности, в 4,44% случаев которых, закончился летальным исходом,прерывание беременности были в 2х случаях (4,44%);
3. При назначении и приеме лекарств беременными по программе dots в 35 случаях (77,77%) срочных и в 6 случаях (13,33%) преждевременных родов, роды закончились рождением детей в удовлетворительном состоянии без видимых уродств и патологий и удовлетворительной адаптацией в постнатальном периоде.

Литература:

1. Болбачан О.А., Ишенкызы Г. Проблемы материнской смертности в Кыргызстане. // Медицина Кыргызстана – Бишкек. – 2012. – №4. – С27-28.
2. Василевский М.Г., Василевская Н.М., Ибраимова Д.Д. Эпидемиология материнской смертности. // Медицина Кыргызстана, - Бишкек. – 2013. №1. – С. 42-45.
3. Рыбалкина Л.Д. Программа снижения материнской смертности от позднихгестозов (ПГ) в Кыргызской Республике. – В кн.: Сб. науч. трудов. Вопросы акушерства и педиатрии. – Бишкек. – 1995. – 145с.
4. Зайков С.В. Беременность и туберкулез. //Медицинские аспекты здоровья женщины. – Винниц. – 2010. – №3(30).
5. Каюкова С.И. Взаимовлияние беременности, родов, послеродового периода и туберкулёза органов дыхания у женщин в условиях мегаполиса: дисс. … канд. мед.наук, - Москва, - 2005.– 148с.
6. Маисеенко Д.А., Егорова А.Т. Активный туберкулёз легких и беременность. // Здоровье Казахтана. – Астана, - 2014. - №11/31. – С.
7. Мамбетов К.Б. Особенности гормонального профиля и качество жизни у женщин репродуктивного возраста больных туберкулёзом легких: автореферат дисс. … канд. мед.наук. – Бишкек. – 2013. – 28с.
8. Мордык А.В., Пузырева Л.В., Валеева Г.А. Взаимовлияние туберкулёза и беременности: есть ли возможность преодолеть негативные тенденции? //Медицинский альманах. – № 4(39). – 2015. – С. 72-75.

9. Таимбетова Т. Беременность и туберкулез. Талдыкорган. – 2011.
10. Якимова А.В., Шкурупий В.А. Беременность и роды у больных туберкулёзом органов дыхания женщин: особенности развития и исход. //Акушерства и женскихъболъезней. – 2009. – Том LYIII. № 4. – С. 70-78.
11. Bergeron K.G., Bonebrake R.G., Gray C.J. Tuberculosis in pregnancy: current recommendations for screening and treatment in USA //Expert. Activ. Infect. Ther. - 2004. –N. 2(4). – P. 598.
12. Забировой Г.И. Влияние на потомство туберкулёзного процесса бактериальной терапии матери в период беременности (экспериментально-клинические данные): дисс. … канд. мед.наук, – Фрунзе, –1966. – 179с.
13. Ибраева А.А. Репродуктивная функция жительниц Кыргызстана больных туберкулезом: дисс. … канд. мед.наук, (14.01.01.) - Бишкек, - 2012. – 112с.

ОБРАБОТКА КУЛЬТИ ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ РАСШИРЕННОЙ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Кубанчбекова А.К., Саяков У.К., Лим Е.Ф.,
Ванинов А.С., Шамшиева Ж.Н.
Кафедра Онкологии КГМА им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Открытый метод дренирования культи влагалища после расширенной экстирпации матки, уменьшает количество послеоперационных осложнений, связанных с дренажными трубками, в разы сокращает проведенные количества койка дней.
Ключевые слова: экстирпация матки, дренаж, культя влагалища.

VAGINAL STUMP TREATMENTOF PATIENTS WITH CERVICAL CANCER AFTER HYSTERECTOMY (WERTHEIM OPERATION)

Kubanchbekova A.K., Sayakov U.K., Lim E.F.,
Vaninov A.S., Shamshieva Zh.N.

Resume: Drainage method of I.L.Braude after Wertheim operation decrease quantity of postoperative complications associated with drainage tubes and reduce thenumber of days spent in hospital.
Key words: Wertheim operation, drainage, vaginal stump.

Рак шейки матки является одной из наиболее распространенных злокачественных новообразований в структуре онкологической заболеваемости. По даннымВОЗ, рак шейки матки занимает 2 место по заболеваемости и смертности в структуре онкогинекологических злокачественных новообразований репродуктивной системы. В нашей стране РШМ является наиболее распространенной онкопатологией женских половых органов и занимает I место в структуре заболеваемости и смертности [1].

Лишь 10-12% всех случаев РШМ подвергаются оперативному вмешательству, так как проведение ее возможно только на начальных стадиях. Обязательным объемом оперативного вмешательства при РШМ Ia-IIa ст. является расширенная экстирпация матки с придатками или операция Вертгейма.

Данное оперативное вмешательство является одним из наиболее сложным в онкологии, сопряжено с рядом осложнений. Одним из основных этапов данной операции является лимфодиссекция, которая в последующем приводит к длительной лимфорее. Для оттока лимфы ранее нами использовался метод дренирования забрюшинных пространств через контрапертуру дренажными трубками в подвздошной области с обеих сторон [2].

Длительная экспозиция дренажных трубок, приводит к таким осложнениям как: воспаление в области дренажных трубок, повышения температуры тела, боли в области дренажей.

Внедренная нами в клинику “КафМедЦентр” методика дренирования через культю влагалища по методу Брауде и отсутствие перитонизации при расширенных экстирпациях матки, состоит в том, что

переднюю стенку влагалища сшивают с пузырно-маточной складкой, заднюю — с крестцовоматочными связками и прямокишечноматочной складкой. Этим достигают перитонизации обнажённых поверхностей мочевого пузыря и прямой кишки и гемостаз стенок влагалища (рис. 1,2). При таком способе боковые и паравагинальные забрюшинные пространства таза открываются во влагалище для оттока лимфы, крови или гноя. Используют рассасывающиеся нити (кетгут или викрил). Данная методика значительно улучшит течение послеоперационного периода, тем самым ускорит процесс реабилитации больных [3,4].

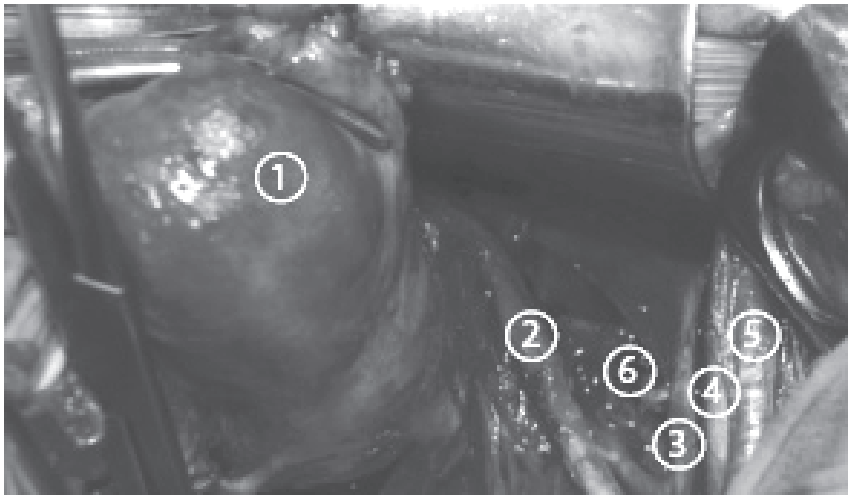


Рис. 1. Вид операционного поля во время выполнения нервосберегающей операции: 1 — матка; 2 — мочеточник; 3 — внутренняя подвздошная артерия; 4 — наружная подвздошная вена; 5 наружная подвздошная артерия; 6 — культя маточной артерии.

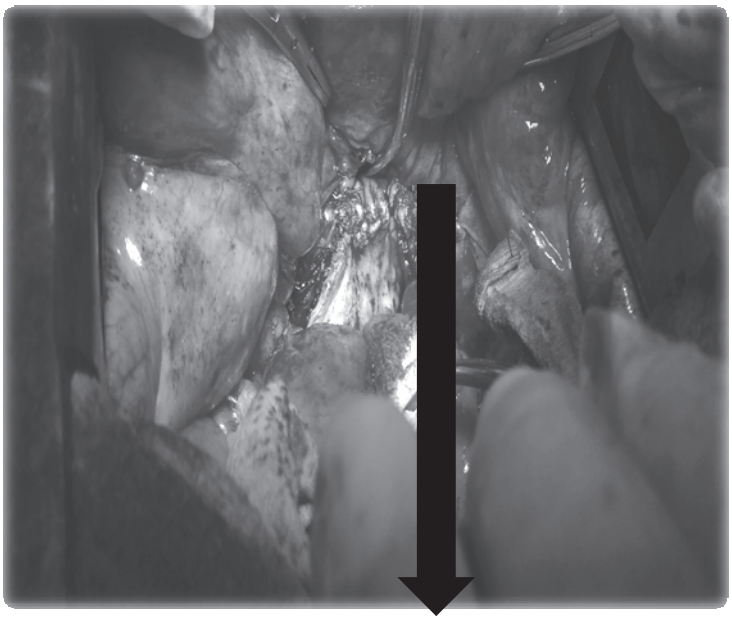


Рис. 2. Культя влагалища, дренированная бестампонным методом дренирования по Брауде.

Цель исследования: улучшить результаты лечения гинекологических больных, подвергшихся оперативному лечению в объеме расширенная экстирпация матки.

Задачи: Провести сравнительный анализ дренирования малого таза через контрапертуру в подвздошных областях и открытый метод дренирования по Брауде.

Материалы и методы исследования. Материалом для проведения нашего исследования послужили 150 больных, получивших хирургическое лечение в клинике “КафМедЦентр” с диагнозами рак шейки матки Ia-IIa ст. Из низ с Ia ст-50 человек(33,3%), с Iб ст- 30 человек (20%), со IIa ст-70 человек (46,6%).

Возрастные показателибольных от 35 до 65 лет. Количество пациентов от35 до 45 лет 35 человек (23,3%), от 46-до 55 лет 45 человек (30%), от 56-65 лет 70 человек (46,6%).

Основная группа пациентов, т.е. которым проводилось дренирование открытым методом по Брауде, составила 70 человек (46,6%). Контрольную группу пациентов, которым проводилось дренирование через контрапертуру дренажными трубками в подвздошных областях, составили 80 человек (53,3%).

При наблюдении за основной и контрольной группой, мы сравнили послеоперационное течение и осложнения последренирования. За все время наблюдение среди контрольной группы самыми частыми жалобами были боли в области дренажей и воспаление вокруг дренажных трубок, которые у основной группы пациенток отсутствовали, тем самым улучшая качество жизни в послеоперационный период.

Такое осложнение, как образование лимфокисты в послеоперационный период встречались в обеих группах, но в разных вариациях. В основной группе пациентов – у 2 пациентов (2,8%), в контрольной группе - у 12 пациентов (15%).

После удаления дренажей в подвздошных областях у контрольной группы пациентов оставались рубцы, которые отсутствовали у основной группы.

Была так же разница между основной и контрольной группой в количестве проведенных койка дней в стационаре. Среднее количество койка дней у основной группы длилось в среднем 7 дней, а у контрольной группы 14 дней. В последующем период реабилитации у основной группы длилось в течение 12 дней, у контрольной группы 15 дней.

У основной группы проявилось такое осложнение, которого не было у контрольной группы, как выпадение сальника через купол влагалища у двоих пациенток. Сальник был легко вправим шариком, в последующем выпадение не повторялось.

Результаты. Отличительной особенностью расширенной экстирпации матки с оставлением культи влагалища открытым по методу Брауде, по нашим наблюдениям:

1. Отсутствие послеоперационные осложнений как:
- воспаление вокруг дренажных трубок.
- реакция организма на дренажную трубку в виде повышения температуры тела до 38,5С.
- Болезненность в области дренажных трубок.
- Косметический эффект.
2. Быстрая социальная реабилитация.
3. Сокращает количество койка дней.
4. Экономический эффект: уменьшение стоимости лечения.

Литература:

1. Данные ВОЗwww.euro.who.int/reproductivehealth/
2. Комплексная профилактика рака шейки матки и борьба с ним www.who.int/reproductivehealth
3. “Исследования и практика в медицине”. “Research and practical journal”.“Скрининг рака шейки матки-нерешенные проблемы”. “ The cervical canser screening - insolved problems”. Каприн А.Д., Новикова Е.Г., ТрушинаО.И., Грецова О.П. ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России.том 2 №1.2015. С.36.
4. В.В. Кузнецов, А.И.Лебедев, К.Ю. Морхов, А.Н. Грицай. “Хирургия инвазивного рака шейки матки”. Российский Онкологический журнал им. Н,Н. Блохина РАМН, Москва. 2002. С.178-182.
5. Atlas of Pelvic surgery. “Radical Wertheim Hysterectomy with bilateral pelvic lymph node dissection and with extension of the vagina.”Clifford R. Wheeless, Jr.M.D., Marcella L. Roenneburg, M.D.
6. “Российский Онкологический журнал” ГБОУВПО Казанский Государственный Медицинский Университет Минздрава России, г.Казань; ГАУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан. Дренирование полости малого таза через забрюшинное пространство при операциях на органах малого таза. Ахметзянов Ф.Ш., Егоров В.И., Шайхутдинов Н.Т., Ахметзянова Ф.Ф., Ахметзянова А.Ф. №5. 2015. С.23-27.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ

Сопуев А.А.[1], Маматов Н.Н.[1], Талипов Н.О.[2], Туташев А.С.[2], Кудайбердиев З.К.[1]
[1]Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
[2]Национальный хирургический центр, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация: На основе анализа результатов диагностики и лечения острого аппендицита у 136-ти беременных женщин определены некоторые особенности течения этого острого хирургического заболевания при беременности. Применение современного диагностического алгоритма при подозрении на острый аппендицит у беременных улучшает качество диагностики и снижает количество диагностических ошибок.

Ключевые слова: беременность, острый аппендицит, диагностическая лапароскопия.

КОШ БОЙЛУУ АЯЛДАРДЫН КЕСКИН АППЕНДИЦИТТИНИН КЛИНИКАСЫНЫН ДИАГНОСТИКАСЫНЫН, ДАРЫЛООСУНУН ӨЗГӨЧҮЛҮКТӨРҮ

Сопуев А.А.[1], Маматов Н.Н.[1], Талипов Н.О.[2], Туташев А.С.[2], Кудайбердиев З.К.[1]
[1]И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
[2]Улуттук хирургия борбору, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Корутунду: 136 кош бойлуу аялдын кескин аппендицитинин диагностикасынын, дарылоосунун анализинин жыйынтыктарынын негизинде кош бойлуу мезгилде бул кескин хирургиялык дарттын өөрчүшүнүн айрым өзгөчүлтөрү аныкталды. Кош бойлуу аялдада кесип аппендицит шек туудурганда заманбап диагностикалык алгоритмди колдонуу диагностиканын сапатын жогорулатат жана диагностикалык катачылыктын санын төмөндөтөт.

Негизги создор: кош бойлуулук, кескин аппендицит, диагностикалык лапароскопия.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES AND THERAPEUTIC TACTICS IN ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANCY

Sopuev A.A.[1], Mamatov N.N.[1], Talipov N.O.[2], Tutashev A.S.[2], Kudaiberdiev Z.K.[1]
[1]I.K. Achunbaev Kyrgyz State Medical Akademy,
[2]National Surgery Center, Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: On the basis of the results of diagnostics and treatment of acute appendicitis by 136 pregnant women there were identified some characteristics of the course of acute surgical diseases during pregnancy. The use of modern diagnostic algorithm by assumption of the acute appendicitis by pregnant women improves the quality of diagnosis and reduce the number of diagnostic mistakes.

Keywords: pregnancy, acute appendicitis, diagnostic laparoscopy.

Введение. Одним из наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний у беременных является острый аппендицит, ошибки в диагностике и лечении которого представляют реальную угрозу жизни матери и плода. У беременных острый аппендицит развивается в 1,6 - 6,3% случаев. Деструктивные формы острого аппендицита чаще возникают в III триместре. При развитии заболевания во II триместре беременности исходы бывают хуже [1, 7].

В диагностике острого аппендицита у беременных определенное значение имеют результаты лабораторного анализа изменений в крови. Увеличение диагностической ценности общего анализа крови имеет место при корреляции количества лейкоцитов крови с частотой сердечных сокращений. Частота пульса выше 100 ударов в 1 мин в сочетании с лейкоцитозом более 12-14×109 /л, даже на фоне нормальной температуры, свидетельствует о тяжелом деструктивном аппендиците. Однако данная зависимость прослеживается не во всех случаях [2, 3, 4].

Изменение характерных черт клинической картины и снижение диагностической ценности симптомов острого аппендицита у беременных определяют важное значение применения дополнительных методов исследования для выявления данного заболевания [2, 3]. Одним из них является ультразвуковое исследование, обладающее более высокой информативностью и рациональной эффективностью применения [4]. Важным преимуществом ультразвукового обследования беременных с подозрением на острый аппендицит является возможность исключения другой хирургической и акушерско-гинекологической патологии (холецистит, панкреатит, перекрут кисты яичника, угроза выкидыша, отслойка плаценты) [3, 4].

В диагностике острого аппендицита немаловажное значение имеет лапароскопия. Полная визуализация червеобразного отростка при лапароскопии возможна в 85% наблюдений [2, 3, 4, 5]. Лапароскопия является эффективным методом дифференциальной диагностики острого аппендицита, особенно с острыми гинекологическими заболеваниями, холециститом, а также перфоративной язвой [4, 6, 7].

Целью настоящего исследования явилось уточнение некоторых особенностей клинической картины и оптимизация диагностики острого аппендицита у беременных.

Материал и методы исследования. Проведен анализ клинической картины и лечебно-диагностических мероприятий у 136-ти беременных, которые находились на лечении по поводу острого аппендицита в Национальном хирургическом центре МЗ КР (клиническая база кафедры госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии им. М.М. Мамакеева Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева).

Средний возраст женщин составил 24,78±1,53 года с индивидуальными колебаниями от 15 лет до 42 года.

Изучение экстрагенитальной патологии выявило отягощенный соматический анамнез у 42,16% беременных, однако ни в одном наблюдении тяжелая патология не установлена.

Обращает на себя внимание наличие хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (хронический холецистопанкреатит, хронический гастродуоденит, желчекаменная болезнь, дискинезия желчевыводящих путей, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). Частота встречаемости заболеваний желудочно-кишечного тракта составила 18,52%. Доля беременных с соматической патологией составила 42,2%.

Мы придерживались определенного алгоритм обследования беременных при поступлении в стационар с направительным диагнозом острый живот и/или острый аппендицит (Табл. 1).

Таблица 1 - Алгоритм обследования беременных с острым аппендицитом

1.Общеклиническое обследование	
1.1.	Осмотр акушера-гинеколога (целью осмотра в первую очередь было исключение острой акушерской патологии, а также выявление сопутствующей патологии беременных для проведения ранних лечебно-профилактических мероприятий).
1.2.	Осмотр хирурга (для подтверждения или исключения острого аппендицита, выработки дальнейшего плана дообследования, осмотр производится только ответственным хирургом).
1.3.	Осмотр уролога и других смежных специалистов (для проведения дифференциальной диагностики).
2.Ультразвуковая диагностика.	
2.1.	УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства
2.2.	УЗИ плода
2.3.	Допплерометрия брюшной полости
3. Диагностическая лапароскопия.	
Показание: невозможность исключить или подтвердить диагноз острого аппендицита другими методами в течение 2-4 часов.	
4. Оперативное вмешательство.	
4.2.	Ревизия органов брюшной полости
4.1.	Аппендэктомия
5. Гистологическое исследование червеобразного отростка.	

Результаты исследования и их обсуждение. При поступлении в приемном отделении все больные были консультированы акушером-гинекологом. Из них 89-ти (65,4%) беременным с

подтвержденным диагнозом «острый аппендицит» было произведено хирургическое вмешательство под ингаляционным эндотрахеальным наркозом. При сомнительной клинической картине заболевания больные наблюдались в течение 2-4 ч (47 больных, 34,6%). В период динамического наблюдения в ряде случаев больным вводили спазмолитики. При нарастании клинического подозрения на острый аппендицит в 18-ти (38,3%) случаях выполнили диагностическую лапароскопию с последующей конверсией для аппендэктомии по поводу острого флегмонозного воспаления червеобразного отростка. Это были больные в I триместре беременности. У остальных 29-ти (61,7%) беременных в процессе наблюдения диагноз «Острого аппендицита» был снят.

Клиническая картина острого аппендицита вариабельная и зависит от степени воспалительных изменений в стенке отростка, особенностей локализации аппендикса в брюшной полости. Учитывая особенности положения червеобразного отростка в I, II, III триместрах беременности, наличие опосредованного (вторичного) болевого синдрома связанного с гипермоторикой кишечника в условиях воспаления, а также сочетание болевого синдрома вследствие угрозы прерывания беременности с увеличением гестационного срока, отмечается снижение частоты классических симптомов острого аппендицита.

При анализе были полученные следующие данные: в I, II, III триместрах «классическая картина» наблюдалась в 13,1%, 9,3%, 1,6% соответственно; при катаральном аппендиците, хроническом и его обострении в 8,6% наблюдений имелась атипичная, стертая картина. При этом в 24,9% «классическая» картина наблюдалась при флегмонозной форме острого аппендицита.

При объективном исследовании болезненность в правой подвздошной области наблюдалась в 78,9%, при увеличении срока беременности частота встречаемости этого симптома снижалась.

Симптомы, которые связаны со сдавлением или смещением измененного отростка беременной маткой, распределяются следующим образом: симптом Ситковского - 60,5%, симптом Щеткина-Блюмберга - 62,2%, симптом Ровзинга - 57,3%), симптом Михельсона - 54,1%, симптом отраженных болей - 53,0% наблюдений. Выявлена общая тенденция к увеличению частоты данных симптомов в I триместре беременности и при флегмонозной форме острого аппендицита.

Выраженность клинических проявлений острого аппендицита зависит от срока гестации и его морфологической формы.

Обращает на себя внимание классический симптом Кохера-Волковича, при его выявлении в 100% случав при гистологическом исследовании подтверждается диагноз флегмонозной формы острого аппендицита

Однако нет прямой зависимости между патогистологическими изменениями в червеобразном отростке и выраженностью различных симптомов острого аппендицита, особенно у беременных.

Общие симптомы, которые встречаются при остром аппендиците, теряют свое диагностическое значение во время беременности.

В нашем исследовании тошнота встречалась в 52,97%, преимущественно в I триместре беременности (24,32%), рвота - в 22,7%, также с преобладанием в I триместре беременности (11,35%), и анорексия в I триместре была выявлена в: 76,21% наблюдений, во II триместре беременности - в 57,83%.

Наиболее сложна интерпретация указанных симптомов во второй половине беременности, так как такие симптомы, как боль в эпигастрии, тошнота, рвота, чаще свидетельствуют в пользу тяжелой формы гестоза.

Основное значение для дифференциальной диагностики этих патологических состояний имеет тщательное клинико-лабораторное обследование беременной, направленное на выявление патогномоничных симптомов гестоза.

Стертость, атипичность клинической картины, снижение диагностической ценности симптомов, характерных для острого аппендицита во время беременности, высокий процент аппендэктомий за счет катаральных форм определяют важное значение лабораторных и дополнительных высокотехнологичных методов исследования для выявления данного заболевания.

При лабораторных исследованиях у беременных при остром аппендиците определялись следующие изменения в клиническом анализе крови: лейкоцитоз, лейкоцитарный сдвиг влево, уменьшение количества базофилов и эозинофилов, лимфопения. Изменения общего количества лейкоцитов, степени лейкоцитарного сдвига в периферической крови, увеличение СОЭ, соответствовали выраженности деструктивных процессов в червеобразном отростке.

Необходимо отметить, что, какие бы ни были у беременной с подозрением на острый аппендицит изменения в лейкоформуле, оценивать ее нужно с известной осторожностью, постоянно сопоставляя клинические проявления заболевания с изменениями в лейкограмме.

Использование УЗИ при диагностике острого аппендицита у беременных значительно повышает процент правильных диагнозов.

УЗИ брюшной полостипозволило визуализировать воспалённый аппендикс в I триместре у 37,5%,во II триместре – 38,4% и в III триместре у -33,3% больных.

Выявлены достоверные и косвенные УЗ-признаки острого аппендицита у беременных.

Наиболее клинически значимыми УЗ-признаками являются так называемые достоверные признаки, когда толщина стенки червеобразного отростка составляет более 2 мм и диаметр червеобразного отростка составляет более 6 мм.

Достоверные УЗ-признаки выявлялись, в основном, при деструктивных формах острого аппендицита независимо от сроков беременности.

Косвенными УЗ-признаками острого аппендицита являются: утолщение стенок тонкого кишечника, атония кишечника, наличие уровня жидкости в просвете кишки.

Косвенные УЗ-признаки острого аппендицита у беременных не являются патогномоничными и специфичными признаками, так как встречаются и при других острых воспалительных заболеваниях брюшной полости, поэтому они имеют ограниченное диагностическое значение.

В группе беременных, которым сразу при поступлении в клинику был поставлен диагноз «Острый аппендицит» и произведено хирургическое вмешательство (89 больных), у 42-х (47,2%) больных был выявлен флегмонозный аппендицит, у 47-ми (52,8%) больных – катаральный.

Во всех случаях хирургическое вмешательство заканчивалось ушиванием раны наглухо. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Распределение встречаемости острого аппендицита в зависимости от периода беременности было следующим: I триместр – 49%; II триместр – 32%; III триместр – 19%.

У 47-ми (34,7%) больных на диагностическом этапе диагноз «Острого аппендицита» не подтвердился. На основании анализа результатов проведенных исследований, таких как УЗИ почек и желчного пузыря, биохимических анализов, общих анализов крови, динамики заболевания, амилазы сыворотки крови и мочи, выявлены другие заболевания в этой подгруппе больных: у 18 (37,3%) - кишечная колика, у 6 (12,8%) - холецистопанкреатит, у 18 (38,3%) почечная колика и у 6 (12,8%) острый панкреатит.

Заключение. Проведенные исследования позволили определить некоторые особенности острого аппендицита у беременных. Следует отметить, что наибольшее число беременных с предварительным диагнозом «острый аппендицит» поступает в клинику в I триместре беременности. На основании анализа результатов клинических, параклинических и лабораторных исследований диагноз «острого аппендицита» на фоне беременности в I и во II триместрах удаётся установить в 58,7 и 62,6% случаев, а в III триместре беременности эти показатели составляют 66,6%. Ни один из изученных клинических симптомов острого аппендицита при беременности не является патогномоничным.

Ультразвуковые методы исследования, позволяют улучшить результаты диагностики острого аппендицита на фоне беременности на 11,0%. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости при подозрении на острый аппендицит у беременных является скрининг-методом и должен применяться у всех больных.

Достоверным методом диагностики при подозрении на острый аппендицит у беременных является лапароскопия. Показанием для лапароскопии при подозрении на острый аппендицит у беременных являются: невозможность исключить или подтвердить диагноз острого аппендицита клиническими, лабораторными и УЗ-методами исследований в I и II триместрах беременности в течение 2-4 часов. Противопоказаниями являются: III триместр беременности и ранее перенесённые операции на органах брюшной полости и малого таза.

Применение этапов диагностического алгоритма при подозрении на острый аппендицит у беременных улучшает качество диагностики, снижает количество диагностических ошибок и время динамического наблюдения, тем самым позволяет своевременно выполнить оперативное вмешательство и снизить частоту прерываний беременности, после аппендэктомии.

Литература:

1. Appendicitis - A Collection of Essays from Around the World / Ed. by A. Lander. - Publisher: InTech, Chapters published, 2012. – 236 P.

2. Appendicitis during Pregnancy: The Clinical Experience of a Secondary Hospital / [Soo Jung Jung et al.] // J Korean Soc Coloprocto. – 2012. - №28 (3). – P. 152-159.

3. Case Report and Management of Suspected Acute Appendicitis in Pregnancy / [D. Murariu et al.] // Hawaii Med J. – 2011. - №70 (2). – P. 30-32.

4. Гумаров, Р.Ф. Совершенствование методов инструментальной диагностики в определении тактики лечения острого аппендицита у беременных: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Радий Фаридович Гумаров; Казан. гос. ун-т. − Казань, 2011. − 127 л.

5. Оценка эффективности интраоперационной мазевой профилактики спаечной болезни брюшной полости [Электронный ресурс] / [Н.Н. Маматов и др.] // Современные проблемы науки и образования. – М.: Изд-во «Академия Естествознания», 2013. – № 5. -. – Режим доступа: www.science-education.ru/111-10471, свободный. – Загл. с экрана.

6. Оценка эффективности мази левомеколь в профилактике спаечного процесса брюшной полости / [А.А. Сопуев и др.]. – Б.: Изд-во ОсОО "Кут Бер", 2014. – 93 с.

7. Самойлова, Ю.А. Клиника, диагностика, акушерская и хирургическая тактика у беременных с острым аппендицитом: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27; 14.00.01 / Юлия Алексеевна Самойлова; ММА. – М, 2007. – 205 С.

АНОМАЛИИ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ФАКТОР РИСКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Асанкулов Эрмек Кубанович, Субанов Дастан Муратбекович
Научный руководитель: к.м.н., доцент каф. Акушерства и гинекологии №1
Теппеева Т.Х.
КГМА им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

Актуальность

Аномалии прикрепления плаценты являются частой причиной такого грозного осложнения, как кровотечение в последовом периоде. Необходимо придать значение раннему выявлению данной патологии, чтобы свести к минимуму риск осложнений в последовом периоде.

Цель и задачи

Выявить частоту встречаемости аномалий прикрепления плаценты в ГПЦ №4. Изучить особенности течения беременности и исходы при данной патологии.

Материалы и методы исследования

В ходе исследования проводилось наблюдение за пациентками с аномалиями прикрепления плаценты, а также были изучены истории болезней всех пациенток ГПЦ №4 за 2016 год.

Результаты и обсуждения

Полученные результаты подтверждают, что аномалии прикрепления плаценты являются частой причиной возникновения кровотечения в последовом периоде. Из 107 пациенток с послеродовым кровотечением, 48 имели аномалии прикрепления плаценты.

Литература:

5. Баев О.Р. Аномалии прикрепления плаценты. -Акушерство и гинекология - 2009 - с.3-6

6. Курцер м., Бреслав И.Ю., Лукашина М.В. Истинное врастание плаценты. Консервативная терапия.-акушерство и гинекология - 2011 - с. 118-122

7. Тихоненко И.В., Барсуков А.Н., Пацеев С.В. Диагностика приращения плаценты. - Пренатальная диагностика- 2007 - с. 123-129

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕМАНГИОМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Д.А. Аматов, А.К. Мукашева, А.Н. Джамшитова
Национальный Центр Охраны Материнства и Детства
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра факультетской педиатрии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Анализ результатов клинического эффекта медикаментозного лечения гемангиомы В-адреноблокаторами у 122 детей раннего детского возраста.

Ключевые слова: гемангиома, В-адреноблокаторы, ранний детский возраст.

Актуальность. Инфантильная гемангиома является наиболее распространенной доброкачественной сосудистой опухолью. Пролиферативная фаза инфантильной гемангиомы обычно возникает в течение первого года жизни. Проявляется в течение первой или второй недели жизни и не позднее 12 недельного возраста. Наибольшая скорость роста опухоли наблюдается до 12 недель, после чего скорость уменьшается и обычно прекращается между 4 и 6 месяцами, могут расти до тех пор, пока пациент не достигнет возраста 2 лет, но впоследствии частично или полностью исчезают у 30% пациентов к 3 годам, 20% пациентов к 5 годам и 30- 40% пациентов к 9 годам. Однако эти поражения остаются неизменными у 10-20% пациентов. Активные методы лечения не только оказывают определенное терапевтическое воздействие, но и минимизируют психосоциальные расстройства, местных осложнений (кровотечение, изъязвления), летальные исходы (при локализации гемангиомы в тканях внутренних органов).

Пропранолол является первым препаратом для лечения тяжелых инфантильных гемангиом с 2008 года. Основная цель лечения пропранололом заключается в том, чтобы контролировать рост гемангиом и устранять нарушение функций жизненно важных органов. В лечении гемангиомы пропранолол обладает следующими эффектами: вазоконстрикцией, ингибированием ангиогенеза и индукцией апоптоза.

Цель исследования. Оценка состояния пациентов и безопасность применения β-адреноблокторов с конечным результатом их применения

Материал и методы исследования. Было взято 122 детей с поражением различной локализации и с разными размерами гемангиомы. В начале лечения фиксировали исходный вид гемангиомы вместе с областью поражения на фотоснимок и описывали локальный статус.

Пропранолол назначали в минимальной дозе 1 мг/кг/сут с учетом переносимости и эффекта действия препарата увеличивали дозу до 2 мг/кг/сут. Ежемесячно проводили мониторинг ЧСС на ЭКГ и уровня глюкозы в крови.

С исследования были исключены дети, не соблюдающие режим применения препарата и правила контрольного посещения.

Результаты исследования. Конечный результат оценивался, как частичная, или полная регрессия по следующим параметрам: по размеру поражения, яркости окраски, прекращению роста гемангиомы.

К 12-ой неделе наблюдалась частичная регрессия с изменением окраски, с уменьшением в размере и с прекращением роста.

К концу 6-го месяца лечения у некоторых отмечалась полная регрессия, у других частичная с изменением окраски от исходного красно-багрового до бледно-розового, с малой площадью относительно начального поражения, на уровне кожи, не возвышающееся над ней.

Состояние пациентов по мониторингу ЧСС на ЭКГ и уровня глюкозы в крови оставалось без изменений.

Выводы. Пропранолол является безопасным и эффективным для лечения инфантильных гемангиом, которые требуют вмешательства. Он должен быть остановлен в соответствующее время, индивидуальное для каждого. Тем не менее у большинство детей отмечается частичная регрессия, а их курс лечения должно быть дольше чем у детей с полной регрессией.

6. СЕКЦИЯ МОРФОЛОГИИ, ПОСВЯЩЕННАЯ 125-ЛЕТИЮ ПРОФ. Б.Ф. МАЛЫШЕВА

125 ЛЕТ ЗАСЛУЖЕННОМУ ДЕЯТЕЛЮ НАУКИ КИРГИЗСКОЙ ССР ПРОФЕССОРУ Б.Ф. МАЛЫШЕВУ

Белов Г.В., Сатылганов И.Ж., Давыдов В.Т.
Ошский государственный университет,
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева

Резюме. Авторы статьи сравнивают известные и малоизвестные факты из жизни профессора Малышева Бориса Федоровича анализируют и его вклад в развитие медицинской науки и образования в Кыргызстане.

Ключевые слова: Борис Федорович Малышев, история медицины, патологическая анатомия, КГМА

125 YEARS TO THE HONORED WORKER OF SCIENCE OF THE KYRGYZ SSR PROFESSOR B. F. MALYSHEV

Belov G. V., Satylganov I. Zh., Davydov V. T.
Osh state university,
Kyrgyz state medical academy of I. K. Akhunbayev

Abstract: Authors of article compare the known and little-known pages of a life story of professor Malyshev Boris Fedorovich and analyze his contribution to development of medical science and education in Kyrgyzstan.

Keywords: Boris Fedorovich Malyshev, medicine history, pathological anatomy, KGMA

В настоящее время в истории о жизни ученых, создавших науку в Кыргызстане, происходят два тренда изменений. С одной стороны забываются даже самые яркие фамилии. Так, например, несколько лет назад в Бишкеке переименовали улицу Баха, кто такой был этот А.Н. Бах, обычный горожанин или чиновник мэрии не знает. Напомним, академик Алексей Николаевич Бах один из самых именитых российских и советских ученых - Герой социалистического труда, Лауреат государственной премии СССР, президент Всесоюзного химического общества им. Д.И.Менделеева, депутат Верховного Совета СССР, директор института Биохимии АН СССР. Во время эвакуации в г. Фрунзе ему было под девяносто лет. Благодаря ему, в 1942 году состоялась первая защита докторской диссертации в Киргизии. Это был Илья Ильич Иванов – заведующий кафедрой химии Киргосмединститута, в последующем (1974) академик АМН СССР. А.Н. Бах один из трех академиков основателей Кыргызского филиала Академии наук СССР (1943), основатель института биохимии НАН КР. Весной этого года отмечается 160-летие со дня его рождения.

Печально, но при очередном ремонте фасадов исчезли памятные доски, барельефы на стенах институтов, относящиеся к памятникам истории, не говоря об исторических фотографиях и стендах на кафедрах, в НИИ, лабораториях. С другой стороны спустя 75 лет после интересующей нас эпохи, рассекречены многие архивы, созданы в интернете сайты, где можно найти нужную фамилию. И оказалось, что многие страницы жизни наших учителей и учителей наших учителей были замолчаны, вырваны, или вынуждено измены, или приукрашены.

Настоящая работа имела целью проанализировать вклад профессора Б.Ф. Малышева в становление медицинской науки и образования в Кыргызстане.

История жизни Бориса Федоровича Малышева сложна, хотя в публикациях 50-летней давности, как было положено в советской печати острые углы были сглажены и получился потрет большого ученого, но типичного труженика – строителя коммунизма [1, 2]. В настоящее время в интернете стали доступны выжимки из Государственного архива Российской Федерации, и мы попытались соединить официальную хронику 50-летней давности, новые интернет-данные и сведения известные нам по рассказам старожилов кафедры патологической анатомии.

Борис Федорович Малышев родился в 1892 году в г. Санкт-Петербург в дворянской семье. Предки их жалованы были поместьями в 1671 и других годах. Род Малышевых внесен в VI часть родословных книг Смоленской и Тверской губерний. Его отец Малышев Федор Степанович был крупным землевладельцем, банкиром-акционером, служил директором Департамента по торговле с иностранцами, являлся почетным гражданином г. Санкт-Петербург. Федор Малышев вел финансовые дела братьев Нобель, великих князей, и т.д. В молодости он был связан с Народовольцами, даже арестован, впоследствии материально помогал Михаилу Фроленко, Вере Фигнер, Николаю Морозову. Впоследствии отошел от революционной деятельности и занялся нефтяными делами на Каспии. В банке у него когда-то работал, близкий впоследствии Ленину, банкир Леонид Красин, благодаря чему после кратковременного ареста Дзержинским Федор Степанович смог продолжать работу в компании "АРКОС", торговал с Англией. В 1935-ом году Ежовым был сослан с семьей в Казахстан, где умер слепым.

Ф.С. Малышев также был известен как собиратель древностей: книг, картин, гравюр, (некоторые с оригинальными подписями Рембрандта, Дюрера). Для их хранения было выстроено имение Костроны [википедия, 8]. Имение было куплено Федором Степановичем Малышевым на приданное супруги Евдокии Александровны Смирновой (род Смирновых-Башкировых описан Мельниковым-Печерским и Горьким ("Дело Артамоновых") в 1904-ом году у О. Кучиной, двоюродной сестры А. Герцена. Сюда на лето приезжал гимназист Боря Малышев. Деревянное здание усадьбы сгорело в 1909 году (Федор Степанович в 1916 году построил каменную усадьбу для размещения своей коллекции, но перевести ее не успел, но наступила революция... Сейчас сохранились только развалины барского дома, конюшен и других построек (рис.1).

Судьба рода Малышевых достойна отдельного романа. Федор Степанович Малышев был одним из русских самородков, который пытался модернизировать Николаевскую Россию. Старший брат Александр Степанович был кораблестроителем, вице-адмиралом в тридцатых годах. Брат Алексей Степанович был ближайшим другом летчика П. Н. Нестерова: вместе разработали в 1913 году "мертвую петлю". В 1936 году оба брата были расстреляны. Наиболее интересны с исторической точки зрения воспоминания племянника Б.Ф. Малышева экс-президента Латвийской академии наук академика Яна Павловича Страдына. Мы, работая в 70-80 годах вместе с сыном Б.Ф. Малышевым Сергей Борисовичем – заведующим патологоанатомическим отделением Республиканской клинической больницы, не очень интересовались его семьей, а сам он был не многословен.

Б.Ф.Малышев в 1910 г. после окончания гимназии с золотой медалью поступает в Медико-хирургическую Академию, из которой за участие в забастовке был исключен после 2 курса. В 1913 г Борис Федорович поступает на 3 курс медицинского факультета Дерптского университета, который заканчивает с золотой медалью на немецком языке в 1915 году. В период учебы Борис Федорович успешно занимается научными исследованиями в области регенерации печени и патологии внутренних органов при холере. Работы эти опубликованы в Вирховском и Пфлюгеровском Архивах в Германии и до сего времени цитируются учеными всего мира как классические.

В 1915 году Борис Федорович добровольцем отправляется на фронт зауряд-врачом. В 1916 г. он попадает в плен к немцам. Ему удается бежать из Германии во Францию, затем он перебирается в Англию, из нее добирается до Греции и через Красный Крест Борис Федорович из г. Салоники возвращается в Россию. Добравшись до Харькова он устраивается приват-доцентом на кафедру патологии медицинского факультета Харьковского университета. По другим сведениям научную деятельность Борис Федорович продолжил под руководством проф. Г. С. Кулеша на кафедре патологической анатомии Ленинградского психоневрологического института [1]. Здесь он выполнил первые научные работы по патологической анатомии гриппа и холеры, одновременно вел и педагогическую работу. В 1918 г. — при призыве в РККА скрывался четыре месяца. В 1919 — под Царицыным перешел на сторону белых и служил врачом в армии Врангеля (в ранее опубликованных статьях говорится, что он служил в Красной Армии с 1918 по 1922 год). В начале двадцатых годов Борис Федорович работал в прозектуре Обуховской больницы для бездомных, заведовал прозекторским отделением клинической больницы «В память 25 октября» (1924—1935), одновременно работая ассистентом, потом доцентом кафедры патологической анатомии Государственного института медицинских знаний в г. Ленинграде (2 Ленинградского медицинского института) вместе с видными патологоанатомами профессорами Г.С. Кулешом, Ф.Ф. Сысоевым и С. С. Вайлем. Здесь он женится на Поповой (Малышевой) Наталье Сергеевне, также дворянке и коллеге, работавшей в то время консультантом здравотдела в Ленинграде. За это время продолжает активно публиковаться в

Вирховском архиве и других немецких медицинских журналах, становится широко известным в кругах научной общественности в стране и за рубежом.

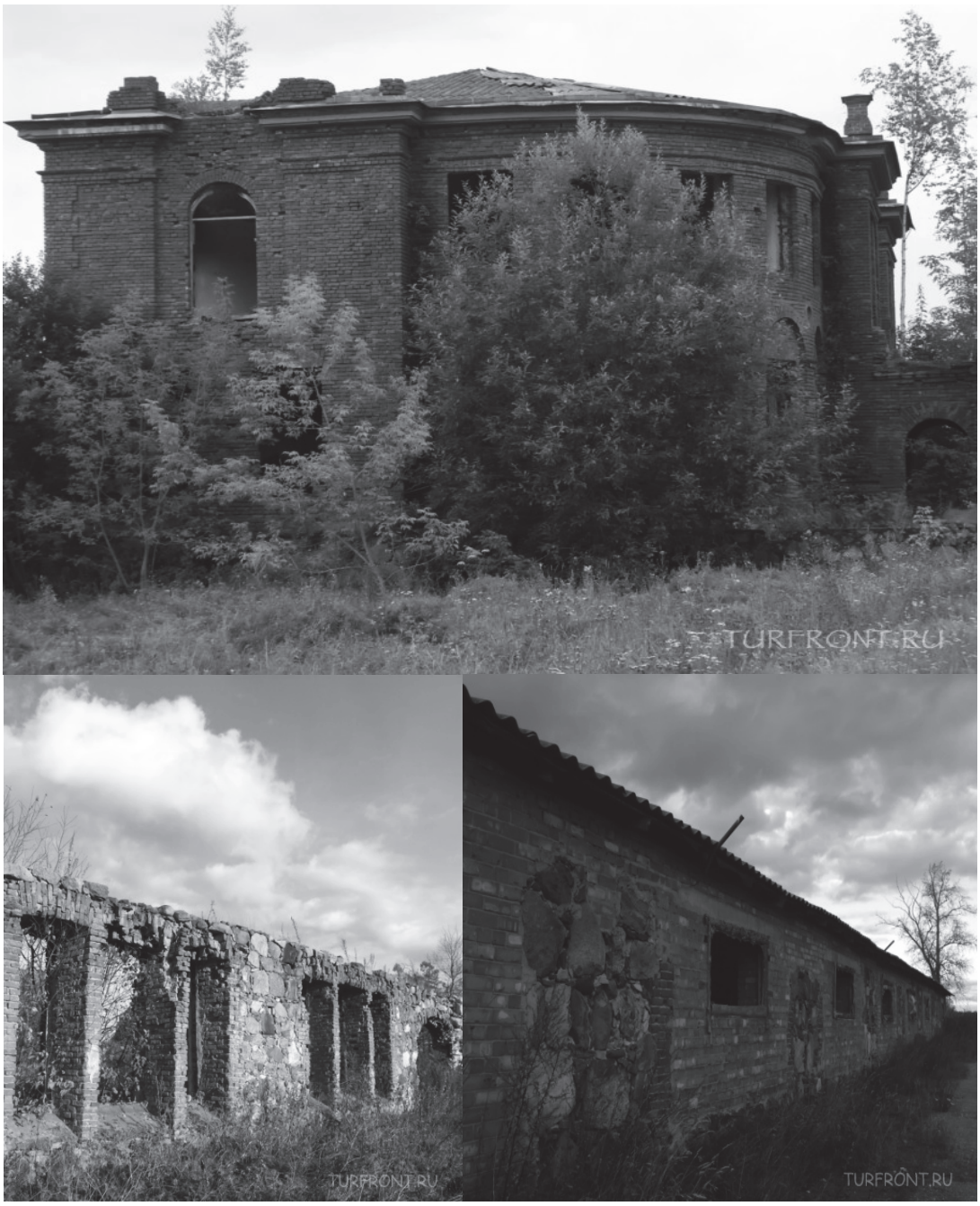


Рисунок 1 – каменные развалины барского дома.

Приведем лишь несколько научных работ опубликованных им до высылки из Ленинграда:

- Malyshev B.Ph. Einige histologische Beobachtugen ant isolierten Kauninchenohye // Virchow's Archive. -. 1926. B.259.
- Malyshev B.Ph. Weber die Role den Kupfferschen Zellen ber asseptischen Entzündung der Leber // Beitrag Z. allg. Path. U Z. Path. An. 1927. 78.
- Malyshev B.Ph. Weber die Reaktion der Endothels der Art carotis der Kauninchens bei doppelten unterbindung // Virchow's Archive. -. 1929. B.272.
- Malyshev B.Ph. Weber die Hematopoese beim Axsolote nach Entfernung der Randzoneder Leber // Zieglers Reitr zun allg. Path. 1930.

- Мылышев Б.Ф., Аничков, Шор, Вайль, Мандельштам, Шабад. Обзор секционного материала г.Ленинграда за 1934 год // Архив патологи. Т.1. 1935.
- Малышев Б.Ф., Вайль, Шор, Чистович. Сличение клинических и анатомических диагнозов по материалам 4-х больниц г. Ленинграда // Врачебная газета. 1935.
- 5 экспериментальных работ по спец. заданию Ленгорздравотдела.

В 1935 году по совокупности опубликованных научных работ и за заслуги перед наукой Борису Федоровичу присваивают ученую степень кандидата медицинских наук “gonoris causa” без защиты диссертации.

В тот же год после убийства С.М. Кирова Б.Ф. Малышева вместе с отцом, матерью и женой высылают из Ленинграда в село Атбасар Карагандинской области, в так называемый «Карлаг». В 1937 г его переводят в г.Уральск, а затем в г.Астрахань, где ему поручают организовать кафедру патологической анатомии в организующемся медицинском институте. После организации кафедры Бориса Федоровича вновь высылают в г. Уральск. В 1938 г. его переводят в г. Алма-Ата, где ему была предоставлена кафедра патологической анатомии, которой он заведовал в течение года, читая лекции и проводя практические занятия.

Удивительно, но в этих экстремальных условиях Борис Федорович постоянно занимался научной работой. Может быть из-за своих научных работ он был вызволен из Карлага, ведь многие интеллигенты только за свое происхождение получали десять, двадцать лет тюрьмы и не смогли выжить в каторжных условиях или были расстреляны.

В 1939 г. Малышева высылают в г. Фрунзе, где он впервые в Республике организует патологоанатомическую и судебно-медицинскую службы. До 1940 года в городе Фрунзе прозекторская работа не велась, патологоанатомические вскрытия проводись спорадически судебно-медицинскими экспертами. В 1940 году Б.Ф. Малышевым была организована прозектура Фрунзенской горбольницы с патогистологичекой лабораторией, налажены гистологические исследования биопсий и секционного материала городских лечебных учреждений. Летом 1941 года в самом начале войны ему поручили организовать кафедру патологической анатомии. В кратчайшие сроки (два месяца) организована прозекторская, учебная комната, патолого-гистологическая лаборатория, фотолаборатория, приобретены 14 микроскопов, микротом, лабораторная посуда, реактивы – всего на 20 тысяч рублей. Б.Ф.Малышев сам взялся за изготовление макропрепаратов и микропрепаратов, к началу учебного года были изготовлены 500 микропрепаратов и 180 макропрепаратов. Часть макропрепаратов изготовленных тогда Б.Ф. Малышевым до сих пор хранится на кафедре без реставрации и используется в учебном процессе. Первых помощников он получил лишь в ноябре 1941 года, когда ассистентами кафедры были зачислены патофизиолог доктор мед. наук С.И. Франкштейн, эвакуированный из Москвы, ранее работавший в институте экспериментальной медицины у академика Сперанского, и профессор И.М. Пейсахович, заведующий кафедрой патологической анатомии анатомии Харьковского стоматологического института. В военные годы С.Ф. Малышев утверждается в должности главного патологоанатома Минздрава республики и занимается развертыванием патологоанатомической службы, патогистологические лаборатории организованы при госпитале инвалидов Отечественной войны, при объединённой больнице №1. В послевоенные годы патологоанатомические отделения открываются в городах Ош, Пржевальск, Джалал-Абад, Нарын, Кызыл-Кия, Токмок, в селах Атбаши и Калининском. Сотрудники кафедры во главе с профессором Малышевым ежегодно выезжают в регионы, где оказывают соответствующую оргпомощь в совершенствовании прозекторского дела. Одновременно профессор Малышев выполнял ряд общественных нагрузок: был председателем Киргизского общества патологоанатомов, почетным членом Всесоюзного общества патологоанатомов.

Необходимо отметить необыкновенно глубокие и обширные знания Бориса Федоровича и его удивительную работоспособность. Зоб, силикоз, эхинококк, туберкулез, новообразования, заболевания сердечно-сосудистой системы, инфекционные болезни, гинекологические заболевания, болезни крови, нервной системы, костная патология и др. — таков диапазон патологоанатомических исследований Б. Ф. Малышева. Кроме патологии человека он был сильнейшим специалистом в области болезней животных.

Главная заслуга профессора Б.Ф.Малышева – это подготовка научных кадров. Он был научным консультантом докторских диссертаций И.К. Ахунбаева (1948), А.Л. Брудного (1951), И.С. Авессаломова, Панкратова, Полковникова (1952), Ф.М. Дановича (1957), З.И. Игембердиева (1959), И.Н.Канторович (1961), Е.А. Стегайло (1962), Г.А. Гудзовского (1964), В.М. Перелыгина (1964), Е.А. Френкель (1967). Среди его учеников академик К.Р. Рыскулова, профессора И.Т. Калюжный, М.И. Китаев, А.А Ильин, Б.С. Мамбеталиев и многих-многих другие.

Рисунок 2 - Профессор Малышев Б.Ф. во дворе 2 корпуса КГМИ. 1963 г.

Борис Федорович Малышев подготовил в двадцатом веке больше всего учеников докторов и кандидатов наук. Сейчас в век компьютеризации может кто-то побить его рекорд, но он останется на всегда как человек создавший элиту ученых медиков Кыргызстана.

Может кто-то подумает, что Б.Ф. Малышев выполнял отдельные морфологические главы как иллюстрации к уже готовым диссертациям. Нет он был вдохновителем и организатором научных работ по самым важным на тот момент медицинских проблем. По воспоминаниям наших учителей он был сильнейшим клиницистом. На планерках, клинических конференциях РКБ, где заведующими отделениями были известнейшие профессора Мирон Ефимович Вольский, Абрам Львович Брудный, Иса Коноевич Ахунбаев, Борис Фабианович Шаган, Борис Семенович Ябленник и другие, очень весомый голос имел Борис Федорович Малышев

Бориса Федоровича характеризовали такие замечательные черты русской интеллигенции, как бесконечная доброта и стремление помочь каждому человеку, кто бы он ни был. В его кабинет никогда не закрывалась дверь. Большая эрудиция ученого и личное обаяние влекли к Борису Федоровичу многочисленных научных работников, не только медиков, но и биологов, агрономов, ветеринаров и т. д.

Реабилитирован Борис Федорович был в 1965 г. Народ и правительство оценили его заслуги в науке и обществе. Ему (бывшему дворянину и белогвардейцу) в 1961 году был вручен орден Ленина, присвоено звание «Заслуженного деятеля науки Киргизии». Постановлением Совета Министров Республики решено присвоить имя Малышева Б.Ф. кафедре патологической анатомии КГМИ и установить на здании второго корпуса мединститута на улице Логвиненко 18 мемориальную доску с барельефом Бориса Федоровича Малышева. Барельеф выполнила заслуженный художник Киргизской республики Ольга Максимильяновна Мануйлова. К сожалению, память человеческая коротка. Около 10 лет назад при ремонте второго корпуса КГМА барельеф Бориса Федоровича Малышева – памятник истории был снят и утерян.

Используемые литературные и архивные источники:

1. Борис Федорович Малышев (к 70-летию со дня рождения) // Архив патологии, 1962. -№4. С. 94-95)

2. Борис Федорович Малышев (к семидесятилетию со дня рождения) // Советское здравоохранение Киргизии. 1962.-№4.- С.63-64.

3. ГАРФ. Ф. Р-8409. Оп.1: Д. 1298. С. 107-113; Д. 1484. С.243.

4. Полный список дворянских родов Российской Империи http://dvorianstvo.org/polnyj-spisok-dvoryanskix-rodov-rossijskoj-imperii

5. Ян Страдынь. Имение Кострони: история и судьбы. // С рюкзаком по стране. На русском фронте дикого туризма. http://turfront.ru/pub-171

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ НЕСОВМЕСТИМОЙ С ЖИЗНЬЮ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ (СЕКЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Джанболотов С.Т.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.
Кафедра судебной медицины и правоведения.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Статья посвящена изучению морфофункционального состояния надпочечников мужчин, погибших от несовместимой с жизнью механической травмы. На 23 случаях секционного материала с использованием морфологического, морфометрического исследования надпочечников выявлены весовые параметры и морфологические и морфометрические показатели различных зон коркового вещества. Установлено, что весовые параметры контралатеральных надпочечников, площади ядер клубочковой, пучковой и сетчатой зон коркового вещества правого и левого надпочечников не имеют значительных статистических различий, что позволяет использовать смерть от несовместимой с жизнью травмы в качестве «исходного» при выполнении научного исследования.

Ключевые слова. Надпочечник, несовместимая с жизнью травма, корковое, мозговое вещество, клубочковая, пучковая, сетчатая зона, параметры.

КЫРСЫКТУУ МУРТ ОЛУМДОН КАЗА БОЛГОНДОРДУН БОЙРОК БЕЗИНИН МОРФО-ФУНКЦИОНАЛДЫК ОЗГОРУУСУ

Джанболотов С.Т.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз малекеттик медициналык академиясы.
Соттук медицина жана укук кафедрасы.
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макала кырсыктан мурт каза болгон 23 эркектин бойрок безинин мрфологиялык, морфометриялык озгоруулоруно арналган. Изилдоонун негизинде он жана сол бойрок бездеринин морфологиялык жана морфометриялык озгоруулору аныкталды. Алардын ичинде он жана сол бойрок безинин салмактары салыштырмалуу коп айырмаланбайт. Ошондой эле клубок, пучок, сетка зоналарындагы жана бездин мээче катмарындагы клеткалардын параметрлери, кандуусу анчалык айырмада болбойт. Ошондуктан кырсыктан мурт каза болгондордун бойрок безин изилдоодо салыштырмалуу «контроль» катары колдонууга болот.

Негизги создор. Бойрок бези, кырсыктуу мурт олум, кыртыш жана мээче катмар, салыштырмалуу параметр.

MORFOFUNCTIONAL CHARACTERISTIC ADRENAL GLANDS BY INCOMPATIBLE WITH LIFE MECHANICAL INJURY (POST-MORTEM EXAMINATION)

Dzhanbolotov S.T.
Kyrgyz State Medical Academy I.K. Ahynbaeva.
Department of Forensic Medicine and Law,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This article dedicated analysis morfofunctional condition adrenal glands male, who died from incompatible with life mechanical injury. 23 cases of sectional materials using morphological, morphmetric analysis of adrenal glands revealed weight perameters and morphometric characteristics of different zones of the cortical substance.

It is established that the weight parameters of the contralateral adrenal, the area of the nuclei of the glomerular, fascicular and reticular zones of the cortical substance of the right and left adrenal glands do not have significant statistical differences, allowing you to use death from incompatible with life injury in the capacity « initial» in the realization research study.

Key words. Adrenal, incompatible with life injury, cortical, medullar substance, glomerular, fascicular, reticular zones, parameters.

Актуальность. Экстремальные факторы как эндогенного, так и экзогенного характера вызывают значительную структурно-функциональную перестройку органов и тканей, обусловленную развитием генерализованного адаптационного синдрома и специфическими, свойственными для каждого конкретного воздействия, адаптивно-компенсаторными реакциями [2].

Морфологические параметры в большинстве случаев достаточно точно отражают функциональное состояние органов и систем и усиление функциональной нагрузки сопровождается увеличением объема ткани и (или) составляющих ее клеток [9]. В формирование стресс-индуцированной реакции практически немедленно вовлекается гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система, подвергаясь структурно-функциональным перестройкам [8].

Выраженность изменений, возникающих в ответ на действие раздражающего фактора, зависит от его силы и продолжительности. Одним из ведущих и чрезвычайно лабильных звеньев нейроэндокринной системы являются надпочечники [5]. Ведущая роль надпочечников в развитии и регуляции комплекса адаптивных и компенсаторно-приспособительных реакций делает особенно актуальной задачу изучения зависимости ответной реакции надпочечника от продолжительности воздействия.

Несовместимая с жизнью черепно-мозговая и механические травмы, приводящая к смерти в ближайшие минуты без агонального периода, позволяет рассматривать морфофункциональное состояние органов в качестве «исходного», т.к. не сопровождается развитием структурных изменений вызванных самим процессом умирания [10]. Особенно это касается высоко реактивного органа как надпочечник, позволяя использовать их в качестве контроля.

Цель. Изучение морфофункционального состояния надпочечников при несовместимой с жизнью черепно-мозговой и механической травме в качестве контроля при изучении надпочечников при завершенных суицидах от механической асфиксии.

Материал и методы исследования. Объектом исследования служили надпочечники 23 мужчин, погибших от несовместимой с жизнью механической травмы (открытая и закрытая черепно-мозговая травма, несовместимые с жизнью повреждения органов грудной и брюшной полостей). Выбор данной причины смерти определяется ее относительной частотой в структуре насильственной смерти [6,4,7,3].

Выбор мужчин для исследования был обусловлен большой устойчивостью гормонального фона, что позволяло исключить вероятные искажения полученных результатов, связанных с половыми различиями. Исследовались надпочечники умерших лиц в возрасте 26 до 55 лет, что исключает онтогенетически обусловленные различия морфометрических параметров надпочечников [1].

Были использованы секционный, морфологический, морфометрический, статистический и аналитический методы исследований.

Для гистологического исследования взяты фрагменты из средней части надпочечников, на которых имелись в наличии все зоны коркового вещества и мозговое вещество. Препараты окрашивались гематоксилин-эозином, суданом. Препараты изучались микроскопом XCZ-107T под увеличением х120 и х400.

Результаты исследований. Весовые параметры надпочечников при смерти мужчин от несовместимой с жизнью травмы приведены в табл.1

Из таблицы видно, что масса левого и правого надпочечников, а также масса коркового и мозгового вещества контрлатеральных надпочечников у лиц, погибших от несовместимой с жизнью травмы без агонального периода статистически значимо не различаются.

Капсула обоих надпочечников в 32% случаев имеет участки фиброза с выраженной в различной степени очаговой инфильтрацией лимфоцитами и фибробластами, а в отдельных случаях встречаются и плазмоциты. От капсулы в корковое вещество идут многочисленные тонкие прослойки соединительной ткани. В левом надпочечнике очаговая мононуклеарная, преимущественно лимфоцитарная инфильтрация в 19% случаев отмечается в клубочковой зоне, в клубочковой зоне правого надпочечника подобная инфильтрация отмечается в 34% случаев. В остальных зонах коркового вещества и в мозговом веществе обоих надпочечников чаще имеет место слабо выраженная диффузная лимфоцитарная инфильтрация без очаговых скоплений.

Одним из самых нестабильных показателей, варьирующим от слабого с малым количеством крови в синусоидах глубоких отделов пучковой зоны, сетчатой зоны и мозгового вещества до резко выраженного в сосудах капсулы, клубочковой, пучковой, сетчатой зон и мозгового вещества надпочечника является степень кровенаполнения. Причем степень выраженности кровенаполнения аналогичных зон левого и правого надпочечников практически не различается.

Таблица 1 - Весовые параметры надпочечников мужчин при смерти от несовместимой с жизнью механической травмы

Параметр	Величина параметра М+Т.	Р
Масса левого НП	5,19±0,21	Р= 0,81
Масса правого НП	5,16± 0,18	
Суммарная масса НП	10,35± 0,39	
Масса КВ левого НП	4,52 ± 0,21	p^*=0,75
Масса КВ правого НП	4,49± 0,17	
Суммарная масса КВ	9,01±0,38	
Масса МВ левого НП	0,66± 0,06	p^*=0,91
Масса МВ правого НП	0,68± 0,06	
Суммарная масса МВ	1,34±0,12	
Отношение КВ/МВ слева	7,67± 0,71	p^*=0,43
Отношение КВ/МВ справа	8,11±1,03	
Отношение КВ/МВ общее	7,73± 0,66	

Окраска препаратов суданом III показала, что наиболее нагружены липидами адренокортикоциты, расположенные в клубочковой и пучковой зоне. Их цитоплазма приобретает однородный черный цвет, приводя в отдельных случаях к стиранию различимой границы между клубочковой и пучковой зонами. В обоих надпочечниках насыщения липидами центральных и внутренних отделов пучковой зоны уменьшается при увеличении ее кровенаполнения. В адренокортикоцитах пучковой и сетчатой зон цитоплазма содержит малое количество равномерно распространенных по цитоплазме пылевидных вкраплений липидов, в единичных случаях, помимо пылевидных включений, содержит несколько крупных липидных капель. Сетчатая зона от других зон отличается присутствием в цитоплазме адренокортикоцитов пигмента липофусцина. Для клеток мозгового вещества характерна выраженная базофилия цитоплазмы с небольшим количеством мелких вакуолей. Ядра адреналоцитов обычно нормохромны с полупрозрачной кариоплазмой. Все регистрируемые морфологические параметры функционального состояния мозгового вещества характеризуются высокой вариабельностью и отсутствием статистически значимых различий в левом и правом надпочечниках.

Морфометрические показатели ядер клеток зон коркового вещества отражены в таблице 2.

Таблица 2 - Морфометрические параметры ядер коры надпочечников мужчин при несовместимой с жизнью механической травме

Зона коркового вещества.	Средняя площадь ядер зоны ЛН мкм2 м+m	Коэффициент вариабельности площади ядер зоны ЛН . % М±Т	Средняя площадь ядер зоны ПН мкм2 М±Т.	Коэффициент вариабельности площади ядер зоны ПН % М±Т
Клубочковая	21,12±0,66	20,33±1,01	23,11±0,59p^{**}=0,05	19,29±1,44
Пучковая	31,45±10,56	19,70±0,95	32,12±0,68	21,24±1,46
Сетчатая	29,3±11,74	19,57±0,99	31,66±0,76	22,04±1,93

Из таблицы видно, что статистически значимых различий в площади ядер клубочковой , пучковой и сетчатой зон коркового вещества правого и левого надпочечников не имеется.

Таким образом, отсутствие значительных различий в параметрах (масса, степень кровенаполнения, содержание липидов , морфометрия ядер клеток)в различных зонах коркового вещества и мозговом веществе при смерти мужчин от несовместимой с жизнью механической травме, дают основание использовать эти причины смерти как «исходные» данные для оценки морфофункционального состояния надпочечников при механической асфиксии-завершенных суицидах.

Литература:

1. Алябьев В.Д. Падеров Ю.М. Асимметрия морфометрических показателей надпочечников человека в различных возрастных группах // Морфология. –Т. 125.-№2. -2004- С. 61-64.

2. Колдышева Е.В. Ультраструктурные эквиваленты адаптивной реорганизации коры надпочечников при действии экстремальных факторов // Бюллетень СО РАМН. 2008.- с. 139-144.
3. Лобан И.Е Основные тенденции динамики насильственной смерти в Ленинградской области в 1992-2006 гг. и прогнозирование уровня смертности. // Судмедэкспертиза., 2008- №4. с-3-8.
4. 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. 120-122.
5. Падеров Ю.М., Алябьев Ф.В., Шамарин Ю.А. Влияние смерти от общего переохлаждения организма на морфофункциональное состояние надпочечников человека. // Судебно-медицинская экспертиза.-2002-№4. с. 3-4.
6. Пиголкин Ю.И., Сидорович Ю.В. Характеристика смертности в Российской федерации. // Судмедэкспертиза, 2011.-№1-с. 14-18.
7. Пиголкин Ю.И., Дорошева Ж.В., Сидорович Ю.В., Бычков А.А. Современные аспекты судебно-медицинской диагностики черепно-мозговой травмы. // Судебно- медицинская экспертиза. -2012.-№1.-с. 38-40.
8. Полина Ю.В., Родзаевская Е.Б. Наумова Л.И. Уровень картизола и морфология надпочечников под воздействием низкоинтенсивного электромагнитного излучения и при стрессе. // Саратовский научно- медицинский журнал. 2008.-№1.-с.127-130.
9. Хесин Я.Е. Размеры ядер и функциональное состояние клеток.- М., 1967. – 34 с.
10. Хмельницкий О.К. Функциональная морфология эндокринной системы при атеросклерозе и старении. Л.; Медицина, 1989.-248с.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ЗА 2000 ГОД (НА ПРИМЕРЕ г. ОШ И ОШСКОЙ ОБЛАСТИ)

Мамадыев Б.М., Мукашев М.Ш.
Кыргызская Государственная медицинская академия им И.К Ахунбаева,
Кафедра судебной медицины и права,
Ошское областное бюро судебно-медицинской экспертизы

Резюме: В статье дается анализ смертности населения трудоспособного возраста Ошской области и г. Ош от насильственных причин смерти за 2000 год. Установлено, что по материалам Ошского областного бюро СМЭ насильственная смерть выявлена в 131 случае из 177 случаев аутопсического материала. В 72 случаях(54,9%) причиной смерти трудоспособного населения послужили механические травмы, в 48 случаях (36,6%) механические асфиксии и отравления. По этническому составу 41,2% погибших были кыргызской национальности, 35,1%- узбекской национальности. В Кара-Суйском районе насильственная смерть выявлена у 38 пострадавших, среди которых в 35 случаях (92,2%) причиной смерти были механические травмы, механические асфиксии.
Ключевые слова: Насильственная смерть, трудоспособное население, механические травмы.

ЖУМУШКА ЖАРАМДУУ КАЛКТЫН КУЧ КОЛДОНУУДАН ЖАНА КЫРСЫКТАН КАЗА ТАПКАНДЫГЫНЫН 2000 ЖЫЛДАГЫ СОТТУК МЕДИЦИНАЛЫК ЖАГДАЙЫ (ОШ ШААРЫНЫН ЖАНА ОШ ОБЛУСУНУН МИСАЛЫНДА)

Мамадыев Б.М., Мукашев М.Ш.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,
Соттук медицина жана укук кафедрасы,
Ош облустук соттук медициналык экспертиза бюросу

Корутунду: Бул изилдоодо 2000 жылдагы Ош облусунун жана Ош шаарынын жумушка жарамдуу калкынын куч колдонуудан жана кырсыктардан каза тапкандыктары изилденди. Ош областык сот-медициналык экспертизасынын материалдары боюнча, 2000 жылы 177 изилденген олуктордун арасынан куч колдонуудан жана кырсыктардан 131 жумушка жарамду адамдар каза тапкан. Ошолордун арасында 54,9% механикалык жаракаттардан жана деми кысталгандан (

механические асфиксии) каза табышкан. Этникалык жагынан 41,2% каза тапкандар кыргыздар, 35,1%-озбектер. Кара-Суу району боюнча 38 жабыр тарткандар куч колдонуудан жана кырсыктан каза болушкан. Механикалык жаракаттан жана деми кысылгандан 92,2%(35) каза болушкан.

Негизги создор: Куч колдонуудан жана кырсыктардан болгон олум, ишке жарамдуу калк, механикалык жарат, этнос.

FORENSIC CHACTERIZATION OF VIOLENT DEATHS OF WORKING-AGE POPULATION (FOR EXAMPLE, THE CITI OSH AND OSH REGION)

Mamadyev B.M., Mukashev M.Sh.
Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Departament of forensic medicine and law,
Osh regional forensic bureau

Summary: This article provides an analysis of mortality working-age population of Osh oblast and Osh from violent causes of death in 2000. It was found that the materials of the Osh regional bureau of forensic medical examination revealed a violent death in 131 cases out of 177 cases of utopian material in 72 cases (54.9%) caused the death of the working population were the mechanical trauma in 48 cases (36.6%) and mechanical asphyxia poisoning. The ethnic composition of 41.2% of the victims were ethnic Kyrgyz, 35.1% - Uzbeks. In the Kara-Suu district of violent death was found in 38 victims, including 35 cases (92.2%) the cause of death was mechanical injury, mechanical asphyxia.

Keywords: Violent death, the working-age population, mechanical trauma, ethnicity.

Актуальность: Социально-экономическое благополучие общества характеризуется демографической ситуацией, которая оценивается по уровню рождаемости, смертности, естественному приросту (разности между рождаемостью и смертностью), а также по уровню брачности (разводимости) и состоянию половозрелой структуры общества. Здоровье последней в свою очередь оказывает активное влияние на величину большинства демографических показателей [8].

Важнейшими демографическими индикаторами являются показатели смертности - наиболее надежные и достоверные показатели состояния здоровья населения [1].

Смертность населения обусловлена насильственными причинами (убийство, самоубийство, несчастные случаи) и ненасильственными-скоропостижная, внезапная смерть от осложнений хронически протекавших заболеваний на стадии их компенсации или остро развившихся заболеваний (например инфаркт миокарда, инсульты, острая коронарная недостаточность и т.д).

По данным ряда российских авторов [5], структура насильственной смерти за последнее десятилетие уменьшилось незначительно.

Основным источником увеличения общей смертности населения являются различные факторы внешней среды - механические, физические, электрические, и т.д., а среди механических ведущее место занимают тупые травмы (транспортные, падения, бытовые).

Несомненным лидером в причине насильственной смерти населения является механическая травма, уровень которой остается практически неизменным в течение последних 6 лет.

При этом чаще страдает трудоспособное мужское население, очевидно, связанная с их большей функциональной активностью [3, 11], употребление спиртных напитков, наркотических веществ. В 56,95% всех случаев насильственной смерти 2008 году в крови умерших был обнаружен алкоголь [8].

Среди механических травм лидируют транспортные травмы, падения с высоты [8], а непосредственной причиной смерти пострадавших в большинстве случаев была черепно-мозговая травма, имеющая тенденцию к неуклонному росту и в первую очередь у наиболее активной категории населения-среди лиц в возрасте 29-49 лет, наиболее частым вариантом является закрытая черепно-мозговая травма, составляющая 60-80% всех случаев мозговой травмы [7]. По данным [4], 45,6% больных, получивших черепно-мозговую травму, были в возрасте от 20-49 лет. Из них 80% приходилось на бытовые травмы, 9,5% -на транспортные, 3% - производственные. Смертность мужчин во всех возрастных группах значительно превышает смертность женщин в 5 раз.

По отчетным данным, за 2005 год в структуре насильственной смерти на 2-м месте находятся отравление, затем следуют механическая асфиксия, воздействие крайних температур и прочие причины насильственной смерти [8].

По данным судебно-медицинской экспертизы и других источников [2], около 60% убитых и 80% совершивших преступление находились в состоянии алкогольного опьянения. Отравление этанолом как непосредственная причина смерти, установлена у 59,1 % в 2003 году и 48,4 % в 2008 году [8]. Ежегодная смертность от отравления алкоголем в Краснодарском крае с 2002 по 2009 г.г. варьировала от 10,7 до 12,1% от всех случаев насильственной смерти [9].

В структуре смертности от отравлений наркотическими веществами в преобладающем большинстве случаев в качестве наркотических веществ выступают опиаты, чаще всего героин [10], при этом очевидно преобладание мужчин над женщинами в возрастном интервале 20-50 лет и рост числа отравлений средствами, применяемыми для лечения наркомании (метадоном, амитриптилином) [12].

Анализ смертельных отравлений опиатами за 2000-2004 годы [6] показал, что из 9509 исследованных трупов в 342 (3,6%) случаев причиной смерти послужило отравление опиатами. Из 342 случаев умерших 326 (92,4%) были мужчинами и только 16 случаев пришлось на женщин.

Значительное место среди причин насильственной смерти занимает механическая асфиксия, которая имеет тенденцию к росту[8]. Среди механической асфиксии наиболее часто встречается повешение, которое, как правило, является результатом суицида. В 90-е годы XX столетия количество самоубийств в России составило более 40 на 100 тыс. населения. По материалам Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы МЗ КР за 2004-2008 годы из 9509 исследованных трупов 484 случаев причиной смерти был суицид, в трудоспособном возрасте (16-59 лет) погибли 399 человек [6].

По данным [11], наибольший прирост интенсивности смертности выглядит следующим образом: сельские мужчины - городские мужчины - сельские женщины -городские женщины. Наиболее неблагополучно травматическая смертность менялась у лиц трудоспособного возраста, при этом интенсивность смертности сельского населения превышала смертность горожан в 1,1-1,9 раза, особенно от внешних причин.

Смертность мужчин трудоспособного возраста (16-59 лет) превышала смертность женщин (16-54 года) в 4-5 раз. Значительный вклад в рост смертности трудоспособного возраста внесли самоубийства и отравления, в том числе алкоголем.

Анализ доступной нам литературы показал необходимость системного изучения смертности трудоспособного населения страны и в связи с этим поставлена **цель**: изучить смертность трудоспособного населения на примере: г.Ош и Ошской области за 2000 год.

Материал и методы исследования. Были изучены архивные данные отдела танатологии Ошского областного бюро судмедэкспертизы и Узгенского, Кара-Суйского, Араванского районных отделений судебно-медицинских экспертиз за 2000 год. Использовался информационно - аналитический, статистический метод и экспертная оценка.

Установлено, что в данный период в областном бюро аутопсийному исследованию подвергнуты всего 177 случаев, из которых в 131 случае диагностирована насильственная смерть. Если 131 случай считать 100%, то, у наибольшего количества исследованных трупов причиной смерти установлены механические повреждения (ДТП, тупая травма, травма острыми предметами) -72 случая (54,9%), механические асфиксии (повешение, удавление петлей, утопление) и отравления (наркотиками, алкоголем, угарным газом и т.д.) составили равное количество по 24 (18,3%), в 8 случаях (6,1%) имело место действие крайней температуры (низкой, высокой), в 3х -техническая и атмосферная электротравма (2,2%). Половозрастная, этническая характеристика лиц, умерших от насильственной смерти, приведена в таблице 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 случае (84,7%) погибли мужчины и только в 20 случаях (15,3%) женщины. Основная доля смертности от механических травм приходится на мужское население (48%), 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%.

Смертность трудоспособного населения от насильственной смерти наиболее высока в период от 16-55 лет и составила 118 случаев (90%), а механические травмы как причина смерти на этот возрастной период составило 67 случаев (51,1%).

Таблица 1 - Половозрастная и этническая характеристика смертности по Ошскому областному бюро СМЭ

	Вид смерти	Муж-чина	Жен шина	Националь ность	16-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-65 л	Всего
	Насильственная смерть:	111-84,7%	20 15,3%	Кыргызы -54 (41,2%) Узбеки -46 (35,1%) Русские -26 (19,8%) Татары -5 (3,9%)	28 21,3%	37 28,2%	38 29%	15 11,4%	13 9,9%	131-100%
1	Механические повреждения (ДТП, тупая травма, травма острыми предметами)	63 48%	9 6,8%	Кыргызы -37(28,2%) Узбеки-23 (17,5%) Русские-9 (6,8%) Татары-3 (2,2%)	16 12,2%	21 16%	26 19,8%	4 3%	5 3,8%	72 54,9%
2	Механическая асфиксия (утопление, повешение, удавление)	17 12,9%	7 5,3%	Кыргызы -10(7,6%) Узбеки-9(6,8%) Русские-4(3%) Татары-1 (0,7%)	5 3,8%	6 4,5%	6 4,5%	4 3%	3 2,2%	24 18,3%
3	Отравление (алкоголь, наркотики и др).	22 16,7%	2 1,5%	Кыргызы-5(3,8%) Узбеки -8 (6,1%) Русские-11(8,3%)	6 4,5%	9 6,8%	2 1,5%	4 3%	3 2,2%	24 18,3%
4	Электротравма (техническая, атмосферная)	2 1,5%	1 0,7%	Узбеки-1(0,7%) Русские-1(0,7%) Татары-1(0,7%)	-	-	2 1,5%	1 0,7%	-	3 2,2%
5	Действие крайней температуры (низкой,высокой	7 5,3%	1 0,7%	Кыргызы-2(1,5%) Узбеки-4(3%) Русские-1(0,7%) Татары-1(0,7%)	1 0,7%	1 0,7%	2 1,5%	2 1,5%	2 1,5%	8 6,1%

Секционный материал по характеру этнической принадлежности характеризуется следующим образом: кыргызы -54 случая (41,2%), узбеки -46 (35,1%), русские -26 (19,8%), татары -5 (3,9%).

Показатели насильственной смертности населения трудоспособного возраста, по материалам районных отделений судебно-медицинской экспертизы отражены в таблицах 2,3,4.

Таблица 2 - Характеристика насильственной смертности трудоспособного населения Кара-Суйского района (2000)

	Вид смерти	Муж. Абс. %	Жен Абс. %	Нац-ть	16-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-65 лет	Всего
	Насильствен-ная смерть:	33 86,8%	5 13,2%	Кыргызы-22 57,8% Узбеки-13 34,2 % Руские-3 7,8 %	8 21%	12 31,5%	6 15,7%	4 10,5%	8 21%	38-100%
1	Механические повреждения (ДТП, тупая травма, травма острыми предметами)	22 57,8%	2 5,2%	Кыргызы-15 39,4% Узбеки-8 21% Русские-1 2,6%	6 15,75%	6 15,7%	3 7,8%	2 5,2 %	7 18,4%	24 63,2%
2	Механическая асфиксия (утопление, повешение, удавление)	9 23,6%	2 5,2 %	Кыргызы-7 18,4% Узбеки-3 7,8% Русские-1 2,6%	2 5,2%	4 10,5%	3 7,8%	2 5,2 %	-	11 29%
3	Отравление(алкоголь,наркотики и др).	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Электротравма (техническая, атмосферная)	2 5,2 %	-	Узбеки-2 5,2%	-	2 5,2%	-	-	-	2 5,2%
5	Действие крайней температуры-низкой,высокой	-	1 2,6%	Русские-1 2,6%	-	-	-	-	1 2,6%	1 2,6%

Таблица 3 - Характеристика насильственной смертности трудоспособного населения Узгенского района (2000)

	Вид смерти	Муж-чина	Жен шина	Националь ность	16-25 лет	26-35 лет	36-45 лет	46-55 лет	56-65 л	Всего
	Насильствен-ная смерть:	25 86,2 %	4 13,8 %	Кыргызы-25 86,2% Узбеки-2-6,9% Руские-2-6,9%	8 27,5 %	13 44,9 %	6 20,6 %	1 3,5 %	1 3,5 %	29-100%
1	Механические повреждения (ДТП, тупая травма, травма острыми предметами)	14 48,2 %	1 3,5 %	Кыргызы-9 31% Узбеки-4 13,7% Русские-2 6,8%	4 13,7 %	4 13,7 %	2 6,8 %	1 3,5 %	4 13,7 %	15 51,7%
2	Механическая асфиксия (утопление, повешение, удавление)	8 27,5 %	3 10,3 %	Кыргызы-7 24,1% Узбеки-3 10,3% Русские-1 3,5%	2 6,8 %	4 13,7 %	3 10,3 %	2 6,8 %	-	11 37,9%
3	Отравление (алкоголь, наркотики и др).	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Электротравма (техническая, атмосферная)	2 6,8 %	-	Узбеки-2 6,8%	-	2 6,8 %	-	-	-	2 6,8 %
5	Действие крайней температуры (низкой,высокой	1 3,5 %	-	Русские-1 3,5 %	-	-	-	-	1 3,5 %	1 3,5 %

Таблица 4 - Характеристика насильственной смертности трудоспособного населения Араванского района (2000)

	Вид смерти	Муж-чина	Жен шина	Националь ность	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65 л	Всего
	Насильственная смерть:	5 100%	-	Узбеки-5 100 %	3 60%	1 20%	1 20%	-	-	5-100%
1	Механические повреж дения (ДТП, тупая травма, травма острыми предметами)	3 60%	-	Узбеки-3 60%	2 40%	-	1 20%	-	-	3 60%
2	Механическая асфиксия(утопление, повешение,удавление)	2 40%	-	Узбеки-2 40%	1 20%	1 20%	-	-	-	2 40%
3	Отравление(алкоголь, наркотики и др).	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Электротравма(техническая, атмосферная)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	Действие крайней температуры(низкой,высокой)	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Из приведенных таблиц видно, что наибольшее количество зарегистрированных в районных отделениях Ошского областного бюро судебно-медицинской экспертизы случаев насильственной смерти было в Кара-Суйском районе- 38 (76%) случаев от общего количество исследованных трупов – 50(100%), в Узгенском районе 29 (93,5%) случаев из 31 (100%) экспертизы трупов, в Араванском районе 5 (100%) случаев из 5 (100%) исследованных трупов. Это объясняется плотностью населения районов и близостью к городу Ош. Показатели смертности разнятся только в цифрах, однако общие показатели свидетельствуют о превалировании смертности среди мужчин и значительном количестве погибших именно трудоспособного населения.

В этносной принадлежности во всех районах, кроме Араванского, среди погибших преобладают кыргызы, затем узбеки, что может характеризовать национальный состав населения районов.

Заключение. Таким образом, насильственная смерть, как причина смертности трудоспособного населения, является ведущей, при этом механические факторы, как факторы риска, выходят на первое

место и представляют определенную социальную, медицинскую проблему с позиции профилактики, до госпитальной, госпитальной помощи пострадавшим и требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Александрова Г.А.Ковалев А.В., Вайсман Д.Ш., Порядок кодирования травм в результате дорожно-транспортных происшествий в соответствии с МКБ-10 в государственных судебно-медицинских экспертных учреждениях Российской Федерации. // Судмедэкспертиза.- 2013,- № 6.-с. 31-34.

2. Голов А.А. Алкоголь и здоровье населения России 1900-2000. Материалы Всероссийского форума по политике в области общественного здоровья "Алкоголь и здоровье" и Всероссийская конференция "Алкоголь и здоровье".М.,1998;374-385.

3. Джайлобаев Р.К., Турсунова М.А., Салиев А.Н., и др. Сравнительная характеристика различных видов травм по данным РБСМЭ за 1999-2001 г.г.// ЦАМЖ, т.1Х, 2003, приложение, с.217-219.

4. Идирисов А.Б. Исходы тяжелой черепно-мозговой травмы: определяющие факторы. //Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева,- 2009.- №1. -с.163-165.

5. Кряжев В.С. Общие положения методики расследования преступлений, совершенных с применением взрывных устройств. Автореферат диссертации канд.юрид.наук. Иркутск,- 2003,-22с.

6. Мукашев М.Ш., Клычбаев Т.Т. Структурная характеристика суицидальной смерти и смертельных отравлений алкалоидами опия. //Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, -2001.- №1.- с.36-39.

7. Пиголкин Ю.И., Сидорович Ю.В., Характеристика смертности в Российской Федерации.// Судмедэкспертиза. -2011.- №1. - с 14-18.

8. Пиголкин Ю.И., Дорошева Ж.В., Сидорович Ю.В., Бычков А.А.. Современные аспекты судебно-медицинской диагностики черепно-мозговой травмы. //Судмедэкспертиза.- 2012.- №1.- с 38-40.

9. Породенко В.А., Корхмазов В.Т. Алкоголь- яд или лекарство? // Вестник судебной медицины. -№1, том 2, 2013,- с 56-59.

10. Шигеев С.В. Судебно-медицинская экспертиза интоксикаций опиатами. Дисс.на соик...д.м.н. М., 2007.

11. Юдинцева И.В. Судебно-медицинские и социально-гигиенические аспекты причин смерти трудоспособного населения. Автореферат дисс...канд.мед.наук.,-2008,- 23с.

12. Obafunma J.O., Busuttil A. Deaths from substance overdose in the Lothian and Borders region of Scotland 1983-1991 // Human Ehperemental Toxicology. 1994. Vol. 136-P. 401-406.

АНАЛИЗ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ НА МАТЕРИАЛЕ ОШСКОГО ОБЛАСТНОГО БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЗА 2005-2009 ГОДЫ

Мамадыев Б.М.[1], Ахунжанов Р.[1], Мукашев М.Ш.[2]

[1]Ошское областное бюро судебно-медицинской экспертизы,
г. Ош, Кыргызская Республика

[2]Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра судебной медицины и права
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Анализ 1417 заключений эксперта за 2005-2009 годы показал, что смерть от черепно-мозговой травмы наступила у 346 пострадавших, что составило 24,42%. Из них в 77,17% смертность от ЧМТ пришлось на долю мужчин, в 22,87%-женщин. В возрасте от 16 до 55 лет (трудоспособный возраст) смерть от черепно-мозговой травмы составила 298 случая, причем в 70,23% случаев-от дорожно-транспортных происшествий. Этиловый спирт в крови умерших от черепно-мозговой травмы обнаружен в 36,12% случаев.

Ключевые слова: Черепно-мозговая травма, смертность, трудоспособное население.

ОШ ОБЛАСТЫК СОТМЕДИЦИНАЛЫК ЭКСПЕРТИЗА БЮРОСУНУН 2005-2009 ЖЫЛКЫ МАТЕРИАЛДАРЫНЫН НЕГИЗИНДЕ БАШ-МЭЭ ЖАРАКАТЫНЫН БОЛУШУН СЕРЕПТОО

Мамадыев Б.М.[1], Ахунжанов Р.[1], Мукашев М.Ш.[2]
[1]Ош областык сот-медициналык экспертиза бюросу,
Ош ш., Кыргыз Республикасы
[2]И.К. Ахунбаева атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы.
Соттук медицина жана укук кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. 2005-2009 жылкы болгон 1417 соттук-медициналык корутундусун серептегендин негизинде баш- мээ жаракатынан 346 адам каза болгон (24,42%). Алардын арасынан 77,17% эркектер, 22,87%-аялдар каза болгон. Жаш курамы боюнча 298 окуя 16 дан-55 жашка чейинки (жумушка жондомдуу) куракка туш келген. Жол кырсыгынан 70,23% киши каза тапкан, олгондордун 36,12% канында алкоголь ичимдиги болгон.

Негизге создор. Баш- мээ жаракаты, олум, жумушка жондомдуу калк.

ANALYSIS OF BRAIN INJURIES ON THE MATERIAL OF THE OSH REGIONAL BUREAU OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATION FOR THE 2005-2009 YEAR

Mamadyev BM[1], Akhunzhanov R.[1], Mukhashev M.Sh.[2]
[1]Osh regional bureau of forensic medical examination,
Osh, Kyrgyz Republic
[2]Kyrgyz State Medical Academy. IK Ahunbaeva
Department of Forensic Medicine and Law.
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Analysis of the 1417 conclusions of the examination in 2005-2009 showed that death from traumatic brain injuries occurred in 346 affected, accounting for 24.42% of which 77.17% in the death rate from TBI Presley to that of men, at 22.87 % are women. At the age of 16 to 55 years (working age) death from traumatic brain injuries accounted for 298 cases, and in 70.23% of cases, from traffic accidents. Ethyl alcohol in the blood of the dead from a brain injury was found in 36.12% of cases.

Keywords: Traumatic brain injury, mortality working-age population.

Актуальность. Экспертиза черепно-мозговой травмы (ЧМТ) является одной из наиболее частых и вместе с тем наиболее сложных среди других видов судебно-медицинских экспертиз и составляют наибольшую часть в структуре травматизма, ведущих к летальному исходу. По данным [6], на долю смертности насилия вследствие ЧМТ приходится 13-21% всех случаев насильственной смерти. При этом повреждения черепа и головного мозга наблюдаются преимущественно среди лиц в возрасте 20-50 лет, т.е. у наиболее социально активной категории населения. У мужчин данный вид травмы встречается в 3 раза чаще, чем у женщин. По данным [7], ЧМТ преобладает у лиц наиболее активной категории населения (21-30 лет).

Среди всех механических повреждений с летальным исходом, 30-78% приходится на черепно-мозговую травму, придавая ей высокую социальную, медицинскую и экономическую значимость [7]. При этом переломы костей черепа зарегистрированы в 81% случаев вскрытия при ЧМТ, из них закрытые переломы- в 39,5%, открытые в 60,5%. Ушибы головного мозга встречались в 69% случаев, представленных как очагами ушибов в месте приложения силы, так и очагами противоудара. Тяжесть повреждения головного мозга при травме определяется степенью его ушиба, сопутствующих переломов костей мозгового черепа, находящихся в прямой связи и взаимно утяжеляющих течение ЧМТ [1].

По Новосибирской области [2] 70% вскрытий умерших отмечается в возрасте до 40 лет, и в 42,1% лиц умерших в связи с травмой, отравлениями и других последствий воздействия внешних причин (шифр по МКБ-10 S00-T98).

О частоте, структуре насильственной смерти, в том числе черепно-мозговой травмы в Кыргызской Республике, имеются отдельные работы ([3,4,5]), которые не могут полностью отразить ситуацию в сфере насильственной смертности населения, в том числе и трудоспособного населения.

Целью настоящей работы является выявление частоты смертельной черепно-мозговой травмы,

ее структуры, степень алкоголизации погибших в масштабе одной области за определенный период.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования является анализ и обработка архивного материала (346 заключений эксперта) отдела экспертизы трупов Ошского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за 2005 – 2009 годы. При сборе материала составили бланк исследования, который включал номер заключения, возраст, пол, основания для проведения экспертизы и исследований, обстоятельства травмы, наличие или отсутствие этилового спирта в крови и моче, давность смерти, тяжесть травмы головного мозга, наличие или отсутствие переломов костей свода и основания черепа.

Все эти данные введены в программу «Excel-2013» для дальнейшей статической обработки.

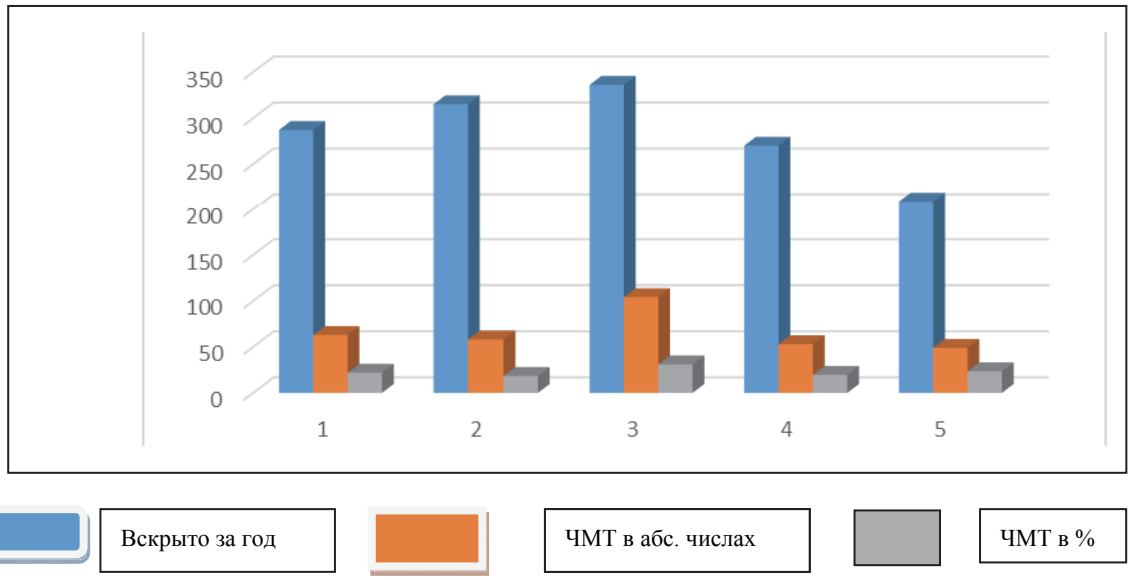
Обсуждение полученных данных. За указанный период черепно-мозговые травмы составили 346 случаев из 1417 случаев вскрытия за 2005-2009 годы, в процентном отношении составляет 24,42 %. По исследуемым годам составили: 2005 году ЧМТ 63 случая из 287 (21,95 %); 2006 году соответственно – 58 из 315 (18,41 %); 2007 – 104 из 336 (30,95 %); 2008 – 53 из 270 (19,63 %) и 2009 – 49 из 209 (23,44 %) случаев (табл.1, рис. 1).

Таблица 1 - Частота черепно-мозговых травм по годам

Года	2005	2006	2007	2008	2009
Всего вскрытий трупов	287	315	336	270	209
Из них ЧМТ (в абс. числ)	63	58	104	53	49
ЧМТ в %	21,95	18,41	30,95	19,63	23,44

Из 346 случаев черепно-мозговую травму получили 267 мужчин (77,17 %) 79 женщин (22,87 %).

При анализе черепно-мозговых травм по возрасту – черепно-мозговую травму получили 93 человека в возрасте 16 – 25 лет (1-возрастная группа); 85 человек в возрасте 26 – 35 лет (2 -возрастная группа); 65 человек в возрасте 36 – 45 лет (3 -возрастная группа); 55 человек в возрасте 46 – 55 лет (4 -возрастная группа); 48 человек в возрасте 55 – 65 лет и выше (5 -возрастная группа). Распределение черепно-мозговых травм по возрастным группам представлено в таблице 2.



1- 2005 г.; 2 – 2006 г.; 3 – 2007 г.; 4 – 2008 г.; 5 – 2009 г.

Рис. 1.Частота черепно-мозговых травм по годам.

Таблица 2 - Распределение ЧМТ по возрастным группам

	За 5 лет	2005	2006	2007	2008	2009
Всего вскрыто трупов	1417	287	315	336	270	209
1 возр группа - 16 – 25 лет	93	20	23	24	12	14
2 возр. группа - 26 – 35 лет	85	14	19	32	9	11
3 возр. Группа - 36 – 45 лет	65	12	16	19	13	5
4 возр. группа - 46 – 55 лет	55	7	12	14	10	12
5 возр. гр. - 56 – 65 лет и выше	48	10	7	15	9	7
Всего ЧМТ	346	63	77	104	53	49

Во всех случаях (345), за исключением 1 случая исследования трупа производились по постановлениям судебно-следственных органов.

Случаи черепно-мозговых травм по обстоятельствам травмы распределились следующим образом: из 346 случаев в 243 случаях имели место дорожно-транспортные происшествия (70,23 %); в 20 случаях от падения с большой высоты (5,78 %); в 2 случаях от падения с высоты собственного роста (0,58 %); в 34 от тупой травмы в быту и на производстве (9,8 %); в 47 случаях не было известно обстоятельства травмы (13,58 %). Распределение черепно-мозговых травм по обстоятельствам травм представлено в таблице 3.

Таблица 3 - Обстоятельства получения черепно-мозговой травмы

	За 5 лет	2005	2006	2007	2008	2009
Всего вскрыто трупов	1417	287	315	336	270	209
Дорожно-транспортные происшествия	243	39	53	79	36	36
Падения с большой высоты	20	4	4	8	4	0
Падения с высоты роста	2	1	-	1	-	-
Тупая травма	34	6	9	10	4	5
Обстоятельства травмы не известны	47	13	11	6	9	8
Всего ЧМТ	346	63	77	104	53	49

У лиц с черепно-мозговой травмой в 125 (36,12 %) случаях обнаружен этиловый спирт в крови, а в 221 (63,88 %) случаях в крови не обнаружено этилового спирта, они представлены в рис. 2.

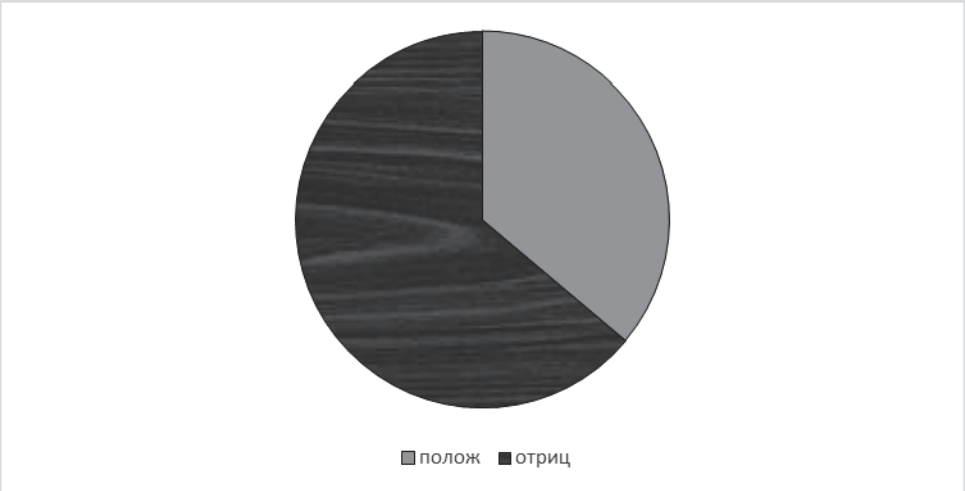


Рис. 2. Сведения о наличии или об отсутствии алкоголя в крови.

Из 346 исследованных случаев в 239 (69,07 %) смерть наступила на месте происшествия, в 84 случаях (24,27 %) в стационаре до 24 часов, в 23 случаях (6,65 %)-в стационаре в сроки более 24 часов. Данные о давности травмы представлены в рис. 3.

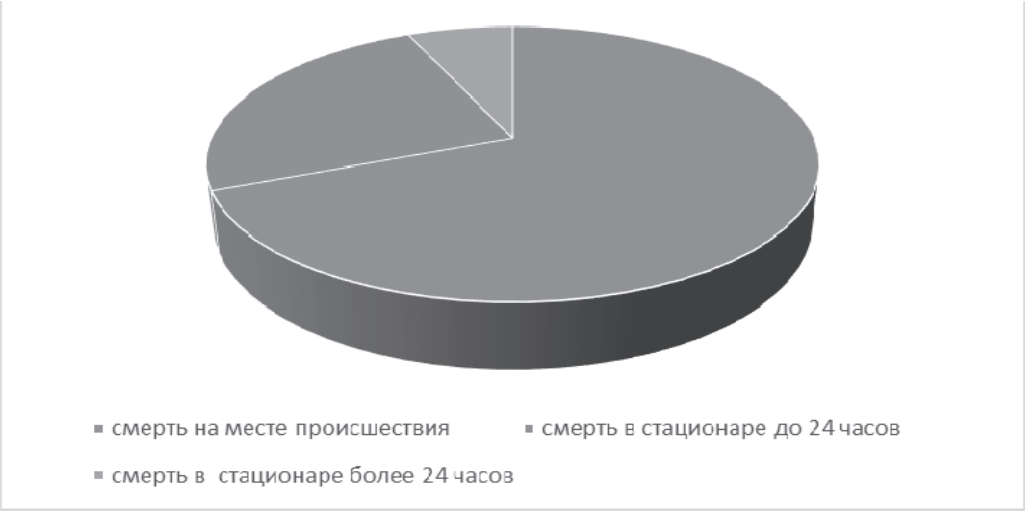


Рис. 3. Данные о давности травмы.

Анализ тяжести ЧМТ показал, что в основном имели место (в 341 случаях – 98,55 %) тяжелые ушибы и размозжение корковой части головного мозга, а в 5 случаях (1,44 %)-полное разрушение головного мозга, в 159 случаях множественные переломы костей (45,95 %) свода и основания черепа, в 54,05 % случаев отсутствие переломов костей черепа (187 случаев).

Выводы:

1. Черепно-мозговые травмы в практике судмедэкспертов Ошской области занимают значительное место (24,42 %), варьируя от 18,41 % (2006 г.) до 30,95 % (2007 г.).
2. Среди людей, получивших черепно-мозговую травму, большую часть составляют мужчины (77,17 %), а женщины лишь 22,87 %.
3. Основной причиной черепно-мозговых травм являются дорожно-транспортные происшествия (70,23 %).
4. Более чем одна треть потерпевших были в состоянии алкогольного опьянения (36,12 %).
5. При черепно-мозговой травме имели место тяжелые ушибы с размозжением коры головного мозга и 45,95 % случаях сопровождались с множественными переломами свода и основания черепа.

Литература:

1.Авдеев А.И., Компанец Н.Ю. К вопросу о комиссионной оценке повреждений краниофасциальной области.// Вестник судебной медицины. -2016.- № 1.- Том 5.-С. 24-27.

2.Бабенко А.И., Новоселов В.Н., Бабенко Е.А., Никифоров Д.Б. //Патологическая пораженность населения и востребованость медицинских технологий, -2016, выпуск 3, Томск.- 2016.-С. 67-78.

3. Мамаджанов Б.М., 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.

4. Мукашев М.Ш., Молдобаева А.Р., Турганбаев А.Э. Судебно-медицинская оценка морфофункциональных изменений гипофиза при черепно-мозговой травме различной давности. // Вестник КазНМУ. Научно-практический журнал, 2013,- №5(1).-С.383-386

5. Мукашев М.Ш., Фоос Т.В., Бурлуцкий И.С. Закрытая черепно-мозговая травма с позиции судебно- медицинской экспертизы. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2012,- №4, приложение. – С. 44-47.

6. Прошина Ю.В. , Папков В.Г. Структура гипоталамических ядер при тяжелой черепно-мозговой травме. // Судебно-медицинская экспертиза.- 2001. -№1.-.С.13-15.

7.Чикун В.И., Горбунов Н.С. Прижизненные и посмертные особенности внутричерепных гематом. // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. - Выпуск 8. Новосибирск.- 2003.-С.189-195.

СУДЕБНО–МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Мукашев М.Ш., Яксанова С.В., Будайчиев М.Б.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Кафедра судебной медицины и права.
Республиканский центр судебно – медицинской экспертизы МЗ КР.
Отдел комиссионных и комплексных экспертиз
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье приводится случай из экспертной практики по экспертизе дефектов оказания медицинской помощи в виде оставления инородного тела (марлевый тампон) в полости матки, осложнившийся полным врастанием инородного тела в эндометрий и экстирпацией матки.

Ключевые слова. Акушерско-гинекологический, инородное тело, матка, экстирпация, тяжкий вред здоровью.

ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИН КАЛЫП КАЛГАН БОТОН НЕРСЕЛЕРДИН ТААСИРИН СОТТУК МЕДИЦИНАЛЫК ЖАКТАН БААЛО (КАРОО)

Мукашев М.Ш., Яксанова С.В., Будайчиев М.Б.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академия,
Соттук медицина жана укук кафедрасы
Республикалык сот - медициналык экспертиза борбору,
Комиссиялык жана комплекстик экспертиза болуму
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада акушер – гинекологиялык практикада медициналык жардам беруудогу кемчиликтер келтирилген. Операциядан кийин жатында ботон нерсе (даки тыгынчыгы) калып, ал жатындын эндометрийине таркап кирип чыгарууга мумкун болбой калып, жатын оперативдик жол менен алып салынган жана денеге оор жаракат келтирген.

Негизги создор. Акушер гинекологиялык, ботон нерсе, жатын, экстирпация, оор жаракат.

FORENSIC EVALUATION OF POSTOPERATIVE FOREIGN BODY IN OBSTETRIC PRACTICE (CASE STUDY)

Mukhashev M.Sh., Yaksanova S.V., Budaychiev M.B.
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Achunbaev,
Department of Forensic Medicine and Law
Republican Centre of Forensic Medicine MZ KR,
Department fees and complex examinations
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The article presents a case of expert practice, on examination of the defects of medical care in the form of leaving a foreign body (gauze) in the uterine cavity, complicated by complete ingrowth of a foreign body in the endometrium and hysterectomy.

Key words. Obstetric, foreign body, the uterus, hysterectomy, serious bodily injury.

В системе контроля качества оказания медицинских услуг результаты судебно – медицинских экспертиз по материалам так называемых «врачебных дел» дают возможность установления наиболее «слабых мест» в оказании медицинской помощи населению.

Экспертизы, проводимые с целью определения наличия и характера дефектов в действиях медицинского персонала, являются одними из самых сложных. Сложности обусловлены тем, что при их проведении экспертная комиссия решает вопросы соблюдения стандартов и обоснованности

назначенного лечения, правильности и своевременности диагностики патологического процесса, установления причинной связи между выявленной патологией и развившимися осложнениями, показанности и своевременности проведенных терапий, наличие тактических, технических ошибок оперативных вмешательств и т.д.

За 2013 – 2014 годы по отделу комиссионных и комплексных экспертиз РЦСМЭ МЗ КР проведено 103 комиссионных судебно – медицинских экспертиз по «врачебным делам», из которых в 40 случаях в связи с оказанием акушерско – гинекологической помощи.

По данным [7], из 73-х экспертиз по «врачебным делам», 18 проведено по поводу оказания акушерско – гинекологической помощи населению, что составило 24,6% от общего количества таких экспертиз.

При назначении судебно – медицинских экспертиз по «врачебным делам», следственные органы интересуются установлением наличия и характера дефектов оказания женщинам медицинской помощи. К ним относятся: оценка полноты, правильности и своевременности наблюдения, обследования и лечения гинекологических больных, беременных, рожениц и родильниц на разных этапах; проведения прерывания беременности, организации ведения родов (естественным путем, кесарево сечение); определение причин внутриутробной или интранатальной гибели плода, материнской, младенческой смертности, полноты и качества оперативного вмешательства и т.д. Анализ таких судебно – медицинских экспертиз показал, что более чем в половине случаев (66,6%) экспертной комиссией были выявлены различные дефекты оказания медицинской помощи [7].

В процессе проведения судебно – медицинских экспертиз оказания медицинской помощи перед экспертами следственными и судебными органами ставятся вопросы о «надлежащем» и «ненадлежащем» оказании медицинской помощи. К сожалению, в судебной медицине нет нормативных документов, разграничивающих эти понятия, хотя в УК КР имеется статья 119 (ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками) [6] без перечисления критериев ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей. Отсутствие четких судебно – медицинских стандартов и критериев качественного оказания медицинской помощи приводит к различной трактовке и неоднозначной судебно – медицинской оценке последствий дефектов медицинской помощи. Прежде всего, это касается медицинских специальностей, связанных с активными действиями врача при оказании медицинской помощи в условиях присущего этим действиям риска для больного. Высокий риск при оказании медицинской помощи возникает и в практике акушер – гинекологов [2].

Оставление в послеоперационном периоде инородных тел в брюшной полости явление не редкое. Такие случаи являются объектами внимания судебных медиков и юристов, поскольку пациенту причиняется вред здоровью разной степени тяжести, порой с летальным исходом. В абдоминальной хирургии оставление инородных тел в брюшной полости имело место при экстренных оперативных вмешательствах, что составило 73,9% [1].

Клинические признаки наличия инородных тел брюшной полости весьма разнообразны, что усложняет диагностику и часто приводит к поздней диагностике а, следовательно, лечению и неблагоприятному исходу [3].

Причины оставления инородных тел в брюшной полости после оперативных вмешательств некоторые авторы [1] рассматривают с трех позиций: нерешенные или спорные вопросы медицинской науки; дефекты организации медицинской помощи в лечебном учреждении; недостаточность подготовки и квалификации хирурга.

Несмотря на достаточное количество публикаций по поводу дефектов медицинской помощи вообще, данных дефектной акушерско – гинекологической помощи на судебно – медицинском материале встречается довольно редко, а в нашей республике – практически отсутствует, за исключением отдельных работ [4,5].

Каждый случай оставления инородных тел после операций требует и медицинской и юридической оценки, т.к. наличие инородных тел в организме всегда приводит к нарушению функции, даже анатомическим изменениям, непременно вызывающим вред здоровью разной степени тяжести.

Гр-ка Ю., 1986 года рождения обратилась в правоохранительные органы с просьбой привлечь к уголовной ответственности врачей родильного отделения Территориальной больницы. Обстоятельства дела: 01.01.2013 года была сделана операция «Кесарево сечение», однако врачами в полости матки было

оставлено инородное тело (марлевый тампон). По данным истории родов за №17\7 гр-ка Ю. поступила 01.01.2013 года. Диагноз при поступлении: «Беременность 41-42 недели. Первый период родов. Преэклампсия тяжелой степени. Рубец на матке. Несостоятельность рубца». Жалобы: на схваткообразные боли внизу живота с 15.00 часов 01.01.2013 года и повышение АД 170\100мм.рт.ст., отеки на нижних конечностях, головную боль. Акушерский статус: Регулярная родовая деятельность, положение плода продольное, предлежит головка, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4см., плодный пузырь цел. Операция «Кесарево сечение». Показание – несостоятельность рубца. Извлечен живой плод мужского пола. Передняя брюшная стенка ушита послойно наглухо, на кожу наложены косметические швы по Донати. Выписана 05.01.2013 года в удовлетворительном состоянии.

Однако у гр-ки Ю. начались кровянистые межменструальные выделения из половых путей, иногда с примесью гноя и постоянные ноющие боли внизу живота, в связи с чем она обратилась в клинику репродуктивного здоровья и была направлена на МРТ органов малого таза. На МРТ органов малого таза от 07.04.2016 года полость матки выполнена образованием размерами 50,0х39,0х31,0мм. с неоднородно гипоинтенсивным МР – сигналом, эндометрий не визуализируется. Миометрий истончен от 8,0мм. до 14,0мм., диффузно неоднороден. В консультации врача клиники «ЮРФА» от 08.04.2016 года выставлен диагноз: «Инородное тело полости матки. Эндомиометрит, цервицит». 21.04.2016 года госпитализирована в гинекологическое отделение (история болезни за № 104) с жалобами на кровянистые межменструальные выделения, гноевидные выделения из половых путей в течение 2-х лет. В 2013 году произведена операция «Кесарево сечение», через несколько месяцев появились вышеуказанные жалобы, пациентка получала противовоспалительное лечение с временным эффектом. Объективно: матка увеличена до 6-7 недель, мягкой консистенции. После соответствующей обработки влагалища обнажена шейка матки в зеркалах. В полости матки обнаружено инородное тело – множество переплетенных между собой нитей ткани, при потягивании за нижний полюс инородного тела извлекаются куски марлевого материала, размером 3,0х0,5см., 3,0х1,0см и изливается гной в небольшом количестве. Вывести через шейку матки инородное тело не представляется возможным из-за врастания его в миометрий. Решено произвести лапаротомию. При ревизии: матка увеличена до 7-ми недель, мягкая на ощупь, синюшно – багрового цвета. После разъединения спаек обнаружена несостоятельность рубца на матке в длину 4см., видны нити инородного тела (марлевый тампон), плотно сращенный с тканями матки. Произведена надвлагалищная ампутация матки с маточными трубами. Макропрепарат: вросшееся инородное тело по всей полости матки. При гистологическом исследовании за №41700 – эндометрий с выраженным воспалением, гранулемами инородных тел, кровоизлиянием, разрыхлением и отечность миометрия.

Перед судебно – медицинской экспертной комиссией следователем были поставлены вопросы: 1. Какие нарушения, дефекты или недостатки в оказании медицинской помощи были допущены? 2. По вине каких врачей Территориальной больницы района было оставлено в матке инородное тело? 3. Какова тяжесть вреда здоровью, причиненной дефектом медицинской помощи?

В экспертном заключении были даны ответы на все вопросы следователя, в том числе и о тяжести причиненного вреда здоровью в результате дефекта медицинской помощи. Согласно п.12,28 «Правил судебно – медицинского определения тяжести вреда здоровью» (Приказ МЗ КР № 59 от 09.02.2012 года) в данном случае степень вреда здоровью гр-ке Ю. по признаку потери органа и его функции определена как Тяжкие, являющиеся основанием для правоохранительных и правоприменительных органов определять меру уголовной ответственности за дефект оказания медицинской помощи.

Литература:

1.Власов А.Ф., Плечев В.В., Гатаулин Н.Г. Послеоперационные ятрогенные инородные тела //Уфа. – 2000.

2.Гончаренко Д.В., Дмитриева О.А., Кирдяпкина А.В., Курнос О.И. Судебно–медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи акушерско–гинекологического профиля //Судмедэкспертиза. -2007. -№6 - С.27-31.

3.Казарян В.М. Послеоперационные инородные тела брюшной полости. Медико – правовые аспекты //Судмедэкспертиза. -2008. -№5 - С.33-36.

4.Мукашев М.Ш., Турганбаев А.Э. Материнская смертность: причины и судебно – медицинские вопросы //Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева. -2012. -№4. –приложение. - С.48-53.

5.Мукашев М.Ш., Турганбаев А.Э., Максутов Э.О. Что явилось причиной смерти: преэклампсия, HELLP – синдром или кровотечение? //Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева. – 2012. - №4. -приложение. - С.60-65.

6.Уголовный кодекс КР. - Бишкек. - 2015. - С.56.

7.Шадымов А.Б., Колесников А.О., Белькова Л.Ю. Анализ судебно – медицинских экспертиз по «врачебным делам» акушерско – гинекологического профиля. //Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Выпуск 16. Новосибирск. – 2010. – С.84-89.

ЦЕЛИТЕЛЬСТВО. ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ. ГРАНИЦЫ РИСКА. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Мукашев М.Ш., Пахыров Т., Мукашева А., Бречко А.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Кафедра судебной медицины и правоведения
Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы,
Отдел танатологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье на случае из судебно-медицинской экспертной практики приводятся законодательные основы и условия деятельности целительства, правовые вопросы и границы риска при осуществлении целительства. Предусмотренная уголовная ответственность за причинение вреда здоровью или смерти при превышении границ риска целительства осуществляется на данных судебно-медицинской экспертизы.

Ключевые слова: Целительство, закон, судебно-медицинская экспертиза, медный купорос, отравление.

ТАБЫБТЫК. УКУКТУК СУРООЛОР. ТОБОКЕЛЧИЛИКТИН ЧЕГИ. СОТТУК-МЕДИЦИНАЛЫК БААМДОО (ЭКСПЕРТТИК ОКУЯДАН)

Мукашев М.Ш., Пахыров Т. Мукашева А., Бречко А.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы.
Соттук медицина жана укук кафедрасы.
Республикалык сот-медициналык экспертиза борбору.
Танатология болуму.
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада болгон окуянын негизинде Кыргыз Республикасынын мыйзамдарында табыбтыкка жол берууcу, иштеш шарты жана, ошого байланыштуу укуктук суроолор каралган. Ошону менен бирге табыбтыктын тобокелчилик чеги-адамдын денесине зыян келтирилсе же олумго дуушар болсо-соттук-медициналык экспертизанын негизинде кылмыш-жаза укугу менен жоопкерчилиги болоору жазылган.

Негизги создор: Табыбтык, укук,соттук-медицина, кукурт, уугу.

HEALING. LEGAL ISSUES. RISK BOUNDARIES. FORENSIC MEDIAL EVALUATION (CASESTUDY)

Mukashev M.Sh., Pahyrov T., Mukasheva A., Brecho A.
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Achunbaev,
Departament of Forensic Medicine, Thanatology Departament
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: In the article the case of the forensic expert practice lead legislative frameworns for healing activities, legai issues and risk in the implementation of border healing. Warned criminal liability for ersonal injuru or dead at the risk of exceeding the boundaries of healing is carried out data forensics.

Keywords: ltealing, law, foreuusic exanunation of copper sulfat poisoning.

Известно, что народный опыт лечения больных является основой зарождения научной медицины, имеющей определенную связь с традиционными представлениями о врачевании и методах врачевания. С развитием и современными достижениями биологических, технических и медицинских наук все более оттеснялась народная медицина. Однако в силу ряда социально-экономических причин, в том числе подорожание лекарств, общее загрязнение окружающей среды, аллергизация населения, являющейся следствием употребления множества пищевых консервантов, различных анаболиков и химических веществ с продуктами, лекарственных средств химического происхождения и т.д., привели к устойчивым формам заболеваний, в лечении которых традиционная медицина не в силах, а порою сама медицина не доступна. Указанные и неуказанные в этом перечислении причины понуждают больных обратиться к помощи

“народной медицины”. Более того “народная медицина” считается неотъемлемой частью культуры каждого народа. Нынешнее время можно охарактеризовать как период сотрудничества (в пределах разумного) двух сфер медицины и осуществляется в соответствующих пределах реальной врачебной практики [2].

Возможность сосуществования “народной медицины” и официальной медицины закреплена и в правовом поле. Так, статьей 15 Закона КР “ Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике” в редакции по состоянию на 27.06.2013 года под названием “ Право на занятие народной медициной (целительством)” указывается, что народная медицина-это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях.. Правом на занятие народной медициной обладают граждане КР, прошедшие специальную подготовку в области медицины и народной медицины, получившие диплом целителя, а также лицензию. Этой же статьей предусмотрена и ответственность целителя за нарушение запрещенных законом действий, каковыми являются: 1. Проведение сеансов массового целительства; 2. Рекламирование, в том числе через средства массовой информации о методах и средствах целительства; 3. Причинение вреда здоровью или жизни человека в результате целительства [4]. Особо следует отметить об уголовной ответственности за причинение вреда здоровью или жизни человека.

К сожалению, на сегодняшний день в городе Бишкек существуют и работают множество «целителей», деятельность которых осуществляется с грубым нарушением статьи 15 Закона об охране здоровья граждан, в частности, работают без специальной подготовки в области медицины и народной медицины и без лицензии, а отдельные из них причиняют вред здоровью и жизни лиц, обратившихся за их помощью, что предусмотрено Уголовным законом.

Статья 122 Уголовного кодекса КР (2015) под названием «незаконное врачевание» ответственность за такое действие предусматривает в 2-х частях: 1.Незаконное врачевание, если оно повлекло длительное расстройство здоровья либо имеет тяжкие последствия, влечет уголовную ответственность от штрафа до лишения свободы на срок до 5 лет. 2. Ненадлежащее врачевание лицом, имеющее специальное разрешение (при наличии диплома о медицинской подготовке и лицензии), повлекшее длительное расстройство здоровья либо иные тяжкие последствия, влечет уголовную ответственность от штрафа до лишения свободы до 3 лет [8].

Право граждан на материальное и моральное возмещение ущерба, причиненного их здоровью, предусмотрено статьей 65 Закона об охране здоровья граждан КР [4], а Гражданским кодексом КР

(2015) статьями 14 и 16 лицо, право которого нарушено (из-за причинения вреда, например) предусмотрено возмещение убытка (реальный ущерб) и компенсация морального вреда [3].

Из сказанного следует, что при разрешении целительства (народной медицины) Законом КР « Об охране здоровья граждан КР» этот вид деятельности поставлен в определенные границы рядом законодательных актов КР (УК, ГК), выход за пределы которых предусматривает уголовную, гражданскую ответственность целителей.

В судебно-медицинской литературе описан случай смертельного исхода двух детей после нанесения народным целителем на всю поверхность тела детей мазеобразной массы светло-желтого цвета для лечения чесотки(scabies). При исследовании вещественных доказательств (марля, пропитанная мазью с поверхности тел трупов и мазеобразная масса в упаковке из-под вазелина) сделан вывод о присутствии в них сульфат-ионов и аммиака [1].

В нашей же судебно-медицинской практике имело место острое отравление ребенка медным купоросом со смертельным исходом. Заключение эксперта № 1043 от 11.10.2016года. Судебно-медицинская экспертиза проводилась на основании постановления следователя СО УВД Октябрьского района г. Бишкек. Ребенок Н., 2011 года рождения, был доставлен скорой помощью в отделение реанимации 3-й детской клинической больницы в тяжелом агональном состоянии. Собрать подробный анамнез болезни в связи с неотложной ситуацией не было возможности. Известно лишь то, что ребенок страдал тяжелой формой псориаза. Неоднократно лечились у дерматолога, улучшения не наступало. Обратились к целителю, якобы излечивающего все кожные болезни. Целитель (женщина) сделала множество царапин на передней и задней поверхностях грудной клетки, волосистой части головы, верхних конечностях обычной швейной иглой и посыпала эти поверхности, со слов целителя, купоросом и растерла. Примерно через 3 часа после данной процедуры у ребенка началась рвота с кровью, боли в животе, резкая слабость, жидкий стул и вскоре ребенок впал в кому. Была вызвана скорая помощь и ребенок доставлен в реанимационное отделение. Реанимационные мероприятия не дали эффекта и констатирована - биологическая смерть, без оформления каких либо медицинских документов из-за скоротечности событий. Труп ребенка осматривался следователем в реанимационном отделении и вынесено постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа для установления причины смерти. При наружном исследовании трупа: на кожных покровах туловища, верхних и нижних конечностях множественные очаги темно-красного цвета в виде островков овальных, округлых, неправильно-округлых и т.д. форм, местами сливающиеся друг с другом, чуть возвышающиеся над поверхностью кожи (рис. 1). На этом фоне, на спине и верхней половины груди множественные хаотично расположенные линейной формы царапины длиной от 0,5 до 3,5 см. Их поверхность имеет темно-серый цвет с зеленоватым оттенком (рис. 1,2).

Рис.1. Труп мальчика Н., 5 лет. Множественные царапины на задней поверхности грудной клетки, обсыпанные медным купоросом.

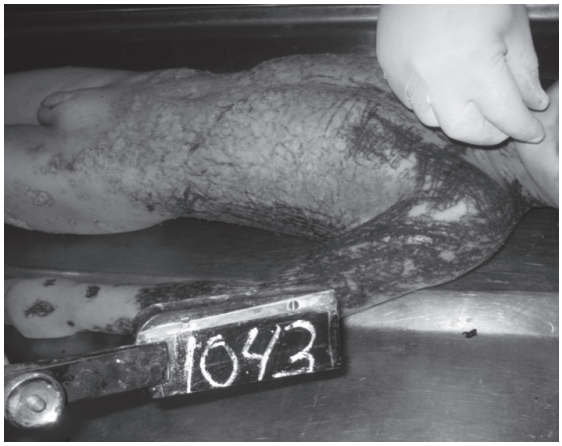


Рис.2. Труп мальчика Н., 5 лет. Общий вид. Множественные царапины на передней поверхности грудной клетки и левой верхней конечности, обсыпанные медным купоросом.

При внутреннем исследовании: множественные субсерозные мелкоточечные кровоизлияния под легочной плеврой, слизистой лоханок и мочеточников. Почки увеличены, на разрезе границы слоев стерты, отсутствие исчерченности коркового слоя, печень на разрезе тусклого гнилостного вида, в желудке зеленовато-голубого цвета жидкость около 50мл, слизистая зеленоватого цвета, слизистая тонкого и толстого кишечника зеленоватого цвета, такого же цвета содержимое. Обращает внимание след зеленоватого цвета, остающийся на перчатках после ощупывания и исследования внутренних органов (почек и легких). При судебно-гистологическом исследовании кусочков внутренних органов установлены тяжелые изменения в сердце, почках, головном мозге, надпочечниках. Наибольшее и наиболее тяжелые морфологические изменения выявлены в сердце и почках.

В миокарде: Отмечается застойное полнокровие микроциркуляторного русла. Обращает внимание состояние крови в сосудах; в большой части сосудов контуры эритроцитов сохранены, в других - эритроциты представлены бесструктурной гомогенной массой. В миокарде умеренный межмышечный отек. В миокардиоцитах выраженная дистрофия в виде фрагментации и глыбчатого распада. В части миокардиоцитов обнаружена своеобразная картина дистрофии, когда в мышечных клетках сарколемма сохранена, ядра отодвинуты к периферии, а саркоплазма в состоянии распада. При этом часть саркоплазмы сохранена (микрофото - рис.3,4).

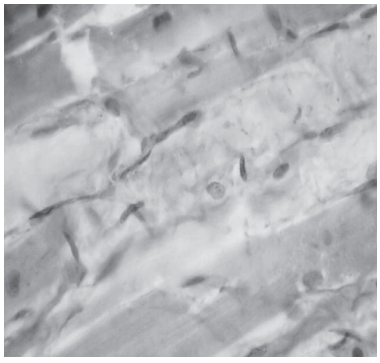


Рис.3.Саркоплазма миокардиоцитов в состоянии распада.
Окр. гематоксилин-эозином.Ув.х400.

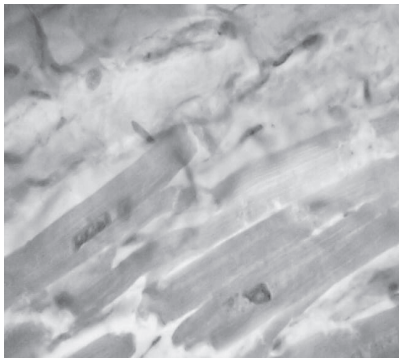


Рис.4. Фрагментация и глыбчатый распад миокардиоцитов.
Окр. гематоксилин-эозином. Ув.х400.

В почках: ткань почки неравномерно полнокровна, мозговой слой почки отечный, полнокровный. Структура крови в сосудах почки разная: в одних капиллярах контуры эритроцитов четко очерчены; в других - эритроциты гемолизированы и представляют собой гомогенную массу. Корковый слой почки малокровный, клубочки обескровлены, спавшиеся. В обоих зонах имеются канальцы, эпителий которых с явлениями дистрофии в виде зернистости; иногда в эпителии некрозы. В просвете канальцев мозгового слоя богатый белками фильтрат (микрофото - рис.5,6).

В головном мозге–перицеллюлярный, периваскулярный отек, гемолизированная кровь в сосудах (микрофото - рис.7); надпочечниках - истончение коры (микрофото - рис.8). Обращает внимание наличие гемолизированной крови в сосудах во всех органах, в том числе и поджелудочной железе. Судебно-химическим способом в тканях печени и почки обнаружена медь, а в тканях желудка, тонкого кишечника, веществе головного мозга медь не выявлена (акт № 2394/638).

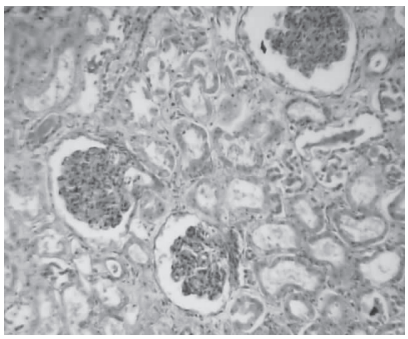


Рис. 5.Дистрофия эпителия канальцев почек обескровливание и спадение капилярных петель клубочков.
Окр.гематоксилин-эозином. Увх180.

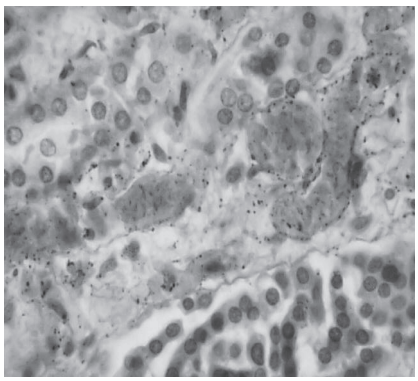


Рис. 6. Застойное полнокровие капилляров почек, сладж-феномен. Отек стромы. Окр. гематоксилин-эозином. Увх400.

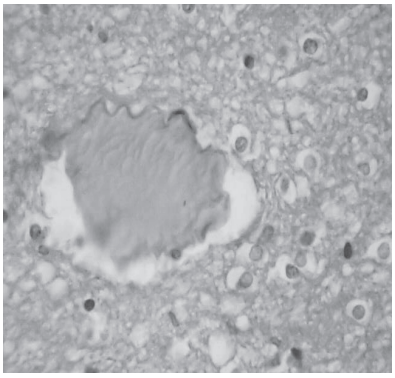


Рис. 7. Гемолизированная кровь в сосудах головного мозга. Окр. гематоксилин-эозином. Ув.х400.

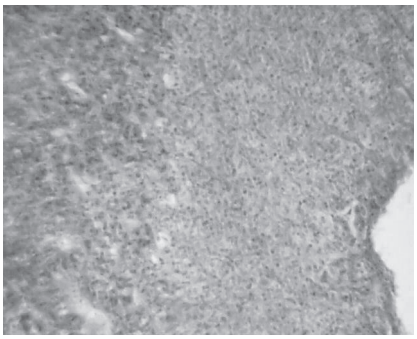


Рис.8. Истончение коры надпочечников. Окр. гематоксилин-эозином. Ув.х180.

На основании судебно-медицинского исследовании трупа, результатов лабораторных исследований и обстоятельств лечения, непосредственной причиной смерти определена полиорганная недостаточность на почве острого отравления соединениями меди (медный купорос). Сульфат меди (медный купорос) используется для протравки семян. Отравления им происходит обычно при пероральном употреблении (смертельная доза для взрослого человека от 8 до 30 г. При вдыхании остротоксической дозой считается 11мг/кг. При попадании на кожу токсического вещества поражение происходит крайне редко. В данном случае покрытие практически 60% туловища при наличии множественных ворот (царапин), вдыхание паров вещества во многократно увеличило токсичность вещества для организма ребенка 5 лет. Клинические, морфологические проявления подпадают под классическую форму отравления и подтверждается соответствующим цветом внутренних органов (почек, легких), слизистой желудка и кишечника, и обнаружением меди в тканях печени и почках при судебно-химическом исследовании[7].

В связи с этим отравление малолетнего Н. медным купоросом должно быть расценено как Тяжкий Вред здоровью по признаку Опасности для жизни (п.13, подпункты 1,4,5,6,10 п.30 Правил судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью (Приказ № 59 от 09.02.2012г. МЗ КР) [6].

С нашей точки зрения, выявленные тяжелейшие морфологические изменения в виде глыбчатого распада и фрагментации миокардиоцитов, гемолиза крови в сосудах практически всех внутренних органов, выраженной «шоковой почки», истощение коры надпочечников являются специфическими морфологическими признаками острого тяжелого отравления медным купоросом.

Таким образом, целительство как таковое, имеет право на существование при наличии определенных условий, предусмотренных Законом (диплом о медицинской подготовке и лицензии на определенный вид деятельности), но при не превышении тех границ, выход за пределы которых причиняет вред здоровью, а то и смерть граждан, влекущих за собой уголовную ответственность.

В данной статье мы обратили внимание на грубое невежество, прикрываемое целительством, и обязательность судебно-медицинской экспертизы для медико-биологического обоснования правовой оценки негативных последствий «целительства».

Литература:

1.Анартаев М.А., Каримбаев С.Э., Абдиев М.А., Учланов Ж.Ш., Насипов Ф.К. Литературный исход при лечении чесотки средствами «народной» медицины // Судебно- медицинская экспертиза в Казахстане. - 2003. - №4/9. - С.36-37.

2.Атамбаева Р.М., Исакова Ж.К. Проблемы репродуктивного здоровья женщин и девушек-подростков в этнокультуре кыргызов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2016. - №4. - С.89-92.

3.Гражданский кодекс Кыргызской Республики, г.Бишкек 2015.-с.25

4.Закон об охране здоровья граждан Кыргызской Республики. - Бишкек, 2005 по состоянию на 27.06.2013 года.

5.Правила проведения судебно- медицинских экспертиз в Кыргызской Республике.- Бишкек, 2012.-С.395-406.

6.Руководство по судебно-медицинской экспертизе отравлений / Под. ред. Р.В. Бережного и др. - М.: Медицина, 1980.-112 с.

7.Уголовный кодекс Кыргызской Республики. - Бишкек, 2015.

ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ХОБЛ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Райымбеков Н.К., Дюшеева Б.М.

Научно - Исследовательский Институт Молекулярной Биологии и Медицины Национального Центра Кардиологии и Терапии имени академика М. Миррахимова при МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Кафедра биохимиии с курсом общей и биоорганической химии

Заведующий кафедрой доцент Махмудова Ж.А.

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Целью исследования является изучение патогистологических изменений сосудов малого круга кровообращения при ХОБЛ в условиях высокогорья. Применялись гистологические, морфометрические и электронно-микроскопические методы исследования. Результаты исследования: при ХОБЛ в условиях высокогорья выявлены выраженные изменения структур вне и внутриорганных артерий особенности сегментарных и тяжелое поражение альвеолярных капилляров, сопровождающееся потерей поверхности газообмена, значительное утолщение промежуточного пространства АГБ, десквамацию альвеолярной выстилки, что может способствовать в значительной степени утяжелению течения ХОБЛ в условиях высокогорья.

Ключевые слова: ХОБЛ, сосуды малого круга кровообращения, высокогорье.

БИЙИК ТООЛУУ ШАРТЫНДАГЫ ОПКОНУН ОНОКОТ ОБСТРУКТИВДИК ООРУЛАРЫНДА КАН ТАМЫРДЫН ПАТОГИСТОЛОГИЯЛЫК ОЗГОРУУСУ

Райымбеков Н.К., Дюшеева Б.М.

М.Миррахимоватындагыулуттук кардиология жана терапия борборунМолекулярдык Биология жана Медицина институту. г. Бишкек, Кыргызская Республика

Кафедра биохимиии с курсом общей и биоорганической химии

Кафедра башчысы доцент Махмудова Ж.А.,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Корутунду. Изилдоонун максаты болуп опконун обструктивдик онокот оорусунун опконун кантамырларын озгорусуу. Патогистологиялык, морфометриялык жана электронно-микроскопиалардык ыкмалар колдонулду. Изилдоонун натыйжасы: обструктивдик онокот оорусунун опконун кантамырларын озгорусуу жана опконун ультраструктуралык компонентерин озгорусуу, орунун бийик тоолуу шарттарында тааталдыштырат.

Негизги создор: опконун обструктивдик онокот оорусуу, бийик тоолуу шарт, опконун кан тамырлары.

HISTOPATHOLOGICAL CHANGES OF THE VESSELS OF THE LESSER CIRCULATION IN PATIENTS WITH COPD AT HIGH ALTITUDE

Raiymbekov N.K., Dusheyeva B.M.
Scientific - Research Institute of Molecular Biology and Medicine at NSKiT Academician M.M. Mirrahimov Ministry of HealthBishkek, Kyrgyz Republic
Kyrgyz State Medical Academy named after IK Ahunbaeva
Bishkek, Kyrgyz Republic
Department of Biochemistry and Bioorganic chemistryof KSMA after name I.K.Akhunbaev (Head of department executive prof. Mahmudova J.A.)

Resume. The purpose of this study is to investigate histopathological changes of the vessels of the pulmonary circulation in patients with COPD at high altitude. Used histological, morphometric and electron microscopic methods. The results of the study: in patients with COPD at high altitude conditions revealed pronounced changes in the structures outside and intraorgan arteries segmental features and a heavy defeat of the alveolar capillaries, accompanied by loss of surface gas exchange, a significant thickening of the intermediate space of the AGB, desquamation of the alveolar lining that may contribute to a significant degree the weighting of the course of COPD in a high altitude.

Key words: COPD, vessels of the lesser circulation, the highlands.

Актуальность исследования. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из важнейших причин инвалидизации и смертности населения во всех странах, что приводит к экономическому и социальному ущербу, причем уровень его возрастает с каждым годом. В структуре смертности ХОБЛ занимает четвертое место в мире в возрастной группе старше 45 лет. К 2020 году ожидается, что смертность при ХОБЛ будет находиться на третьем месте [1]. Основная категория больных - это лица трудоспособного возраста (от 40 до 67 лет).

Хроническая обструктивная болезнь легких является одной из главных проблем современной медицины, что связано с ее большой распространенностью, частым снижением трудоспособности и существенным влиянием на смертность населения [2,3,4,5].

Проблема ХОБЛ особенно актуальна в высокогорных регионах, где постоянно проживает значительная часть мирового населения, в том числе для горного Кыргызстана, где более половины территории расположены на высотах, превышающих 3000 м над уровнем моря, и, соответственно, подавляющая часть населения проживает в экстремальных горных условиях. Кроме того, люди вынуждены подниматься на большие высоты в силу разных причин (трудовая деятельность, военная служба, горный туризм, занятия спортом, альпинизм). Согласно данным ВОЗ к концу XX в. > 140 млн человек проживали на высоте ≥ 2500 м* [4] и около 40 млн человек ежегодно поднимаются на такие высоты [6].

Известно, что экстремальные горные условия способствуют формированию, а в определенных случаях – утяжелению легочных заболеваний. В ряде исследований были показаны высокая распространенность, более тяжелое и прогрессирующее течение ХОБЛ у горцев Тянь-Шаня [7,8,9,]. Такая же тенденция описана у жителей высокогорья Анд и Гималаев. Более того, смертность от ХОБЛ в высокогорье в 2-2,5 раза превышает таковую в предгорных регионах [10,11,12].

В этих условиях особо актуальным является исследования патогистологических изменений сосудов малого круга кровообращения при ХОБЛ в условиях высокогорья, для изучения и понимания механизмов развития легочной артериальной гипертензии и формирования легочного сердца.

Цель исследования. Изучить патогистологические изменения сосудов малого круга кровообращения при ХОБЛ в условиях высокогорья.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования служили аутопсии легких и сердца взятых при вскрытии 9 умерших больных с ХОБЛ, в условиях высокогорья 2200-3000 м над уровнем моря (хронический обструктивный бронхит, хроническая обструктивная эмфизема). Возраст,

которых колеблется от 47 до 68 лет, длительность заболевания 10-17 лет. Контролем для них служили аутопсии легких и сердца 15 умерших больных ХОБЛ в условиях низкогорья 760 м над уровнем моря (хронический обструктивный бронхит, хроническая обструктивная эмфизема), сопоставимых по возрасту. Для сравнительного анализа исследовали легкие и сердца 10 случайно погибших горцев (черепно-мозговая травма, травматический шок) без легочно-сердечной патологии в возрасте 25-56 лет на высоте 2500-3600 м над уровнем моря. Контролем для них служили легких и сердца 10 коренных жителей низкогорья, также случайно погибших при ДТП (черепно-мозговая травма, травматический шок), без легочно-сердечной патологии, сопоставимых по возрасту

Применялись гистологические, морфометрические и электронно-микроскопические методы исследования.

У умерших больных с ХОБЛ в условиях высокогорья, низкогорья, и у случайно погибшихкоренных горцев и коренных жителей предгорья без легочно-сердечной патологии определяли объем правого легкого. В главный бронх вводили около 100 мл формалина (10 % раствора). Затем легкие помещали в большой объем формалина и через 2-3 суток для гистологического исследования вырезали из обоих легких 15 кусочков. При этом из каждой доли правого и левого легкого вырезали по 3 кусочка (прикорневая, срединная, периферическая) размером 1,5 х 2 см перпендикулярно по ходу сосудов и бронхов. Взятый материал фиксировали 4% растворе формалина на фосфатном буфере рН 7,2 02М. после обезвоживания заливались в парафин. Парафиновые срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилин-эозином, пикрофуксин-фукселином. Для электронной микроскопии через 2 часа после смерти брали кусочки 1,5 х 2,0 мм из трех зон (субплевральной области в верхней, средней, и нижней доли правого легкого) и фиксировали в 2,5 % глутаральдегида на фосфатном буфере рН 7,2 02 М в течении 4 часов, дофиксацию проводили в 1 % растворе четырех окиси осмия, обезвоженные кусочки заливались в аралдит. Полутонкие срезы окрашивались толуидиновым синим. Ультратонкие срезы приготовленные на ультратоме «Тесла» BS 416 просматривались на электронном микроскопе ПЭМ- 100.

Последующую обработку кусочков тканей и сосудов легких для световой, электронной микроскопии проводили по описанным выше методикам.

Результаты исследования и обсуждения. При ХОБЛ в условиях высокогорья, в легочных артерий распределения отмечается увеличение просвета общего легочного ствола, которая более выражена в верхней доле легкого (табл.1). В условиях высокогорья выявлено значительное расширение просвета внутрилегочных стволов и незначительное уменьшение толщины стенки (табл.2).

Таблица 1 - Регионарные особенности легочных артерий распределения малого круга кровообращения у горцев с ХОБЛ в сравнении с теми же показателями жителей низкогорья с ХОБЛ (М ± м)

Доли легкого	Жители низкогорья с ХОБЛ		Горцы с ХОБЛ	
	Диаметр просвета мкм	Толщина стенки мкм	Диаметр просвета мкм	Диаметр просвета мкм
Высота над уровнем моря				
	760	760	2200-3000	2200-3000
Верхняя	3,1 ±0,06	68 ±0,3	4,7 ±0,4	85 ±2,3
Средняя	2,8 ±0,05	62 ±4,3	4,3 ±0,4	83 ±1,3
нижняя	2,9± 0,03	67± 3,7	3,7± 0,2	87± 4,3

P≤0,001

В стенках внутриорганных артерий выявляются признаки альтерации эластических волокон и гиперплазия гладкомышечных волокон (ГМК) в средней оболочке. Отмечается чередования участков гипертрофированных и атрофированных эластических волокон. Внутрисегментарные артерии имеют более расширенные просветы в нижней доле по сравнению с верхней.

В стенке сегментарных артерий отмечается признаки дезорганизации и перестройки структур сосудистой стенки в виде выпрямление эластических волокон с расширением межволокнистого пространства и появления мощного гладкомышечного слоя.

Таблица 2 - Регионарные особенности внутридольковых центральных артерий сопротивления легких у горцев с ХОБЛ в сравнении с теми же показателями жителей низкогорья с ХОБЛ (М ± м)

Доли легкого	Жители низкогорья с ХОБЛ		Горцы с ХОБЛ		Отношение медии к просвету в %	
	Площадь медии (мкм)	Площадь просвета (мкм)	Площадь медии (мкм)	Площадь просвета (мкм)		
Высота над уровнем моря (9м)						
	760	760	2700-3000	2700-300	760	2700-3000
Верхняя	6424± 10	10801± 132	5372±102	13981± 151	51,0± 1,2	30,8± 1,8
Средняя	5394± 27	10298± 67	5672±74	13401± 67	50,4± 1,4	40,2± 1,2
Нижняя	6044± 56	9338± 51	6269± 90	11708± 54	60,4± 0,4	50,3± 1,6

$P \leq 0,001$ $P \leq 0,001$

Таким образом, при ХОБЛ в горных условиях определяется увеличение емкости артерий распределения, что отражается в их структуре в виде выпрямления эластических волокон и появления мощного гладкомышечного слоя.

В сосудах сопротивления при ХОБЛ как в низкогорья, так и в высокогорья отмечается расширение просвета внутридольковых и терминальных артерий (табл.3). Увеличение емкости мышечных артерий сопровождается достоверным уменьшением толщины медии, которая больше выражена у горцев с ХОБЛ.

Таблица 3 - Регионарные особенности терминальных артерий сопротивления легких у горцев с ХОБЛ в сравнении с теми же показателями жителей низкогорья с ХОБЛ (М ± м)

Доли легкого	Жители низкогорья с ХОБЛ		Горцы с ХОБЛ		Отношение медии к просвету в %	
	Площадь медии (мкм)	Площадь просвета (мкм)	Площадь медии (мкм)	Площадь просвета (мкм)		
Высота над уровнем моря (9м)						
	760	760	2700-3000	2700-300	760	2700-3000
Верхняя	6422± 11	10801± 182	5821± 191	15204± 168	50,9± 1,7	31,0± 2,1
Средняя	5588± 24	10292± 67	6124± 276	16936± 62	54,2± 1,6	36,0± 1,1
Нижняя	6021± 56	9334± 51	6487± 77	14783± 92	64,0± 0,7	40,3± 1,7

$P \leq 0,001$ $P \leq 0,001$

В терминальных артериях и артериолах отмечается увеличение толщины меди и уменьшение просвета во всех зонах легких (табл.2,3). Эти морфологические изменения отражают увеличение легочно-сосудистого сопротивления за счет тонуса легочных артериол во всех зонах легких (табл.4).

Таблица 4 - Регионарные особенности артериол легких у горцев с ХОБЛ в сравнении с теми же показателями жителей низкогорья с ХОБЛ (М ± м)

Доли легкого	Жители низкогорья с ХОБЛ		Горцы с ХОБЛ		Отношение медии к просвету в %	
	Площадь медии (мкм)	Площадь просвета (мкм)	Площадь медии (мкм)	Площадь просвета (мкм)		
Высота над уровнем моря (м)						
	760	760	2700-3000	2700-300	760	2700-3000
Верхняя	520± 57	2210± 56	2434± 124	1917± 147	20,8± 1,8	102,1± 2,7
Средняя	692± 52	2204± 47	2567± 97	1887± 134	30,1± 1,4	108,1± 1,7
Нижняя	642± 67	2103± 62	2623± 112	1823± 137	30,5± 1,6	104,7± 1,2

$P \leq 0,05$ $P \leq 0,002$ $P \leq 0,001$

Следует отметить, что в группе горцев артериализации подвергаются самые мелкие артериолы диаметром 40 мкм и даже прекапилляры диаметром менее 30 мкм, увеличивается их количества 30 артериол на 100 альвеол (10 на 100альвеол в контроле), это заметно увеличивает легочно-сосудистое сопротивление. Кроме того, в группе горцев легочно-сосудистое сопротивление увеличивается за счет уменьшение просвета терминальных артерий и артериол вследствие пролиферации гладкомышечных и эндотелиальных клеток в сторону просвета сосудов от внутренней эластической мембраны с последующим формированием новых сосудов в просвете основного ствола легочной артерий (рис.1,2).

При ХОБЛ как в условиях высокогорья, так и в условиях низкогорья прослеживается зависимость изменений легочных артерий от характера патологического процесса в легочной ткани. Они более выражены при преобладании дистелектазов, чем при преобладании очагов хронической пневмонии. Миоэластоз, миофиброз, перестройка артериол в артерии, появление замыкающих сосудов возникают на фоне хронического полнокровия альвеолярных перегородок, сопровождающегося коллагенизацией и гемосидерозом.

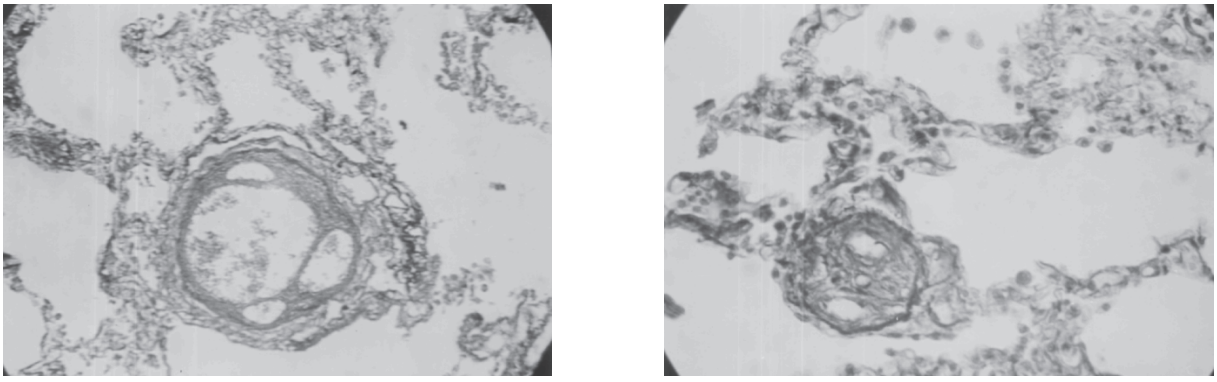


Рис.1, 2. Легкие больного с ХОБЛ в условиях высокогорья (2700-3000 м н ур моря). 1). Легочная артерия диаметром 70-80 мкм. Фиброэластоз интимы. Просвет артерий представлен несколькими каналами разного диаметра. Среди коллагеновых волокон обнаруживается лимфатические капилляры с широкими просветами. 2). Легочная артериола диаметром 40 мкм. Отмечается развитие фиброэластоза интимы за счет пролиферации гладкомышечных клеток, эндотелия и коллагеновых волокон. Просвет артериолы представлен двумя узкими каналами. Окраска пикрофуксин-фукселином. 1,2 ув х 480.

В обеих группах при ХОБЛ отмечается развитие продольного мышечного слоя в стенке внутридольковых и терминальных артерий. Продольный мышечный слой формируется в сторону просвета сосуда от внутренней эластической мембраны из камбиальных элементов. Наличие продольного мышечного слоя в артериях позволяет полностью прекратить кровоток. Этот приспособительный процесс, видимо, возникает, когда капилляры уже не выдерживают большого давления крови. Часто продольный мышечный слой находится в состоянии фиброза, что отражает состояние декомпенсации.

Появление очагов ангиоматоза в легких больше отмечалось в группе горцев. Эти множественные ангиомы представляют собой тесно расположенные разного диаметра сосуды. Такое новообразование сосудов также, видимо, является своеобразным приспособительным процессом в условиях альвеолярной гипоксии, направленный на кислородное обеспечения организма. У горцев с ХОБЛ изменения структуры вен выражались в утолщении наружной эластической мембраны и выраженной гипертрофии мышечного слоя. В группе низкогорцев, наружная эластическая мембрана выражена незначительно и отмечается менее выраженная по сравнению с горцами гипертрофия мышечного слоя.

Электронно-микроскопические исследования легких при ХОБЛ условиях высокогорья обнаружила различный характер ультраструктурных изменений легочных капилляров и межальвеолярных перегородок. В участках эмфиземы и пневмосклероза общее количество капилляров было уменьшено, оставшиеся капилляры имели щелевидный просвет, что объясняется сдавлением их окружающими тканями. С просветом альвеол контактировала лишь малая часть периметра капилляра.

Со стороны эндотелия альвеолярных капилляров отмечались признаки функционального напряжения в виде выраженного микропиноцитоза и увеличения их размеров.

Заключение. Таким образом, изучение патогистологических изменений структур легочных сосудов на всех уровнях ее организации и ультраструктурных компонентов межальвеолярных перегородок при ХОБЛ у горцев показало выраженные изменения структур вне и внутриорганных артерий особенности сегментарных, и тяжелое поражение альвеолярных капилляров, сопровождающееся потерей поверхности газообмена, значительное утолщение промежуточного пространства АГБ, десквамацию альвеолярной выстилки, что способствует в значительной степени утяжелению течения ХОБЛ в условиях высокогорья.

Литература:

1. Чучалин А. Г. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 800 с.

2. Миррахимов М.М., Убайдуллаев А.М., Бримкулов Н.Н. Пульмонология в республиках Центральной Азии: состояние и будущие перспективы // Центрально- Азиатский медиц. журнал. -1997.- Т. 3.№1.-С. 79-85.

3. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации по хронической обструктивной болезни легких. - М.: Атмосфера, 2003. - 168 с.

4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO Workshop Report. Bethesda, National Heart, Lung and Blood Institute // NIH Publication -2001.-№2701.-P. 1-100.

5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Last updated 2011. www.goldcopd.org.

6. Сооронбаев Т.М. Хроническая обструктивная болезнь легких и высокогорье. - Бишкек, 2007. - 137 с.

7. Миррахимов М.М. Очерки о влиянии горного климата Средней Азии на организм. Фрунзе,1964, 176 с.

8. Миррахимов М.М. Болезни сердца и горы.Фрунзе,1971,305 с.

9. Миррахимов М.М., Мейманалиев Т.С. Высокогорная кардиология Фрунзе.: Кыргызстан, 1984,316 с.

10. Кадыралиев Т.К. Морфология сосудов малого круга кровообращения при адаптации человека и животных к условиям высокогорья. Автореф. дисс. докт. мед.наук. М.: 1993. 43 с.

11. Кудайбердиев З.М. Легочная артериальная гипертензия и легочное сердце при хроническом бронхите в горных условиях: Автореф. дисс. докт. мед наук.: 14.00.05. - Новосибирск, 1988.-32 с.

12. Райымбеков Н.К., Кадыралиев Т.К. Структурные основы адаптации легочных сосудов и компенсации хронического легочного сердца в условиях высокогорья. Сборник трудов IV конгресса Евро-азиатского респираторного общества. 2008. С. 85

СОДЕРЖАНИЕ

1. Внутренняя медицина…….. 6

2. Фундаментальные дисциплины…….. 104

3. Вопросы хирургии…… 175

4. ЛОР-болезни. Офтальмология. Стоматология……. 248

5. Педиатрия. Акушерство и гинекология……. 273

6. Секция морфологии, посвященная 125-ти летию проф. Малышева Б.Ф……... 318

КММАнын ЖАРЧЫСЫ

ВЕСТНИК КГМА

Компьютерная верстка *Салиев Э.Ж.*

Подписано в печать 30.03.2017.
Формат бумаги 60х84 $^{1}/_{8}$.
Объем 44 печ. листов.
Тираж 150 экз.

Отпечатано ОсОО «Кут Бер» г. Бишкек, ул. Медерова, 68