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

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

**Международный научный форум
Дни науки-2020, посвященный 50-летию работы
Высокогорной научной базы КГМА в Тоо-Ашуу**

Бишкек

СОДЕРЖАНИЕ

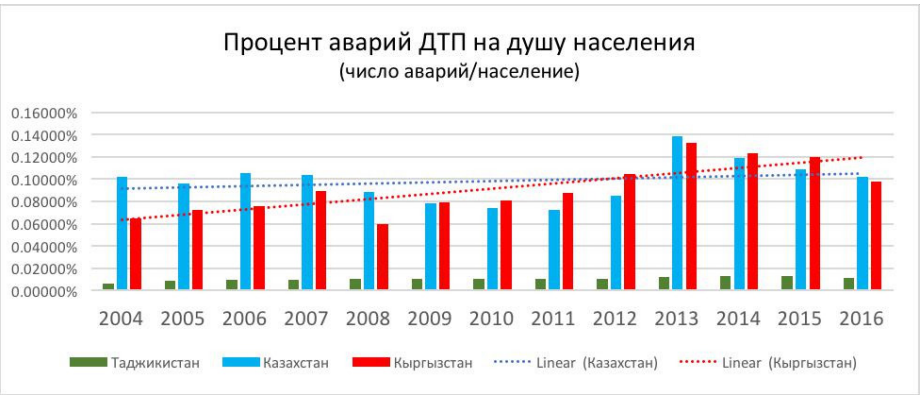
ВОПРОСЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН 3
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН 30
ПРОБЛЕМЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА 121
ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ 175
ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ,
ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ 237
ПРОБЛЕМЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ И ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ 274
ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ 293
ВОПРОСЫ ФАРМАЦИИ 306
ГУМАНИТАРНЫЙ БЛОК 330
МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ «МАНАС» 347

ИСПЫТАНИЕ КОСТНОГО МАТЕРИАЛА НА ПРОЧНОСТЬ. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БИОМЕХАНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

асс. каф Богомолец К.Ю., д.м.н., профессор Алымбаев Э.Ш, доц., к.м.н. Абирова Р.Э., доц., к.ф-м.н. КГТУ им. И. Разакова Кожошов Т.Т.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра факультетской педиатрии
Кыргызский Государственный Технический Университет имени И. Раззакова
Кафедра механики и промышленной инженерии г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация: Цель исследования. Сравнительная оценка прочностных свойств и состава костно-пластических материалов после испытания на сжатие с учетом их анизотропных свойств.
Материал и методы. Исследовали образцы бедренной кости человека и коровы. Для сравнительного анализа показателей была взята дополнительно сталь №3. Испытание проводилось на гидравлическом прессе ПГ-100. Замеры материалов производились дважды с помощью штангенциркуля. В процессе испытания велось наблюдение за поведением образцов по диаграмме. Прочностные свойства изучали путем сжатия образцов костной ткани с автоматической записью кривых. Из кривых сжатия были рассчитаны механические характеристики: предел пропорциональности, предел прочности, относительная деформация до разрушения и модуль Юнга. Изучены изменения морфологии поверхности костных материалов. Все полученные данные заносились в таблицу.
Заключение. Изучение физико-механических свойств образцов бедренной кости позволяет получить представление о влиянии деформирующих факторов на структуру и свойства костной ткани.
Ключевые слова: костная ткань, травматизм, сталь, пресс, физико-механические свойства, механика

Актуальность. Интенсификация жизнедеятельности современного человека приводит к повышенному риску травматизма по всему миру. Частота политравм в крупном промышленном городе составляет в среднем 1 на 1000 населения в год, а летальность при политравме – 23 % [1.]. Травмы являются одной из главных причин инвалидности и смертности среди людей любой страны мира. По данным Dinesh Seti (2009) больше всего людей гибнет в регионах стран с низким и средним уровнями доходов. По данным ВОЗ ежегодно 5 миллионов человек теряют свою жизнь в результате полученных травм. Около 50% смертности, связанной с травматизмом, приходится на молодых людей в возрасте от 15 до 44 лет, тем самым создавая колоссальные человеческие и финансовые издержки.
В Кыргызстане на 2017 по причинам смертности травмы стояли на третьем месте. По данным статистики одной из главных причин травматизма в Кыргызстане являются ДТП (табл. 1). Исходя из таблицы, можно сделать вывод о стабильном ежегодном приросте ДТП в КР и о его лидирующих позициях по данному показателю среди соседних республик. Ежегодно в КР по причине травм госпитализируется более 60 тысяч пациентов, что составляет 1% от общего количества госпитализаций. По данным Республиканского медико-информационного центра в 2011 году травмы нижней конечности заняли третье место – 14 163 (21,9%) [2]. Переломы бедренной кости – 12,1% от общего количества переломов госпитализированных больных (Анаркулов Б.С., 2011).



Для испытания на прочность была взята именно бедренная кость человека (рис. 1-2) в связи с высокими показателями как ее прочности, так и частоты ее травматизма. Бедренная кость человека считается крупнейшим элементом скелета. Является трубчатой костью. Состоит из диафиза и двух эпифизов. На концах эпифизов располагаются хрящи. Эпифизы представляют собой губчатую костную ткань. Между телом и головкой находится эпифизарный хрящ, обеспечивающий рост кости в длину [3]. Со стороны биомеханики бедренная кость выполняет опорную и рычаговую функции. Также в ней располагается красный костный мозг, необходимый для процессов кроветворения.

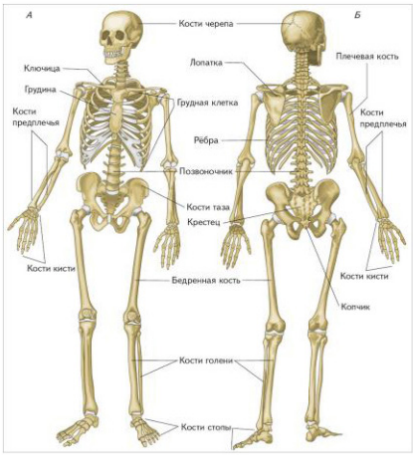


Рисунок 1-2.

Вторым образцом для испытания на прочность была взята бедренная кость коровы (рис. 3-4). Бедренная кость коровы – типичная длинная трубчатая кость, на проксимальном эпифизе которой располагается головка шаровидной формы с ямкой для круглой связки. Латерально от головки, отграниченной шейкой, выступает большой вертел, а медио-каудально от головки – малый вертел. Биомеханические и физиологические функции – те же, что и у человека [4].

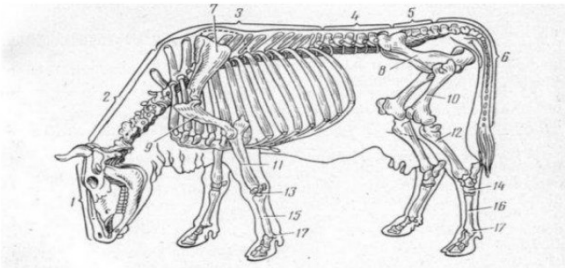


Рис. 7. Скелет коровы:
1 — череп; 2 — шейный; 3 — грудной; 4 — поясничный и 5 — крестцовый отделы скелета туловища; 6 — скелет хвоста; 7 — плечевой пояс (лопатка); 8 — тазовый пояс; 9 — плечевая кость; 10 — бедренная кость; 11 — кости предплечья; 12 — кости голени; 13 — кости запястья; 14 — кости заплюсны; 15 — кости пясти; 16 — кости плюсны; 17 — кости пальцев.

Рисунок 3 – 4.

Бедренная кость по своей природе является анизотропным материалом.

Анизотропные материалы – это материалы, свойства которых неодинаковы по различным направлениям. Волокна в таких материалах имеют определенное направление. Наряду с костной тканью к анизотропным материалам относятся монокристаллы, волокнистые и пленочные материалы, железобетон, пластмассы со слоистыми наполнителями (текстолиты, углепластики и др.), композиционные материалы, древесина и прочие. В общем случае, механические свойства анизотропных материалов несимметричны относительно любой плоскости или осей.

Конструкции из этих материалов обладают высоким качеством и прочностью (Большой энциклопедический политехнический словарь). Именно это качество объясняет высокую прочность бедренной кости.

Последним материалом в нашей работе, подвергшимся сжатию, стал образец стали №3. Сталь – деформируемый сплав железа с углеродом (2%) и другими элементами. По назначению бывают конструкционные, инструментальные и стали с особыми физическими и химическими свойствами. Качество стали обеспечивается металлургическим процессом. В зависимости от способа получения стали она может быть как анизотропным, так и изотропным материалом (Рисунок 5).

Рисунок 5.

Резюмируя, актуальность изучения физико-механических свойств бедренной кости человека продиктована необходимостью: знание возможностей ее прочности и ее сравнительных биомеханических характеристик дает возможность оценить силу, приложенную при получении травмы, и, таким образом, сделать возможный прогноз реабилитации.

Цель исследования

Сравнительная оценка прочностных свойств и состава костно-пластических материалов после испытания на сжатие с учетом их анизотропных свойств. Сравнение показателей прочности и видов деформаций исследуемых объектов.

Материалы и методы исследования

На опыте проанализировали значения прочностных характеристик объектов исследования при сжатии. Образцы костной ткани перед испытанием претерпели обезжиривание и высушивание. Прошли подготовку на шлифовальных станках для выравнивания плоскостей (Рисунок 6). Количество образцов бедренной кости человека и коровы составило по 3 единицы каждого вида. В обоих случаях были взяты образцы верхней трети диафиза бедренной кости. Дополнительно был взят стандартный образец для испытаний – сталь №3.

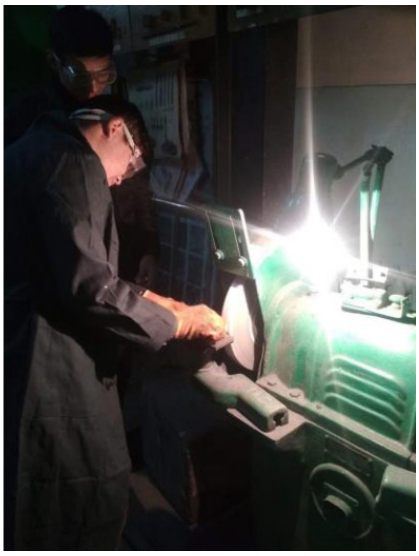


Рисунок 6.

Определение габаритных размеров (длины, толщины и ширины) образцов осуществляли при помощи штангенциркуля. Замеры проводили в начале и в конце испытаний. Полученные данные заносились в таблицу SPSS 20.0.

Испытание на сжатие проводилось на гидравлическом прессе ПГ-100. В процессе испытания велось наблюдение за поведением образцов по диаграмме. Испытания проводили при комнатной температуре со скоростью нагружения в среднем 0,5 мм/мин. Прочностные свойства изучали путем сжатия образцов костной ткани и стали с автоматической записью кривых. Из кривых сжатия были рассчитаны механические характеристики: предел пропорциональности (σпц), предел прочности (σВ), относительная деформация (ε) до разрушения и модуль Юнга (Е).

Расчеты проводились по соответствующим формулам. На полученных графиках выделяли предел пропорциональности (σпц) и предел прочности (σВ). Пределом пропорциональности называется максимальное механическое напряжение, при котором выполняется закон Гука, то есть деформация тела прямо пропорциональна приложенной силе. Предел прочности – механическое напряжение, выше которого происходит разрушение материала. То есть это пороговая величина, превышая которую механическое напряжение разрушит некое тело из конкретного материала. Относительными называют деформации, определяемые отношением изменения размера к соответствующим начальным размерам тела. Относительная деформация рассчитывалась по формуле:

$$\varepsilon = \frac{l_к - l_0}{l_0},$$

где ε – относительная деформация; l_0 – начальная длина образца; $l_к$ – конечная длина образца после деформации.

Модуль Юнга (модуль продольной упругости) – физическая величина, характеризующая способность материала сопротивляться растяжению, сжатию при упругой деформации. Рассчитывается по формуле:

$$E = \frac{\Delta P \cdot l_0}{\Delta l_{ср} \cdot S_0},$$

где Е – модуль Юнга; $P = P - P_0$; P_0 – начальное усилие (Н); Р – нагрузка, равная 70% от предела пропорциональности σпц; $\Delta l = lк - l_0$ – удлинение образца, вызванное приложенной нагрузкой Р; $\Delta l_{ср}$ – среднее значение удлинения образца при нагружении, которое определяется на упругом участке; S0 – площадь поперечного сечения исходного образца, измеренная перед испытанием; l_0 – начальная длина образца; $l_к$ – конечная длина образца после деформации.

Результаты

В ходе процесса деформирования образцы имели специфические особенности. Перед испытанием и после него проводили измерение габаритов (длины, толщины и ширины) с помощью штангенциркуля [5]. Для испытания стали №3 использовали образец цилиндрической формы (рисунок 7) высотой (h) 2,5 см, диаметром (d) 1,9 см. Используя формулу, рассчитали площадь образца:

$F_0 = \frac{\pi d^2}{4} = 2{,}83$

Рисунок 7.

Сталь №3 при сжатии проявляла признаки пластичных материалов. В процессе повышения нагрузки образец приобрел форму бочонка. На полученной в ходе исследования диаграмме (Диаграмма 1) имелся прямолинейный участок ОА, свидетельствующий о наличии между нагрузкой Р и укорочением линейной зависимости (Закон Гука), так называемый предел пропорциональности. Пределом пропорциональности называется максимальное механическое напряжение, при котором выполняется закон Гука, то есть деформация тела прямо пропорциональна приложенной силе. Далее следовал участок зоны текучести, характеризующийся продолжающейся деформацией без увеличения нагрузки. Данный материал невозможно было довести до разрушения ввиду его пластических свойств. При нарастающей нагрузке отмечалось лишь непрерывное увеличение ординат.

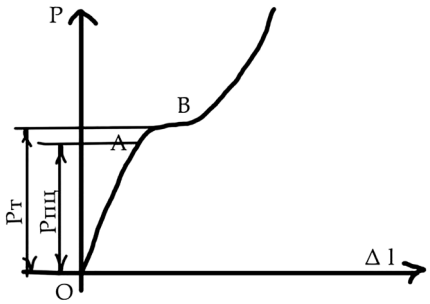


Диаграмма 1. Испытание стали №3 на сжатие.

Таблица 1 - Габариты образца стали

Материал	Измеряемая величина	До опыта	После опыта
Сталь №3	Диаметр (см)	d0= 1,9	d1= 2,3
	Высота (см)	h0= 2,5	h1= 1,8
	Площадь (см^2)	F0 = 1,9	F1 = 4,9

Нагрузка $P_т$ (150 кг/см^2) соответствовала пределу текучести, а нагрузка $P_{пц}$ (130 кг/см^2) – пределу пропорциональности. Из полученных данных рассчитали значения предела пропорциональности и текучести по формулам:

$\tau_{пц} = \frac{p_{пц}}{F_0}$ (предел пропорциональности); $\tau_т = \frac{p_т}{F_0}$ (предел текучести)

$\tau_{пц} =$ 45,93 и $\tau_т =$ 53,003

Количество образцов бедренной кости человека и коровы составило по 3 единицы каждого вида. Габаритные параметры образца бедренной кости человека: высота (h) – 5,0 см, диаметр (d) – 3,0 см. Габаритные параметры образца бедренной кости коровы: высота (h) – 5,0 см, диаметр (d) – 10,0 см (Рисунок 8). Полученные данные заносили в таблицу.

Рисунок 8.

Таблица 2 - Габариты образцов бедренных костей

Материал	Измеряемая величина	До опыта	После опыта
Бедренная кость человека	Диаметр (см)	3,0	3,5
	Высота (см)	5,0	4,5
	Площадь (см^2)	7,06	9,6
Бедренная кость коровы	Диаметр (см)	8,0	9,0
	Высота (см)	5,0	4,8
	Площадь (см^2)	50,2	63,6

Площадь высчитывалась по формуле:

$F_0 = \frac{\pi d^2}{4}$ = 7,06 и 50,2 (до опыта)

По результатам испытания костные образцы имели хрупкий характер разрушения, т.е. имели малую величину степени деформации – менее 3%. Диаграммы по своей структуре были схожими и соответствовали хрупким материалам, представляли собой слабо искривлённые прямые (диаграмма 2).

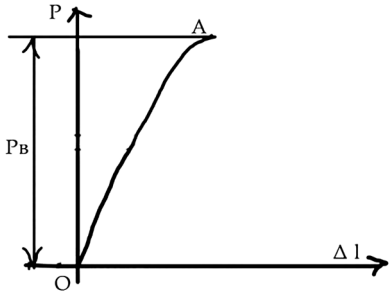


Диаграмма 2. Испытание костных образцов на сжатие.

При достижении момента разрушения (точка А) происходил скол костного образца под углом 45°. Он возникал из-за развития многочисленных трещин, имеющих ориентацию вдоль линии действия усилий Р. Нагрузка бедренной кости человека $P_в$ (170 кг/см^2) соответствовала моменту разрушения образца, а нагрузка $P_{пц}$ (150 кг/см^2) – пределу пропорциональности (Рисунок 9). Из полученных данных рассчитали значения предела пропорциональности и текучести по формулам:

$\tau_{пц} = \frac{p_{пц}}{F_0}$ (предел пропорциональности); $\tau_т = \frac{p_т}{F_0}$ (предел текучести)

$\tau_{пц} =$ 19,7 и $\tau_т =$ 22,3

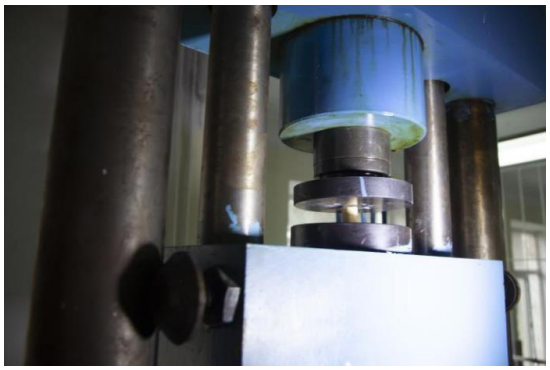


Рисунок 9.

Нагрузка бедренной кости коровы $P_в$ (145 кг/см^2) соответствовала моменту разрушения образца, а нагрузка $P_{пц}$ (130 кг/см^2) – пределу пропорциональности (Рисунок 10). Из полученных данных рассчитали значения предела пропорциональности и текучести по формулам:

$\tau_{пц} = \frac{p_{пц}}{F_0}$ (предел пропорциональности); $\tau_т = \frac{p_т}{F_0}$ (предел текучести)

$\tau_{пц} =$ 17,1 и $\tau_т =$ 19,07

Рисунок 10.

Заключение

Костная ткань является композиционным материалом и обладает анизотропными свойствами. Имеет малую величину деформации. Кость совмещает в себе как признаки твердого, так и хрупкого материалов. Бедренная кость человека при сжатии выдерживает большую нагрузку, чем бедренная кость коровы. Предел прочности бедренной кости человека равен 170 МПа, а предел пропорциональности равен 150 МПа. При анализе габаритных параметров обращает на себя внимание увеличение диаметра всех образцов и соответственно их площади (Рисунок 11). В данном эксперименте сталь проявила себя как пластичный материал, обладающий всеми необходимыми характеристиками. Проведенное исследование показывает необходимость понимания механических свойств костей. Полученная информация позволяет спрогнозировать величину приложенной силы и степень возможных лечебных и реабилитационных мер.

Рисунок 11.

Литература

1. *Бахтеева Т.Д. Концепция иммунного дистресса в интенсивной терапии критических состояний / Т.Д. Бахтеева, В.П. Шано, А.Н. Нестеренко [и др.] // Біль, знеболюв. і інтенс. тер. – 2002. – № 2 (д). - С. 56–59.*
2. *Анаркулов Б.С. – хирургические лечение переломов длинных костей скелета – Бишкек – 2014 – С. 8.*
3. *Беков, Д.Б. Изучение индивидуальной анатомической изменчивости – одна из задач современной морфологии /Д.Б. Беков // Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. –1991. – № 7. – С. 85.*
4. *Верхошенцева Л.Д. Анатомия крупного рогатого скота в схемах, рисунках и таблицах/ Л.Д. Верхошенцева // Оренбург, ОГАУ, 2004. – 45 с.*
5. *Ицковик Г.М. Сопротивление материалов. М.: Высшая школа, 1986.351 с.*

СПОРТСМЕНДИН КЫЙМЫЛДАТКЫЧ (КЫЙМЫЛ-АРАКЕТ) САПАТТАРЫНЫН БИОХИМИЯЛЫК НЕГИЗДЕРИ

Д.А. Иманходжаев[1], Г.М. Эрен[1], Ж.А Махмудова[2], Н.Ж. Баатырова[2], А.С. Турдубекова[2]

[1]И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Дене-тарбия кафедрасы
[2]А.Д. Джумалиев атындагы жалпы жана жалпы жана биоорганикалык химия курсу менен биохимия кафедрасы

Корутунду: Спортчунун кыймылдаткыч сапаттары спорттук ишмердүүлүктө жогорку маниге ээ болгон дене-тарбия жана спорттун категориясы болуп эсептеленет. Спортчунун негизги дене сапаттары болуп күч, ылдамдык, ыкчамдык, ийилчээктик жана чыдамкайлуулук кирет. Спортсмендердин кыймылдаткыч мүмкүнчүлүктөрүн жогорку деңгээлде өрчүтүү үчүн, техникалык жана тактикалык даярдыгы ийгиликтүү болуш керек, ошондой эле моралдык- эрктүүлүк сапаттарынын болуусу зарыл.
Бул макалада кыймыл-аракет ишмердүүлүгүнүн негизги кыймылдаткыч сапаттары болгон ылдамдык, күч жана чыдамкайлык каралган, ошондой эле алардын өнүгүүсүндөгү негизги ролду ойногон биохимиялык негиздери аныкталган. Топтолгон маалыматтардын анализдөөнүн негизинде спортчулардын кыймылдаткыч сапаттарынын өзөгүн биохимиялык негиздери түзөт деген жыйынтыкка келдик.
Негизги сөздөр: спортчу, кыймылдаткыч сапаттар, ылдамдык, күч, чыдамкайлык, биохимиялык негиздер.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДВИГАТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ СПОРТСМЕНА

Д.А. Иманходжаев[1], Г.М. Эрен[1], Ж.А. Махмудова[2], Н.Ж. Баатырова[2], А.С. Турдубекова[2]

[1]Кыргызская медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
Кафедра физвоспитания
[2]Кафедра биохимии с курсом общей и биоорганической химии имени А.Д. Джумалиева

Резюме: Двигательные качества спортсмена являются категориями физического воспитания и спорта, которые имеют высокое значение в двигательной деятельности. К основными двигательным качествам относят силу, быстроту, ловкость, гибкость и выносливость. Высокое развитие двигательных возможностей спортсмена является непременным условием успешной технической и тактической подготовки и показывает наличие у него морально-волевых качеств.
В данной статье рассмотрены качества двигательной деятельности как быстрота, сила и выносливость, а также определена существенная роль биохимических основ в их развитии. Проанализировав большинство информаций в данной сфере мы пришли к выводу, что сущность двигательных качеств спортсмена составляют биохимические основы.
Ключевые слова: спортсмен, двигательные качества, быстрота, сила, выносливость, биохимические основы.

BIOCHEMICAL FUNDAMENTALS OF MOTOR QUALITIES OF AN ATHLETE

D.A. Imankhodzhaev[1], GM Eren[1], J.A. Makhmudova[2], N.Zh. Baatyrova[2], A.S. Turdubekova[2]
[1]Kyrgyz Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva
Department of Physical Education
[2]Department of Biochemistry with a course of general and bioorganic chemistry
named after A.D. Dzhumalieva

Summary: The motor qualities of an athlete are categories of physical education and sports that are of high importance in motor activity. The main motor qualities include strength, speed, agility, flexibility, coordination, endurance. High development of motor capabilities is an indispensable condition for successful technical and tactical training, the presence of moral-volitional qualities in athletes. This article discusses the qualities of motor activity like speed, their development strength and endurance, also defines a significant role in biochemical foundations. Having analyzed most of the information in this area, it was found that the essence of the motor gualities of the athlete are the biochemical basis.
Keywords: athlete, motor qualities, speed, strength, biochemical basis.

Киришүү: Спортчунун дене сапаттары, айрым учурларда аларды биз кыймылдаткыч деп да атайбыз (синонимдери: кыймылдаткыч жөндөмдүүлүктөр, кыймылдаткыч мүмкүнчүлүктөр), спорттук ишмердүүлүктө жогорку маниге ээ болгон дене тарбия жана спорттун категориясы болуп эсептеленет. Спортчунун негизги дене сапаттары болуп күч, ылдамдык, ыкчамдык, ийилчээктик, чыдамкайлуулук кирет. Спорттук практикада дене сапаттарынын түрлөрүнүн аталыштарын кошумча, б.а эмпирикалык аталыштары , алардын түрлөрүнүн жана кош жанаша аткарылышына карата да дене сапаттары катары белгилей беришет. Мисалы, координациялык жөндөмдүүлүк, тездик, шамдагайлык, чоюлчаактык, ылдамдык-күчтүк, ылдамдуу-чыдамкайлык ж.б деп да аталат. Спорттук машыгууларда, мелдештик таймаштарда жана жарышууларда спортчулардын организмдеги баардык функционалдуу системаларында ар түрдүү биохимиялык өзгөрүүлөр орун алат. Ал өзгөрүүлөр жагымдуу-оң таасирлүү жана жагымсыз-терс таасирлүү болушат. Бул биохимиялык өзгөрүүлөрдүн параметрлеринин абалына жараша спортчулардын канчалык деңгээлде спорттук даярдыкта экендиги же болбосо организмдин спорттук жүктөргө болгон реакциясы жөнүндө тура жана ыкчам кабар ала алабыз. Спортчулардын дене сапаттарын жана спорттук мүмкүнчүлүктөрүн жогорку деңгээлде өрчүтүү үчүн, алардын техникалык жана тактикалык даярдыктары да ийгиликтүү болушу керек, о.э моралдык-эрктүүлүк сапаттары да туруктуу болуусу зарыл. Бугунку кундогу актуалдуу маселе болуп спортчулардын кыймыл-аракет ишмердуулугундогу кыймылдаткыч сапаттарынын онугуусундогу негизги ролду биохимиялык механизм тузоорун уйронуусу жатат [1, 6].

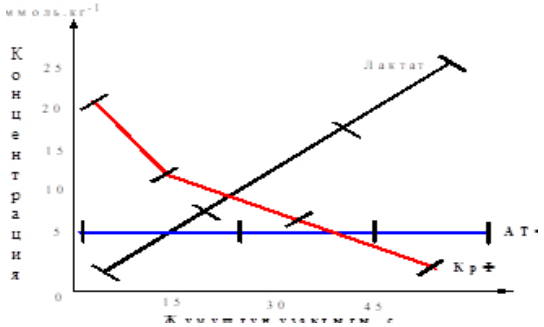
Максаты: Топтолгон маалыматтардын анализдөөнүн негизинде спортчулардын кыймылдаткыч сапаттарынын негиздерин аныктоо.

Ылдамдык (тездикти талап кылуучу мүмкүнчүлүктөр) – бул спортчунун ар түүрдүү кыймыл-аракети кыска убакыт бирдигинде аткара билүү жөндөмдүүлүгү, ал организминин функционалдуу касиеттеринин комплекси, түздөн-түз жана көбүнчө кыймыл-аракеттин убакытын аныктайт [4].

Ылдамдыктын (тездиктин) пайда болушун аныкташ (баалоо) үчүн, кыймылдаткыч реакциялардын тездиги, булчуңдардын жалгыздап жыйрылуусунун ылдамдыгын, булчуңдардын жыйрылышынын же болбосо кыймыл-аракеттин алмашуу тездигин эске алуу керек. Ошондуктан көпчүлүк учурда ылдамдыкты спортчулардын организминин функционалдык касиеттеринин комплекси катары карашат [4,7].

Булчуңдардын күчү деп сырткы каршылыктарга туруштук берүү жөндөмдүүлүктөрүн, же ага булчуңдардын чыңалуусу аркылуу каршы аракет кылууну түшүнсө болот [8].

Ылдамдык-күчтүк сапаттар негизинен иш-аракеттеги булчуңдарды энергия менен камсыздоодон жана алардын гентикалык жактан калыптанган структуралык-морфологиялык артыкчылыктарынан көз каранды. Күчтүн жана ылдамдыктын пайда болушу максималдуу жана субмаксималдуу кубаттуулуктун зонасында аткарылуучу физикалык жүктөмдөр үчүн мүнөздүү. Ошентип ылдамдык жана күч сапаттарды энергия менен камсыздоо АТФтин анаэробдук ресинтези-креатинфосфаттык жана гликолитикалык жолдору катышат [1,8].



1-сүрөт. Жумуш учуранда скелеттик булчуңдарга АТФтин, креатинфосфаттын (КрФ) жана лактаттын концентрациясынын өзгөрүшү.

АТФтин резинтези креатинфосфаттык реакциянын эсебинен бат журо. Жумуш башталгандан кийин 1-2 сек. Эле АТФтин ресинтезинин креатинофосфаттык жолу өзүнүн эң жогорку көрсөткүчүнө жетет (1-сүрөт) [9].

АТФ ресинтезинин бул жолунун максималдуу кубаттуулугу. АТФтин синтезинин гликолитикалык жана аэробдук жолдорунан 1,5 жана 3 эсе жогору. АТФ ресинтезинин креатинофосфаттык жолунунэсебинен булчуң жүктөмдөрдү эң чоң күч жана ылдамдыкта аткарылат. Өз кезегинде, креатинофосфат редакциясынын максималдуу ылдамдыгынын көрсөткүчү булчуң клеткаларындагы креатинофосфаттан жана креатинкиназа ферментинин активдүүлүгүнөн көз каранды. Креатинофосфаттын запастарын жана креатинкиназа активдүүлүгүн көбөйтүш үчүн, булчуңдагы креатинофосфаттын санын бат керектөөчү физикалык көнүгүүлөрдү колдонуу керек. Ошондуктан, бул максат үчүн кыска убакыт талап кылуучу (10 секундага жетпеген) жана күчтүү кубаттуулуктагы (мисалы, 50-60 м чуркоо , 10-15 м ге сууда сүзүү) аткарылуучу көнүгүүлөрдү колдонушат. [8,9]

Машыгууда «аралык ыкмасын» колдонуу мыкты натыйжа берет. Спортчуларга 4-5 сериядан турган көнүгүүлөрдү 8-10 секүдага, созулган убакытта субмаксималдуу күбаттулукта аткарууда сунушталат [4]. Көнүгүүлөрдүн ар бир серияларынын ортосундагы тыныгуу 5-6 мин түзөт. Ар бир көнүгүүнү аткарганда, булчуңдарда креатинофосфаттын запастарын азаят. Көнүгүүлөрдүн ортосундагы тыныгууларда (20-30 сек.) булчуңдарда АТФтин резинтезинин гликолитикалык жолу жүрө баштайт. Бирок бул тыныгуу аралыктарында булчуңдар иштебегендиктен, пайда болгон АТФ креатинофосфаттын запастарын жарым-жартылай калыбына келтирүү үчүн колдонулат. Көнүгүүлөрдүн ортосундагы тыныгуулардын убактысын бир кыйлага чейин узартканда, креатинофосфаттын саны толукталат. Бул учурда суперкомпенсация өрчүбөйт, себеби тыныгуу жаңы көнүгүүлөрдүн сериясына алмашылат. Натыйжада, бара-бара булчуңдарда креатинофосфаттын запастары түгөнөт. Иш аракеттеги булчуңдарда креатинофосфаттын концентрациясынын төмөндөшү кооптуу көрсөткүчүнө жеткенде эле, аткарылып жаткан жүктөмдөрдүн күбаттуулугу төмөндөйт. Мындай абалга 8-10 жолку көнүгүүлөрдү аткарганда дуушар болот.

- Машыгуулар кийинки тыныгуу учурунда креатинфосфаттын айкын суперкомпенсациясы байкалат. Ошондуктан, мындай машыгууларды көп ирет колдонуу, булчуңдарда креатинфосфаттын запастарынын көбөйүүсүнө,креатинкиназанын активдүүлүгүн жогорулашына алып келет жана спортчунун күчтүк-ылдамдык касиеттерин өрчүшүнө оң таасирин тийгизет. Максималдуу кубаттуулуктун зонасында ылдамдык жана күч талап кылган жүктөмдөрдүн аткарылышы (жүктөмдөрдүн аралыгы 5 минутага чейин созулуш керек), гликолитикалык жолунун эсебинен пайда болгон АТФ менен камсыздалат. АТФтин мындай жол менен пайда болушунун мумкүнчүлүгү:
- булчуңдардагы гликогендин запастарын,
- бул процессте катышкан ферменттердин активдүүлүгүнө,
- организмдин гликогенден пайда болгон сүт кислотасынын резистенттүүлүгүнө (ыдамдуулугу; каршы тура алуу жөндөмдүүлүгүнө) негизделген.
- Ошондуктан,энергияны гликолитикалык жол менен камсыздоонун негизинде, спортчунун күчтүк-ылдамдык мүмкүнчүлүктөрүн өрчүтүү үчүн төмөнкү талаптарга жооп берүүчү машыгууларды колдонуу керек.

- Биринчиден, булчуңдарда гликогендин санын бат төмөндөтүүчү, андан ары аны суперкомпенсацияга учуратуучу машыгууларды аткаруу керек.
- Экинчиден, машыгуу учуруда булчуңдарда жана канда сүт кислотасы топтолушу керек, анткени андан ары организмдин сүт кислотасына болгон резистенттүүлүгүн өрчүтүү керек.

Бул максат үчүн жумуштун кайталанып аткарылуучу жана «интервал» (аралык) ыкмалары колдонулушу мүмкүн. Колдонгон көнүгүүлөр АТФтин ресинтезинин гликолитикалык жолунун ылдамдыгын жогорулатат. Андан кийин иш-аракеттеги булчуңдарда сүт кислотасынын пайда болушунун жана топтолушунун күчөшүнө, о.э. кан агымынын нугуна түшүшүнө алып келет. Мындай шарттарга бир нече минутага созулган чектелген жүктөмдөрдү аткаруу туура келет. Аралык машыгууларда ушундай 4-5 жолу аткарылуучу көнүгүүлөрдү колдонуу керек [8, 9].

Көнүгүүлөрдүн ортосундагы тыныгуу бир нече минутаны гана түзөт. Тыныгуу убакытты жайлатып азайтканда, мыкты натыйжа берет. Мисалы, 3 булчуңдарда гликогендин ажыроосуна жана сүт кислотасынын пайда болушуна алып келет. Бул көнүгүүлөрдүн ортосундагы тыныгуу убактысы кыска болгондуктан, лактат жеткиликтүү четтетилбейт. Көнүгүүлөрдүн ортосундагы тыныгуу 15-20 минут түзсө да, лактаттын толук четтетилиши жетишсиз болот. Ошондуктан, андан кийинки көнүгүүлөрдүн сериялары булчуңдарда сүт кислотасынын концентрациясы жогору болгон абалда аткарылып, организмдин кычкылдуу чөйрөгө болгон резистенттүүлүгүн өрчушүнө алып келет.

Тыныгуулардын аралыктары, айрым көнүгүүлөрдүн ортосундагы жана көнүгүүлөрдөгү сериялардын ортосундагы убакыт булчундагы гликогендин запастарын калыбына келтирүү үчүн жетишсиз. Мунун натыйжасында машыгуу учурунда булчуңдарда гликогендин санын эң төмөнкү көрсөткүчкө чейин азаят. Ошентип бул абал ачык айкын суперкомпенсациянын пайда болушуна шарт түзөт [9].

Чыдамдуулук – спортчунун дене сапаттарынын (кыймыл-аракет касиеттердин) эң негизгиси. Спортчунун чыдамкайлык сапатынын өрчушүнө санын мелдештик даярдыгына, жетишкендиктерин өсүшүнө шарт түзөт. Чыдамкайлыкты, спортчунун жүктөмдөрдү аткара билүү касиетин машыгуу учурундагы чарчттнун пайда болуусунун убактысын жараша аныктаса болот. Аткарылган жумуштун мүнөзүнө жараша аныктаса болот. Аткарылган жумуштун мүнөзүнө жараша чыдамкайлыкты жалпы жана атайын деп экиге бөлүшөт [4].

Жалпы чыдамкайлыкка спортчунун спецификалуу эмес жүктөмдөрдү аткаруу жөндөмдүүктөру кирет. Мындай жүктөмдөргө мисалы: футболист үчүн пресс, лыжа менен жарышуу, сууда сүзүү, кыймыл оюндары ж.б., ошондой эле үй шартындагы кара жумуш [4, 7].

Атайын чыдамкайлыкка белгилүү бир спорттун түрүнө талап кылынуучу физикалык жүктөмдөрдү аткаруу кирет. Мында спортчудан техникалык, тактикалык жана психологиялык даярдык талап кылынат.

Чыдамкайлыкты пайда болушуна АТФтин пайда болушунун молекулярдык механизмдеринин өрчүшүнүн деңгээли эң маанилүү. Бул АТФ булчуңдардың жыйналышында жана бошоңдошуна энергия катары колдонулат. Аткарылган жумушта энергия менен камсыздоо ыкмасына жараша: алактаттык, лактаттык жана аэробдук чыдамкайлыкты компоненттери деген терминдер колдонулат [7, 9].

Алактаттык чыдамкайлык кубаттуулуктун максималдуу зонасында узак убакытка чейин жумуш аткаруу менен мүнөздөлөт.

Жүктөмдөрдүн түрүнө жараша ылдамдык, ылдамдык-күчтүк жана күчтүк алактаттык деп бөлүшөт.

Максималдуу кубаттуулук талап кылган булчуң жумуштарында энергиянын негизги булагы болуп, креатинофосфаттык реакциясы саналат. Ошондуктан, алактаттык чыдамдуулуктун өрчушү булчуңдарда креатинофосфаттын запастарына негизделген.

Жогоруда айтылып кеткендей, ак булчуң булалары креатинофосфаттка бай келет. Ошондуктан, ак булалары көп булчуңдар алактаттык чыдамдуулукту ээ. Булчуңдарда креатинофосфаттын санын атайын көнүгүүлөрдү колдонуу көбөйтсө болот. Мындай машыгуулардын көнүгүүлөрдү интервал шартында аткарылышы, жогоруда күчтүк-ылдамдык касиеттерге энергия менен камсыздоосу каралган. Алактаттык чыдамдуулуктун биохимиялык көрсөткүчүн заара менен креатининдин суткалык бөлүнүп чыгышынын жогорулашы менен коштолот. Алактаттык чыдамдуулуктун өрчүшүнүн дагы бир критерийи болуп, алактаттык кычкылтектин карыз саналат [7, 9].

Лактаттык чыдамкайлык кубаттуулуктун субмаксималдуу зонасында физикалык жүктөмдөрдү аткаруу жөндөмдүүлүгү менен мүнөздөлгөн.

Субмаксималдуу кубаттуулуктагы аткарылган жумушта энергиянын булагы болуп,булчуң гликогенинин сүт кислотасына чейинки анаэробдук ажыроосунда саналат. Гликолитикалык ыкма менен АТФ-тин синтезделиши булчуң гликогенинин запастарынан көз каранды. Булчуңда гликогендин жумушка чейинки саны канчалык жогору болсо, ал ошончолук гликолизде колдонулат. Ошентип, креатинофосфаттка жана гликогенге бай келген булчуңдарда ак булалар көп болсо, анда алар **лактаттык чыдамкайлыкка** ээ болушат. Лактаттык чыдамкайлыктын өрчүшүнүн дагы башка факторлору болуп, булчуң клеткаларынын сүт кислотасына болгон резистенттүүлүгү жана лактаттын булчуңдарда жана канда топтолушунун натыйжасында бүтүндөй организмде кычкыл чөйрөнүн жогорулашы саналат. Мунун негизинде лактаттык чыдамкайлыкты өрчүтүү үчүн багытталган машыгууларда, спорттук жүктү пландоодо эки маселенин аткарылышы камсыздалыш керек [7, 9].

- Биринчиден, физикалык жүктөмдөрдү аткаруунун эсебинен булчуңдарда гликогендин саны көбөйүшү керек.
- Экинчиден, лактаттын топтолушуна жана кычкыл чөйрөнүн жогорулашына организмдин резистенттүүлүгүн өрчүтүүдө алып келген машыгуу сабактарын өткөзүү керек.

Бул максатты ишке жүзүнө ашыруу үчүн, булчуң гликогендерин запастарын сарптайт турган көнүгүүлөрдү колдонуш керек, себеби бул шарт аны арткы суперкомпенсацияга алып келиш керек. Ошондой эле көп сандаган сүт кислотасынын пайда болушуна алып келүүчү көнүгүүлөрдүн да колдонуш керек. Мындай көнүгүүлөрдү физикалык жүктөмдөр субмаксималдуу күбаттулукта жана интервал же кайталоо режиминде аткаруу керек. Машыгуунун мындай түрүн, тагыраак айтканда ылдамдык-күчтүк касиеттерди энергия менен камсыздоосунда каралган. Жумуш учурунда лактаттык чыдамдуулуктун биохимиялык көрсөткүчү болуп, канда лактаттын топтолушу саналат. Кандагы сүт кислотасынын концентрациясын чегине жеткен физикалык жумушту субмаксималдуу күбаттулукта аткарганда кийин аныктаса болот. Кандагы сүт кислотасынын жогорку денгээли,жумуш учурунда булчуң гликогенинин көп санынын энергияны алуу үчүн колдонулганы тууралу күбөлөйт. Ошондой эле субмаксималдуу жүктөмдөрдүн кийин кычкыл-негиздик тең салмактуулуктун өзгөргөндүгү аркылуу кандагы сүт кислотасынын деңгээлин аныктап алса болот. Мындай учурда лактаттык чыдамкайлыктын жогорку деңгээлин кандын суутектик көрсөткүчү кычкыл чөйрөнүн тарапка жылышы аркылуу да аныктап алса болот. Лактаттык чыдамкайлыктын өрчүшүнүн дагы бир көрсөткүчү болуп, чегине жеткен субмаксималдуу кубаттуулуктта аткарылган жумуштан кийин аныкталган лактаттык кычкылтектик карыз саналат. Бул көрсөткүчтүн деңгээли канчалык жогору болсо, аткарылган жумушту энергия менен камсыздоо гликогендин анаэробдук ажыроосунун салымы ошончолук чоң болот. Даярдыгы мыкты болгон спортчунун лактаттык кычкылтектик карызы 18-20 л. түзөт. Спорттук практикада алактаттык жана лактаттык чыдамкайлыкты анаэробдукка бириктиришет. Аэробдук чыдамкайлык узакка созулган орто кубаттуулукта аткарылган көнүгүүлөрдө пайда болот, ал аэробдук кычкылдануун эсебинен энергия менен камсыздалат. Анаэробдук энергия менен камсыздануу жумуштун алгачкы учурунда гана чектелет [7].

Аэробдук чыдамкайлыкты үч негизги факторлор менен аныкташат:

Организмдеги запастарды энергиянын булактары катары оңой колдонуу;

Иш аракеттеги булчуңдарда Кычкылтекти ташуу;

Иш аракеттеги булчуңдарда митохондриялык кычкылдануун өрчүтүү.

Кадыресе энергиянын булагы катары углеводдор, май кислоталары, кетнн заттары жана аминокислоталар колдонулат. Булчуң клеткалардын энергетикалык ресүрстары жумуштун алгачкы учурунда иштетилгендиктен узакка созулган жумушта бул субстраттар булчуңдарга кан аркылуу жеткирилет. Булчуңдардың энергия булактары менен камсыздоодо боор негизги ролду ойнойт. Узакка созулган жүктөмдөрдө гликөген глюкозага чейин ажырайт,ал кан нугу менен скелет булчуңдарына жана булчуң иш аракетин камсыздоочу башка дыгы органдарга ташылат. Жумуш учурунда боордо май кислоталардын кычкылдануусу жүрүп, кетон заттары пайда болот. Ошентип кетон заттары энергиянын булары катары колдонулат.

Аэробдук чыдамкайлык көп факторлуу болгондуктан, ар кандай машыгуу каражаттарынын комплексин колдонууну талап кылат. Себеби ар бир конкреттүү машыгуу сабагы организмге ар тараптуу таасир тийгизип, бир түрдүү функционалдык мүмкүнчүлүктү өнүктүрөт. Натыйжада, аэробдук чыдамкайлыкты өрчүтүү үчүн колдонулган машыгуулар: [6]

- Организмдин кардио-респиратордук системаларынын иш жөндөмдүүлүгүн жогорулатат ;
- Канда эритроциттердин жана андагы гемоглобиндин сандарынын көбөйүшүнө мүмкүнчүлүк түзөт;

- Булчуң клеткаларындагы миоглобиндин концентрациясын өстүрөт;
- Жумуш аткарып жаткан органдарга энергетикалык субстраттарды камсыздайт.

Бул максатта ар кандай варианттагы кайталануучу жана интервалдык (аралык) машыгуулар, о.э. бир калыптагы же өзгөрмө кубаттуулуктагы үзгүлтүксүз узакка созулган көнүгүүлөр колдонулат. Аэробдук чыдамкайлыкты өрчүтүү үчүн кайталануучу аралык (интервал) машыгуулардын сабактарын уюштуруу керек. Бул ыкмада кезек-кезек менен кыска убакыт талап кылган көнүгүүлөрдү колдонуш керек. Мында интенсивдүүлүгү аз жана 30 дан 90 секүдага чейин созулган тыныгуулар болуш керек. Мындай жумуш болчуң иш-аракеттеринде аэробдук энергия менен камсыздоону жөндөйт жана кардиореспиратордук системанын көрсөткүчүн жакшыртат. Булчуңдарда миоглобиндин санын жогорулатыш учун миоглобиндик интервалдык машыгуулар колдонулушу мумкун. Спортчуларга орто интенсивдүүлүктөгү, өтө чоң эмес жүктөмдөр, о.э. кезек-кезеөи менен кыска тыныгуулары бар машыгуулар сунушталат. Кыска убакыт талап кылуучу жүктөмдөрдү аткарууда, булчуң клеткалар деподо сакталган миоглобиндин курамындагы кычкылтек менен камсыздалат. Көнүгүүлөрдүн ортосундагы кыска тыныгуулар кычкылтектин запастарын толуктоо үчүн жетиштүү . Кандын кычкылтектик көлөмүн жана миоглобиндин концентрациясын жогорулатыш учун орто бийик тоолуу шарттарда машыгууларды колдонгондо мыкты натыйжа берет. Аэробдук чыдамдуулукту өрчүтүүдө спецификалык эмес көнүгүүлөрдүн да колдонсо болот. Алгач кыймыл аракет талап кылуучу оюндарды колдонуу, машыгуу процессин ар түрдүү жана кызыктуу кылат [7].

Практикада аэробдук чыдамдуулукту баалоодо эки көрсөткүчтү колдонушат: Кычкылтекти максималдуу колдонуу (КМК) жана аэробдук жаткан алмашуусунан чеги (порог) (АНЗАЧ). КМК интегралдуу көрсөткүч болуп саналат, себеби ал организмди бүтүндөй аэробдук энергия менен камсыздоону мүнөздөйт. КМК менен аэробдук чыдамдуулукту ортосунда так байланыш бар: КМК көрсөткүчү жогору болгон спортчулар, интенсивдүүлүгү бирдей болгон жүктөмдөрдү узак убакытка чейин аткара алат. Машыгуунун таасири астында КМК 40% жана андан көпкө жогорулай алат [2].

АНЗАЧ дагы булчуң жумушуна энергияны АТФтин аэробдук синтезинин эсебинен камсыз кыла алат. АНЗАЧ көрсөткүчтөрүнүн төмөнкү деңгээлинде организмде аэробдук энергия камсыздоосу начар өрчүгөн. Ошондуктан интенсивдүүлүгү төмөн болгон жүктөмдөрдү аткарганда, анаэробдук жол менен АТФ синтезделип, сүт кислотасы пайда болот жана кычкыл чөйрөнүн өсүшүнө алып кетет [3].

Кычкыл чөйрө жогорулагандыктан, АТФтин аэробдук синтезинин катышкан ферменттердин активдүүлүгү төмөндөйт, митохондрияларга кычкылтектин ташылуучу начарлайт, натыйжада жумуштун узундугу (узак убакытка созулушу) кыскарат. Узак убакытка созулган жумуштарды аткарган учурда негизги энергетикалык субстраттардын санын жана катнашын аныктоо аркылуу аэробдук чыдамдуулукту бааласа болот [9].

Машыкпаган адамдардын канында глюкозанын саны жана майлардын ажыроосунда (мобилизациясынан) пайда болгон продукталардын ортосунда катнашын бар (катнаш бирдей эмес, байланыш).

Кандагы глюкозанын саны деподогу майлардын мобибизациясына тоскоолдук кылат. Ошондуктан малыкпаган адамдарда май кислоталардын, глицериндин жана кетон заттардын санынын жогорулашы глюкозанын концентрациясы төмөндөгөндө байкалат. Аэробдук режимде машыккан спортчулардын жанындагы глюкозанын саны нормадан болсо деле, жогору болсо деле майлардын күчтүү мобилизациясы жүрөт. Майлар жана кетон заттары ылдам иштетилгенде, организм боордогу жана кандагы углеводдорду сактайт, бирок булчуң гликогенинин иштетилишин басаңдатат. Гликогендин коныентрациясы төмөндөгөндө чарчоо фактору өрчүйт [1].

Чыдамкайлыктын бүт компоненттери менен бирге жогоруда каралган энергетикалык жана структуралык факторлор техникалык, тактикалык жана психикалык даярдыктардан да көз каранды деп тыянак чыгарса болот. Мыкты техникалык даярдык, туура тандалган тактика спортчуга энергетикалык резервдерди үнөмдүү жана рационалдуу колдонушуна мүмкүнчүлүк түзөт жана жумушка жөндөмдүүлүгүн артырат. Спортчулар, спорттук мелдештерде жана оор машыгууларда организмдеги биохимиялык жана функционалдык өзгөрүүлөрдүн жагымсыз абалга көтөрүлүшүнө карабастан, жумушту мотивациянын же болбосо эрктүүлук сапаттарынын эсебинен деле уланта алышат. Мындай учурлар жана абалдар спортчунун чыдамкайлык сапатынын жогорку деңгээлде экендигин да айгинелейт. анализинин негизинде аныктадык [6, 9].

Жыйынтык: Спортчулардын кыймылдаткыч сапаттарынын өнүгүүсү анын техникалык, тактикалык жана психикалык даярдыгынан, ошондой эле атайын уюштурулган максаттуу машыгуулардан көз ка-

ранды экени далил. Ал эми кыймылдаткыч сапаттарынын өзөгүн биохимиялык негиздери түзөөрүн жогоруда берилген көптөгөн маалыматтардын анализинин негизинде аныктадык.

Колдонулган адабияттар:

1. *Биохимия. Под редакцией чл.-корр.РАН, проф. Е.С. Северина., Учебник для вузов,: «ГЭОТАР – Медиа»., 2009. 779 с.*
2. *Даниярова Н.Н. Лабораторные работы по биохимии и биохимии мышечной деятельности, учебное пособие для студентов вузов и факультетов физической культуры и спорта.-Бишкек, 2013.*
3. *Даниярова Н.Н. Биохимия. Тематический указатель литературы для студентов вузов и факультетов физической культуры и спорта и последипломного образования. Бишкек-2013.*
4. *Джанузаков К.Ч. Илимий изилдөөнүн негиздери жана спортто колдонулуучу методдору, Окуу курал.- Бишкек, 2014.*
5. *Рогозкин, В.А. Биохимическая диагностика в спорте / В.А. Рогозкин. – Л.: ГЦОЛИФК, 1988. – 48 с.*
6. *Биохимия мышечной деятельности и физической тренировки: Пер. с англ. / РонМохан [и др.] под общ.ред. Р. Мохана. – Киев: Олимпийская литература, 1997. – 503 с.*
7. *Михайлов, С.С. Спортивная биохимия: Учебник для вузов и средних учебных заведений / С.С. Михайлов. – Москва: Советский спорт, 2004. – 219 с.*
8. *Биохимия мышечной деятельности: Учебник для вузов физич. воспитания и*
9. *спорта / Н.И. Волков [и др.]; под общ. ред Н.И. Волкова. – Киев: Олимпийская литература, 2000. – 503 с.*
10. *Бозумова К.А., Турдубекова А.С., Дюшеева Б.М.,., Баатырова Н.Ж. Биохимия. Окуу курал. 2-чи чыгарылышы, кайрадан иштелип, толукталган. Бишкек-2015. – 115 с.*

УДК 03.00.15

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИТЕЛЕЙ ПОПУЛЯЦИИ КЫРГЫЗОВ СЕЛА КЕГЕТЫ НА ГЕНЕТИЧЕСКУЮ ГЕТЕРОГЕННОСТЬ ПО КЛАССИЧЕСКИМ ГЕНЕТИЧЕСКИМ МАРКЕРАМ КРОВИ

Ж.О. Солтобаева, А.Б. Токтосунова, М.У. Токтоналиева, Д.Дж. Саткеева
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкекский медицинский колледж, Ошский медицинский колледж
Кыргызская Республика

Введение. Для описания генетического разнообразия популяций человека в разных регионах мира используется широкий спектр маркерных систем, среди которых классическими считаются группы крови, сывороточные белки и ферменты. Также используются молекулярно-генетические, такие как полиморфные варианты аутосом, Х и У хромосом, мт-ДНК и цитогенетические с полиморфными вариантами хромосом, которые используются реже [1].

Для немногих народностей и популяций мира получены сведения об уровне изменчивости большинства маркерных систем. Многие популяции охарактеризованы для разного спектра маркерных систем [2].

В зависимости от времени изучения и возможностей лабораторных исследований предпочтения отдавались тем или иным маркерам.

Наибольшая информация получена для классических маркеров (система крови АВО и резус-фактор).

Активное изучение генетического разнообразия населения началось после открытия в 1900г.групп крови системы АВО. Полиморфизм генов данной системы хорошо исследован и охарактеризован в различных регионах мира. [3]

Открытие других новых систем групп крови дало возможность активнее исследовать генетическое разнообразие различных популяций.

Полиморфизм эритроцитарных и сывороточных белков стал использоваться для описания структуры генофонда этнических групп. С 90-х г. прошлого столетия активно применяются молекулярно-генетические маркеры. Это более современные и популярные методы, однако лишь немногие популяции мира охарактеризованы по этим маркерам.

Ранее проведенные исследования по анализу генетического разнообразия по панели полиморфных Alu-инсерций и гаплотипам У-хромосомы показали, что распределение генотипов почти во всех случаях соответствуют ожидаемым, значимых отклонений не наблюдается при равновесии Харди-Вайнберга. [4].

Расчет коэффициента генной дифференциации показал, что по пяти локусам Alu- инсерций между кыргызскими популяциями северной и южной части республики меньшая степень различия.

Ранее проведенные анализы гаплотипов нерекомбинантной части Y-хромосомы [5] были проведены по локусам YAP, Tat, SYF155S2, SRY-3225, SRY-1532, DYS-1999. По локусу YAP в популяции кыргызов наблюдалась мономорфность, что характерно для таджиков, тувинцев и монголов. По другим локусам наблюдались низкая частота делеций (SYF155S2) и др. Наибольший показатель гетерозиготности зарегистрирован в популяции южных кыргызов, чем у северных. По частотам всех исследованных гаплотипов северные и южные кыргызы оказались между собой близки. А сравнение с другими популяциями показало, что кыргызские популяции занимают промежуточное положение между таджиками и другими популяциями Северной Азии.

Исследования по классическим маркерам системы АВО почти не проводились в популяциях Кыргызской республики. Учитывая возможности лабораторных исследований, мы провели анализ генетического разнообразия в одной коренной однонациональной кыргызской популяции с. Кегеты.

Исследование провели совместно с сотрудниками и студентами Бишкекского медицинского колледжа специальности «Лабораторная диагностика».

Целью исследования было проведение анализа на генетическую гетерогенность жителей села с однонациональным составом (с. Кегеты) и оценку степени отличия кыргызов от других популяций.

Материалы и методы.

Оснащение: реактивы циклон анти-А, циклон анти- В, анти-Д blend или контроль анти-Д эритротест-цоликон с соблюдением срока годности; спирт этиловый медицинский 70%, вата стерильная, скарификаторы одноразовые с соблюдением срока годности, стеклянные палочки, планшеты.

Средства индивидуальной защиты медицинского персонала: медицинский халат, чепчик, резиновые перчатки, маски.

Техника забора крови производилась стандартным методом [6].

Техника определения группы крови человека по системе АВО и Rh-фактор проводили по наличию или отсутствию склеивания эритроцитов с использованием сывороток, содержащих стандартные антигены и антитела [7].

Определение резус-фактора. Для определения группы крови, резус-фактор и титра антител достаточно взять у пациента 6-8 мл крови в обычную пробирку (вакутейнер) без каких-либо добавок. Допускается хранение проб крови до 1 сут. при температуре 4-8^0 С.

Резус-фактор определяют смешиванием эритроцитов пациента с раствором моноклональных анти-D-антител. Агглютинация указывает на присутствие D-антигена на эритроцитах. Такая кровь является резус-положительной. Отсутствие агглютинации указывает, что кровь резус-отрицательная [7].

Результаты и обсуждение.

Группа крови АВО – это система, отражающая наличие или отсутствие антигенов на поверхности эритроцитов и антител в плазме крови. АВО является самой распространенной системой групп крови в мире.

Эритроциты на своей поверхности несут сигнальные молекулы – антигены – агглютиногены. Группы крови определяются на основании наличия антигенов А и В, встроенных в эритроциты. Кровь людей, у которых на эритроцитах присутствует антиген А, относится к второй группе – А (II), кровь тех, у кого на эритроцитах – антиген В, относится к третьей группе – В (III). Если на эритроцитах присутствуют и антигены А, и антигены В – это четвертая группа – АВ (IV). Если в крови на эритроцитах не определяется ни одного из этих антигенов – тогда это первая группа – О (I).

В норме организм вырабатывает антитела против антигенов (А или В), которых нет на эритроцитах – это агглютинины, находящиеся в плазме крови.

Система «Резус-фактор»

Система резус-фактора имеет важное значение для успешного переливания крови. В системе резус выделяют 5 основных антигенов: С, с, D, d, Е и е. Однако только D-антиген имеет существенное практическое значение. Эта система контролируется геном RHD на хромосоме 1. Ген RHD имеет два варианта – Rh(+) и Rh(-), аллель Rh(+) является доминантным. По этой системе возможны только две группы: 1) резус-положительная с генотипом Rh(+) Rh(+) и Rh(+) hr.(-); 2) резус-отрицательная с генотипом rh(-) rh.(-) [7].

Группы крови системы резус-фактора, в частности антиген Rh (D), является важной причиной гемолитической желтухи у новорожденных или эритробластоза плода; для предотвращения этих заболеваний ключевым фактором является профилактика резус-конфликта. Риск резус-конфликта при беременности возникает у пар с резус-отрицательной матерью и резус-положительным отцом.

Группы крови системы резус-фактора встречаются у разных народностей и в разных регионах с разной частотой. Резус-положительными являются около 85% людей европеоидной расы, а 15% резус-отрицательные. Для монголоидов характерно отсутствие резус-отрицательной крови, а если такие лица встречаются, то это свидетельствует о метисации населения европеоидами [8].

Определение отцовства по группе крови

У человека существует более 20 разных систем групп крови, но часто используются только две: АВО и система резус-фактор.

В системе АВО есть 4 группы крови: I, II, III, IY, а в системе резус только две: положительная (Rh+ и отрицательная Rh-).

Обе системы определяются генетическими факторами и могут быть использованы для установления отцовства путем генетического анализа или анализа крови.

Определение отцовства не является точным методом, а индикативным для проведения дальнейшего ДНК анализа.

В редких случаях анализ крови может давать неопровержимые доказательства. Однако, даже в этих случаях подтверждение отцовства при помощи ДНК теста необходимо, т.к. бывают случаи очень редкого плейотропного взаимодействия генов.

Исследуемая выборка состояла из 50 человек коренных жителей села Кегеты Чуйского района Чуйской области Кыргызской республики.

Результаты анализов показали, что 22 человека имели I гр. крови;

11 человек – II группу крови; 12 человек – III группу крови и 4 человека – IY группу крови.

Если учитывать только систему Rh-фактор, 49 человек из 50 имели резус+ (пол.) кровь, лишь один – резус- (отр.) кровь.

Среди обследованных 45 человек женского пола и 5 – мужского.

Результат анализа по системе АВО и Rh-фактор.

система	генотип	п.п. Кегеты	
АВ0	0 А В АВ	44% 24% 24% 8%	0,44 0,24 0,24 0,08
Rh-фактор	Rh + Rh + D Rh + rh – D rh – rh – d	98% 2%	0,98 0,02
ΣX^2	50	50	1,0

Частота аллеля $I^A = p\ (I^A) = 0{,}12\ (I^A\ I^0) + 2\ (0{,}12\ (I^AI^A) + 0{,}08\ (I^AI^B) = 0{,}44$

Частота аллеля $I^B = q\ (I^B) = 0{,}12\ (I^BI^0) + 2\ (0{,}12\ (I^BI^B) + 0{,}08\ (I^AI^B) = 0{,}44$

Частота аллеля $I^0 = pI^A + qI^B + rI^0 = 1$;

$rI^0 = 1 - (pI^A + qI^B) = 1 - (0{,}44+0{,}44) = 1-0{,}88 = 0{,}12$

Частоту аллели I^O рассчитаем, учитывая, что, если ген в генофонде популяции представлен несколькими аллелями, то соотношение различных генотипов будет выражается формулой $(pI^A + qI^B + rI^O)^2$.

Расчет процентного содержания генотипов и фенотипов в популяции

Процентное содержание генотипов и фенотипов в популяции для гена с тремя аллелями рассчитывали по формуле Харди-Вайнберга: $(p + q + r)^2$.

Вероятность в (%) соотношения различных генотипов групп крови по системе АВО в популяции жителей с. Кегеты следующая:

Процентное соотношение генотипов в популяции

аллели	I^AI^A	I^AI^0	I^BI^B	I^BI^0	I^AI^B	I^0I^0
Частота генотипов	19,36	10,56	19,36	10,56	38,72	1, 44

Расчеты показали, что частота аллеля I^A и I^B в исследуемой группе жителей встречалась в одинаковой степени, а соответственно в генотипе I^AI^B составляло цифру 38.72. Частота аллеля I^0 в генотипе I^0I^0 составляла 1, 44%.

По данным Национального Статистического комитета на 2018 г. население с. Кегеты составляло 47 017 чел. Следовательно, приблизительно 20687 чел. имеют I гр., 11284 чел.имеют II и столько же III группу крови, 3761 имеют IY группу крови. Из всего населения от 470 до 940 имеют резус- (отрицательную) кровь. В генетическое разнообразие вносят вклад примерно в равной степени локус А и локус В.

По данным Национального Статистического комитета на 2018г. население с. Кегеты составляло 47 017 чел. [9]. Следовательно, 20687 чел. имеют I гр., 11284 чел.имеют II и столько же III группу крови, 3761 имеют IY группу крови. Из всего населения от 470 до 940 имеют резус- (отрицательную) кровь. В генетическое разнообразие вносят вклад примерно в равной степени локус А и локус В.

По данным В. Геллера и О. Прокопа (1991) наблюдается следующая картина распределения генов системы АВ0 (всего охватывается примерно 15 миллионов человек различных народов среди четырех рас – негроидов, монголоидов, европеоидов и американоиды – североамериканские индейцы).

Частота гена А. 0.05 млн среди населения Центральной и Южной Америки, 0.25-0.3 млн среди населения Центральной Европы, 0.4-0.45 млн среди населения Центральной Австралии и Северной Европы;

Частота гена В. 0.0-0.05 млн среди населения американского континента, 0.05-0.1 млн среди населения Западной и Центральной Европы, 0.1-0.2 млн среди населения Восточной Европы, 0.2-0.3 млн среди азиатского населения

Частота гена 0. 0.5-0.55 млн среди населения некоторых азиатских регионов, 0.6-0.65 млн среди населения Центральной и Восточной Европы, 0.65-0.7 млн среди населения Южной и Западной Европы, 0.95-1.0 млн среди населения Центральной и Южной Америки. Следует отметить, что приведенные данные относятся лишь к коренному населению региона [6, 10].

Система Rh с её восьми гаплотипами и набором разнообразных аллелей в каждом локусе создаёт простор для изменчивости. Большой интерес составляет изменчивость главного доминантного гена D. В целом частота встречаемости Rh-фактора у европеоидов 85%, у монголоидов – 99% [3].

Выводы:

1. Такие анализы необходимо провести в однонациональных популяциях разных регионов республики, многонациональных селениях, также в этнических группах дунган, уйгуров и др.
2. Генетическая гетерогенность населения Кыргызской республики изучена недостаточно.
3. Данное исследование указывает на то, что изучение популяции людей с. Кегеты на соответствие групп кровы по системе АВО недостаточно по количеству исследованных индивидумов.

Литература

1. *Генофонд и геногеография народонаселения / Под ред. Ю. Г. Рычкова: Том 1. Генофонд населения России и сопредельных стран. С.-Пб.: Наука, 2000. 611 с.*
2. *Хитринская И. Ю., Степанов В. А., Спиридонова М. Г. И др. Анализ генетического своеобразия населения Сибири и Средней Азии по данным аутосомных маркеров / Генетика человека и патология: Сборник научных трудов/ Под ред. В. П. Пузырева. Вып.6. Томск. Печатная мануфактура, 2002. С. 226-234*
3. *Санчат Н.О., Кучер А.Н., Пузырев В.П. Генетико-демографическое описание сельского коренного народонаселения Республики Тува / Проблемы развития и сохранения тувинского генофонда / Под ред. В.П. Пузырева, Э.А. Ондар. Томск: STT, 2000.С.32-49*
4. *А. Н. Кучер Генетико-демографическая структура сельских популяций Киргизской Республики/ Кучер А. Н., Солтобаева Ж. О.// Генетика, 2004. – т. 40 – №11. – С. 1540 – 1548.*
5. *Клиническая лабораторная диагностика / Сост. В. Н. Ослопов, А. Р. Садыкова, Р. А. Абдулхаков. –3-е изд. – М.; МЕДпресс-информ, 2005. – 64 с.*
6. *Методы клинических лабораторных исследований / Под ред. В.С. Камышникова / М.; МЕДпресс-информ, 2015. –734 с.*
7. *Пузырев В.П. Генетическое разнообразие народонаселения и болезни человека/ Пузырев В.П., Фрейдин М.Б., Кучер А.Н.//. Томск: Изд-во «Печатная мануфактура» – 2007. – 319 с.*

8. *Демографический ежегодник Кыргызской республики (данные Национального Статистического комитета) [Текст] - Бишкек. – 2018. – С. 321*

УДК – 34016:612.451

ВОЗМОЖНЫЕ КОРРЕЛЯТИВНЫЕ СВЯЗИ СОДЕРЖАНИЯ КОРТИЗОЛА В КРОВИ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОЙ СМЕРТИ

С.Т. Джанболотов, М.Ш. Мукашев, И.Ш. Альджамбаева
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.)
Кафедра судебной-медицины и правоведения
(зав.кафедрой – д.м.н., профессор Мукашев М.Ш.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: kafsudmed@mail.ru

Резюме. В статье отражены результаты сравнительного исследования содержания гормона кортизол в крови и морфологического исследования пучковой зоны коркового вещества надпочечника с целью выявления коррелятивной связи между уровнем кортизола в крови и изменений в пучковой зоне при быстрой смерти от открытой и закрытой черепно-мозговой травмы и сочетанной с черепно-мозговой травмой другими повреждениями и смерти от сдавления органов шеи петлей.
Установлено, что уровень гормона при быстрой смерти колеблется в пределах 115 ммоль/л- 410ммоль/л при норме от 140 до 650 ммоль/л. При смерти от сдавления органов шеи петлей – повешения – уровень гормона колеблется от 15 до 525 ммоль/л.
Морфометрические параметры ядер пучковой зоны при быстрой смерти от механической травмы в среднем составили 31,45±10,56 мкм, при смерти от повешения 33,26±11,46 мкм.
Ключевые слова. Черепно-мозговая травма, быстрая смерть, повешение, гормон, кортизол, надпочечник.

СУИЦИДДИК ӨЛҮМДӨ КАНДАГЫ ГОРМОН – КОРТИЗОЛДУН ДЕҢГЭЭЛИ МЕНЕН БӨЙРӨК БЕЗИНИН СЫРТКЫ КЫРТЫШЫНЫН «ПУЧКОВАЯ» ЗОНАСЫНЫН ӨЗГӨРҮШҮНДӨГҮ КОРРЕЛЯТИВДИК БАЙЛАНЫШЫ БОЛУШУНУН МҮМКҮНЧҮЛҮГҮ

С.Т. Джанболотов, М.Ш. Мукашев, И.Ш. Альджамбаева
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – профессор Кудайбергенова И.О.)
Соттук медицина жана укук кафедрасы.
(кафедра башчысы – м.и.д. профессор Мукашев М.Ш.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада ачык жана жабык баш соок-мээнин жаракатынан жана баш-соок мээнин жаракаты менен кошо болгон болок жаракаттардан олгон жана асынып муунуп олгондордун канындагы гормон- кортизолдун денгээли менен бойрок безинин сырткы кыртышынын «пучковая» зонасынын озгорушундогу коррелятивдик байланышынын мумкунчулугу жонундо жазылган. Изилдоонун натый жасында жаракаттардан болгон тез арадагыолумдо гормондун денгээли 115 нмоль/л ден 410 нмоль/л-го-чейин, асынып муунуп олгондогормондун денгээли 15 нмоль/л дон 525 нмоль/л-го чейин болду.
Бойрок безинин «пучковая» зонасындагы озоктуктордун морфометриялык корсоткучторумеханикалык жаракаттардан олгондо орточо 31,45±10,56 мкм, муунуп олгондо 33,26±11,46 мкм болду.
Негизги создор: баш-соок мээ, жаракаты, тез (мурт) олум, асынып алуу, гормон, кортизол, бойрок бези.

POSSIBLE CORRELATIONS BLOOD CORTISOL CONTENT AND MORPHOFUNCTIONAL CHANGES WHEN SUICIDAL DTATH

S.T. Djanbolotov, M.Sh. Mukashev, I.Sh. Aldjambaeva
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
(rector – doctor of medicine, professor Kudaibergenova I.O)
Forensic medicine and law department.
(dep.head – doctor of medicine, professor MukashevM.Sh.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. In the article are presented the comparative research results of blood cortisol content and adrenal cortex beam area morphological research for the purpose of correlative link detection between blood cortisol level and changes in beam area when quick death because of traumatic brain injury and other damages also noose neck organs compression deaths. It was discovered that the quick death cortisol level varies in the range of 115 mmol/l-410 mmol/l (standart 140-650 mmol/l). Because of Noose neck organs compression death caused by hanging the hormone level varies between 15-525 mmol/l.
Average indicator of Beam area nuclear morphometric parameters when quick death is 31.45+-10.56 mkm, caused by “hanging” death 33.26+-11.46 mkm.
Key words: traumatic brain injury, quick death, hanging, hormone, cortisol, adrenal gland.

Актуальность темы. Выраженность изменений, возникающих в ответ на раздражающий фактор, зависит от его силы и продолжительности. При ответной реакции организма на действие раздражающего фактора одним из ведущих и чрезвычайно лабильных звеньев нейроэндокринной системы являются надпочечники [1,2].
Ведущая роль надпочечников в развитии и регуляции комплекса адаптивных и компенсаторно- приспособительных реакций делает особенно актуальной задачу изучения зависимости ответной реакции надпочечника от продолжительности стрессового фактора. В формировании стресс-индуцированной реакции практически немедленно вовлекается гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система, подвергаясь структурно-функциональным перестройкам [3] и изменяя функциональное гормонообразование, в частности, кортизола.
Кортизол – гормон, вырабатываемый организмом при стрессовых ситуациях, активных физических нагрузках либо при недостатке питания. В состоянии шока гормон помогает быстрее действовать, при физических нагрузках дает взрывную силу, а при недостаточном питании – искать еду [4,5].
С биохимической точки зрения кортизол прежде всего повышает уровень гормона адреналин и делает глюкозу более доступной для обмена веществ. Нормальный уровень гормона составляет 10 мг/дл, при стрессе он повышается до 80 мг/дл, при сильном шоке до 180 мг/дл [5].
Хронический стресс (в том числе и психо-эмоциональное состояние суицидентов) является главным фактором, приводящим к повышению уровня кортизола, психо-эмоциональные перегрузки заставляют организм использовать всю доступную энергию на решение текущей задачи – исполнение суицида.
Скорость синтеза и секреции кортизола стимулируется в ответ на стресс, травму, инфекцию, понижение концентрации глюкозы в крови, а повышение концентрации кортизола подавляет синтез кортиколиберина и АКТТ по механизму отрицательной обратной связи.
Известно, что кортизол выделяется пучковой зоной коркового вещества надпочечников и естественно, что усиленная выработка гормона будет сопровождаться и морфофункциональными изменениями пучковой зоны.
Исходя из этого, поставлена перед нами **Цель** – исследовать возможные коррелятивные связи содержания гормона кортизол в крови и морфофункциональные изменения в корковом веществе надпочечников, в первую очередь, в пучковой зоне.
О коррелятивных изменениях количественного содержания гормонов и морфофункциональных изменениях в гипофизе при различной давности травмы указаны в работе М.Ш. Мукашева., А.Э. Турганбаева (2015) [6]. По их данным, при быстрой смерти (в течении 5 минут) содержание кортизола, тестостерона и Т4 практически не отличались от нормы (соответственно 160 нмоль/л; -10,3 нмоль/л и 69,3 нмоль/л). Через 3-16 часов показатели содержания гормонов значительно выросли: кортизол до 289 нмоль/л; тестостерон 26,4-28,7 нмоль/л и Т4 общий – 90,2-104,6 нмоль/л. При продолжительности

жизни 22-36 часов содержание гормонов уменьшается: кортизол до 142,5-148,5 нмоль/л, тестостерон до 4,09 нмоль/л и Т4 общий до 69,3 нмоль/л, указывающих на истощение функциональной активности гипофиза к этому времени.

О морфофункциональных изменениях коры надпочечников при несовместимой с жизнью черепно-мозговой травме указывается в работе С.Т. Джанболотова (2017) [2]. Им установлено, что статистически значимых различий в площади ядер клубочковой, пучковой и сетчатой зон правого и левого надпочечника не имеется.

Материал и методы исследования.

Для выявления возможной коррелятивной связи между содержанием кортизола в крови и морфофункциональными изменениями в корковой зоне надпочечников трупов лиц, погибших от суицидальной смерти через повешение, нами исследовались кровь и надпочечники, изъятые при судебно-медицинском исследовании трупов. Исследуемые биологические материалы изымались в первые сутки после наступления смерти: кусочки надпочечников подвергались судебно-гистологическому исследованию, а кровь – ИФА тест набором ИФА-Бест (х-3964) ИФА анализатором Mindray 96A. в медицинском центре «Научдиамед». «Кортизол-ИФА-Бест» предназначен для определения концентрации кортизола в сыворотке крови человека методом твердофазного иммуноферментивного анализа с применением моноклональных антител. В лунках планшета при добавлении исследуемого образца и конъюгата, во время инкубации происходит конкурентное связывание сывороточного кортизола и кортизола, конъюгированного с пероксидазой, с моноклональными антителами к кортизолу, иммобилизированными на внутренней поверхности лунок. Во время инкубации с раствором тетраметилбензидина происходит окрашивание раствора в лунках. Степень окраски обратно пропорциональна концентрации кортизола в анализируемых образцах (см. диаграмму №1). После измерения оптической плотности раствора в лунках на основании калибровочного графика рассчитывается концентрация кортизола в анализируемых образцах.

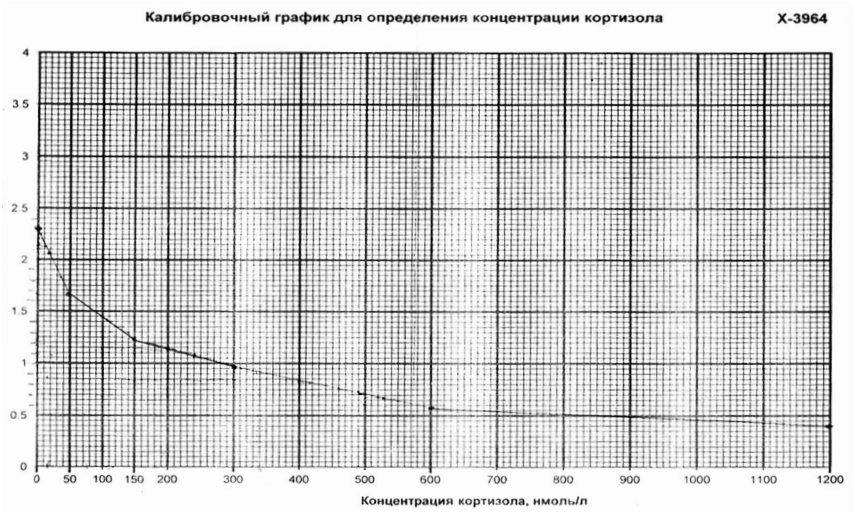


Рис 1. Калибровочный график для определения концентрации кортизола

Изъятые с трупов образцы крови хранились при температуре от 2 до 8°С не более 5 суток или при температуре минус 20°С не более 3-х месяцев. Для проведения анализа использованы сыворотки крови, при этом гемолизированная, мутная сыворотка крови исключалась из группы исследования.

Во избежание влияния гормонального фона в определенные периоды жизни, исследованию подвергались трупы лиц исключительно мужского пола, хотя, по мнению некоторых источников, уровень кортизола от пола и возраста не зависит[7].

Для гистологического исследования взяты фрагменты из средней части надпочечников, на которых имелись все зоны коркового вещества и мозговое вещество. Препараты окрашивались гематоксилин-эозином и суданом. Препараты изучались микроскопом XCZ-co7T под увеличением х120 и х400. Для сравнительного исследования содержания кортизола в крови в случаях смерти от механической асфиксии- повешения нами исследовалась кровь трупов лиц, погибших в очень короткий промежуток времени после травмы- смертельного дорожно-транспортного происшествия (6 случаев).

Секционный материал распределен следующим образом:

№	Основная группа (повешения)	Контрольная группа
Общ.количество	20 →	6 →
Возраст	от 18 до 76лет	от 24 до 79лет
Причина смерти	Механическая асфиксия от сдавления органов шеи под тяжестью собственного тела- повешение.	Открытая, закрытая ЧМТ и сочетанная с другими повреждениями ЧМТ.

Результаты исследования.

Содержание кортизола в сыворотке крови трупов лиц, погибших в ближайшие минуты после причинения им тяжелых открытой, закрытой черепно-мозговой травмы и сочетанной с черепно-мозговой травмой повреждений варьировало от 115 н/моль/л до 410 н/моль/л.

В случаях смерти от механической асфиксии в результате сдавления органов шеи петлей – повешения – содержание кортизола варьировало от 15 нмоль/л до 525 нмоль/л. (см. таблицу №1).

Таблица 1 - Содержание гормона в сыворотке крови при быстрой смерти и механической асфиксии – повешения

№	Смерть от черепно мозговой травмы и сочетанной с ЧМТ повреждений.	Смерть от механической асфиксии в результате сдавления органов шеи петлей – повешения.
1	180 нмоль/л	15 нмоль/л
2	410 нмоль/л	100 нмоль/л
3	146 нмоль/л	495 нмоль/л
4	115 нмоль/л	99 нмоль/л
5	295 нмоль/л	100 нмоль/л
6	145 нмоль/л	140 нмоль/л
		139 нмоль/л
		85 нмоль/л
		525 нмоль/л
		336 нмоль/л
		205 нмоль/л
		420 нмоль/л
		240нмоль/л
		25 нмоль/л
		130 нмоль/л
		160 нмоль/л
		110 нмоль/л
		310 нмоль/л
		235 нмоль/л
		110нмоль/л

По мнению ряда авторов (Е.С. Северин, 2003; В.Б. Розен 1994; Р. Марри, Ф. Греннер, 1993; В.П. Лебедев, 1979) кортизол в норме в цифрах у взрослых людей колеблется в пределах от 140 до 650 нмоль/л.

Известно, что уровень кортизола в крови зависит от деятельности надпочечников. Пик деятельности приходится на утренние часы (6-8 часов), спад за пару часов до сна (20-21 час). Утренняя норма кортизола в пределах 101,2-535,7 нмоль/л, вечерняя 79,0-477,8 нмоль/л [9].

Содержание гормона в крови резко – на 85 мг – повышается в ситуациях, заставляющих человека нервничать. Шоковое состояние увеличивает концентрацию кортизола до 175 мг (что в 6-10 раз выше нормы) [10].

Анализ таблицы №1 показывает, что при смерти пострадавших в ближайшие минуты после травмы (быстрой смерти), уровень кортизола в крови колебался от 115 до 410 нмоль/л, а в среднем 215,1 нмоль/л, что не превышает норму.

При смерти от механической асфиксии – повешения – уровень кортизола колебался от 15 нмоль/л до 525 нмоль/л, в среднем – 198,95 нмоль/л.

Исходя из данных вышеуказанных источников, можно предположить, что с одной стороны, в 6 случаях суицида смерть наступила в утренние часы (15, 100, 99, 100, 85, 25 нмоль/л), с другой стороны о хроническом стрессе, являющимся главным фактором, приводящим к повышению уровня кортизола. Нервные перегрузки заставляют организм использовать всю доступную энергию на решение текущей задачи – именно это является главной функцией гормона. В то же время выявить, по имеющимся данным, четкую статистическую связь уровня содержания кортизола при быстрой смерти от механической травмы и задуманной суицидальной смерти не представляется возможным и требует дальнейших исследований на более значительном количестве наблюдений.

Гистологическое исследование надпочечников при суицидальной смерти показало, что липидами наиболее нагружены адренокортикоциты, расположенные в клубочковой и пучковой зоне. Их цитоплазма приобретает однородный черный цвет, приводя в отдельных случаях стиранию различимой границы между клубочковой и пучковой зонами. При увеличении кровенаполнения пучковой зоны уменьшается степень насыщения липидами. В адренокортикоцитах пучковой и сетчатой зон цитоплазма содержит малое количество равномерно распространенных по цитоплазме пылевидных вкраплений липидов или крупных липидных капель (рис 1, 2).

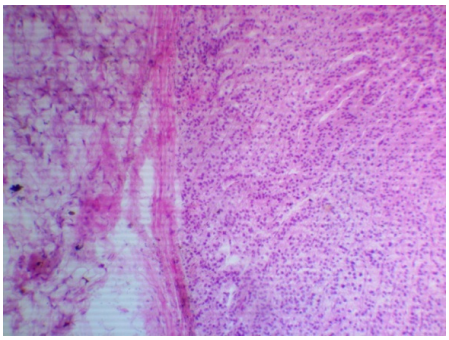


Рис. №1.Пылевидные вкрапления липидов

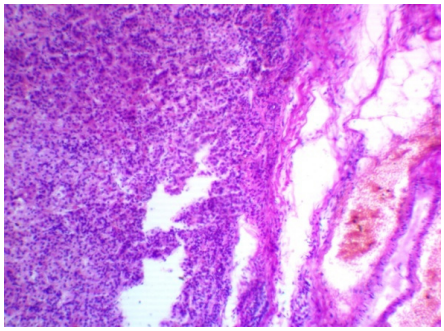


Рис №2. Крупные липидные капли

Морфометрические показатели параметров пучковой зоны при быстрой смерти от механической травмы и при смерти от механической асфиксии от сдавления органов шеи петлей – повешения – несколько отличаются (см. табл. 2).

Таблица - 2. Морфометрические показатели клеток пучковой зоны надпочечника

Зона коркового вещества	Смерть от механической травмы	Смерть от механической асфиксии- повешения
	Средняя площадь ядер в мкм m±m	Средняя площадь ядер в мкм m±m
Пучковая зона	31,45±10,56	33,26±11,46

Из таблицы видно, что при смерти от повешения средняя площадь ядер пучковой зоны несколько увеличена, что свидетельствует об усилении функции данной зоны, отражающейся и на уровне кортизола в сыворотке крови от минимального 100 нмоль/л до 525 нмоль/8/л. (16 случаев из 20).

Таким образом, при сравнительном исследовании уровня кортизола в сыворотке крови при быстрой смерти от механической травмы и смерти от механической асфиксии – повешения – четких значимых различий от норм, указанных в литературных источниках, не выявлено, хотя в 16 случаях из 20 случаев смерти от повешения содержание кортизола было более 100 нмоль/л. Морфометрические параметры ядер клеток пучковой зоны при смерти от механической асфиксии-повешения более значительны, чем при смерти от механической травмы, свидетельствующих о функциональной активности данной зоны.

Литература

1. *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*
2. *Джанболотов С.Т. Морфофункциональная характеристика надпочечников при несовместимой с жизнью механической травме(секционное исследование)// Вестник КГМА им.И,К.Ахунбаева.2017-№4. – с.32-35*
3. *Полина Ю.В., Родзаевская Е.Б., Наумова Л.И. Уровень кортизола и морфология надпочечников под воздействием низкоинтенсивного электромагнитного излучения и при стрессе//Саратовский научно- медицинский журнал, 2008. -№1 – с.127-130*
4. *https://fitseven.ru/zdorovie/metabolism/cortisol.*
5. *https://woman/rambler.ru/health/41533777-kortizol-gormon-stressa/*
6. *Мукашев М.Ш., Турганбаев А.Э. Динамика содержания гормонов и морфофункциональных изменений гипофиза при черепно- мозговой травме различной давности// Вестник КГМА им.И.К. Ахунбаева, 2015-№2(1).-с120-122.*
7. *https://www.invitzo/ru/analizes/for-doktozs/497/2321/*
8. *Биохимия: Учеб для вузов. Под ред.Е.С.Северина.2003. Розен В.Б. «Эндокринология». 1994. Р. Марри, Д. Гриннер и др. «Биохимия человека» 2-рой том. 1993. Лебедев В.П. «Надпочечники – железы внутренней секреции»., 1979.*
9. *https://www.invitzo/ru/analizes/for-dortozs/497/2321/*
10. *https://Krov.expert/analiz/gormony/kortisol-povyshen.html*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЕННОСТИ ПРЕДМЕТОВ ОБИХОДА У СТУДЕНТОВ КГМА

Н.Н. Бабаджанов, А.М. Умуралиева, К.М. Назарматов

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)

Кафедра микробиологии и вирусологии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

На нашей планете обитает огромное количество микробов. Только бактерий, не считая грибов, вирусов, простейших насчитывается не менее 10^30. В организме каждого человека проживает не менее 10^14 бактерии, а в популяции людей на планете их насчитывается около 10^24. Уже на основании только этих данных можно судить о той роли, которую играют микробы в жизни человека. Многие из них болезнетворны, т.е. патогенны для человека, животных, птиц, насекомых и растений.

В диагностике инфекционных заболеваний и в эпидемиологии решающую роль играют микробиологические исследования, так как с их помощью определяется этиология заболевания или причина развития эпидемий, т.е. вызвавший их микроб.

Сегодня многие из нас не выпускают из рук телефоны – ещё в досмартфонную эпоху с их помощью можно было не только связаться с другими людьми, но и выйти в Интернет или воспользоваться медиавозможностями. Современные магазины приложений только добавляют новых функций, благодаря которым телефон становится незаменим для навигации, чатов, игр.

Часто используемые предметы – ключи, монеты, денежные банкноты – собирают грязь при использовании. Не являются исключениями и телефонные трубки. Во множестве случаев накапливаемые микроорганизмы относительно безвредны, они лишь являются следствием плохо вымытых рук или прикосновений к грязным поверхностям. Но бывают и опасные случаи, которые грозят сыпью на коже, заражениями крови и еды.

Целью исследования явилось сравнительное изучение микробной обсемененности предметов обихода (сотовые телефоны, ручки, халаты) у студентов КГМА.

РОЛЬ HAEMOPHILUS INFLUENZA КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

А.А. Дабаева, А.Т. Алымкулов
Научный руководитель: Член-Корр. НАН КР д.м.н., профессор Д.А. Адамбеков.
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии.
Кыргызская государственная медицинская академияим. И.К. Ахунбаева. г. Бишкек.

Актуальность проблемы: Отсутствие активного мониторинга за Haemophilus Influenza в Кыргызстане и отсутствие точных данных по числу инфицированных Haemophilus Influenza. Несмотря на то что в КР с 2009 года ведется специфическая профилактика от Hib в составе Пентавалентной вакцины, так же отсутствует мониторинг за эффективностью использования более реактогенной вакцины чем АКДС.
Цель: Выявление гемофильной палочки у ЛОР-больных , вакцинированных и невакцинированных детей . Оценка эффективности вакцины и целесообразность ее применения. Определение антибиотикочувствительности Haemophilus Influenza и ее сателлитов .
Материалы и методы исследования.
На базе бактериологической лаборатории кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева было отобрано три группы людей : 1группа- ЛОР больных , 2 группа – вакцинированные дети, 3 группа – невакцинированные дети. У каждой группы были взяты, одноразовым стерильным шпателем, мазки из зева и помещались в транспортные питательные среды. Одну порцию отправляли на посев на кровяном агаре (из за отсудствия элективных питательных сред), вторую порцию отправляли на проведения ПЦР анализа в Межотраслевой учебно-научный центр биомедицинских технологий КГМА.
Результаты и их обсуждение: Рост гемофильной палочки происходил в питательной среде только при наличии 5 и 10 фактора роста, но при отсутствии элективных питательных сред. То есть создавался так называемый «феномен Бактериальной кормушки», когда на Кровяной агар засевают сперва Стрепто и стафиллокков для лизирования эритроцитов и выходу из них 5 и 10 фактора роста, после чего они могут дать рост. Это дает нам возможность предполагать что при воспалениях верхних дыхательных путях вызванных стрепто и стафиллококками создаются условия для развития гемофильной палочки.
Выявлены Антигены Гемофильной палочки среди отобранных групп. В каждой по 20 человек. У 8 из 20 лор-больных была выявлена HI, . 2 случая из двадцати среди невакцинированных детей. И совершенно не было случаев HI среди вакцинированныхТест на Антибиотикочувствительность показал разную степень чувствительности гемофильной палочки и ее сателлитов.
Выводы: Гемофильная палочка является основным сочетанным фактором развития воспалений верхних дыхательных путей, что подтверждает ее высеваемость. Снижение количества больных среди младших групп населения косвенно подтверждает эффективность специфической профилактики.

ВСПЫШКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ SARS-COV-2

Кубаталиев Ч.У., Кутманов К.Б., науч. руководитель – к.м.н., и.о., доцент Умуралиева А.М.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
Кафедра микробиологии и вирусологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Кубаталиев Ч.У. – студент педиатрического факультета 2 курс 2 группа,
e-mail: chika.kubataliev@mail.ru
Кутманов К.Б. – студент педиатрического факультета 2 курс 2 группа

Актуальность

Уже несколько недель китайские власти пытаются сдержать распространение опасного и ранее неизвестного вируса, обозначенного Всемирной организации здравоохранения как «SARS-CoV-2» или коронавирус «Уханя». На 25 января от болезни погиб 41 человек, насчитывается более 1300 случаев заражения. На 3 марта количество погибших 3130 человек и 92 275 случаев заражения.

Очагом распространения атипичной пневмонии, вызванной новым типом коронавируса, стал город Ухань в провинции Хубэй, с населением более 12 млн человек.

Почти все случаи заражения новым вирусом зафиксированы на территории Китая, однако заболевшие выявлены и в других странах, в том числе в Таиланде, Вьетнаме, Сингапуре, Японии, Малайзии, Южной Кореи, Тайване, Непале, Франции, Соединенных Штатах Америки и Австралии.

Цель и задачи

- Этиологию и патогенез
- Механизм передачи и диагностика вируса
- Установление источника происхождения в животном мире и окружающей среде
- Клинических особенностей и способов лечения
- Профилактика
- Подготовить население к эпидемии

Выводы

- Полностью победить вирус не получиться, он будет проявляться сезонно, как и грипп
- Ситуация с распространением коронавируса SARS-CoV-2 может выйти из под контроля, если затронутые страны не будут принимать меры

Литература:

1. *https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public*
2. *https://www.bbc.com/russian/amp/features-51612618*
3. *https://amp.dw.com/ru/*
4. *https://m.lenta.ru/news/2020/02/28/gripp/amp/*

ПОЛИМОРФОЛОГИЯ ПЕРЕВИВАЕМЫХ ОПУХОЛЕЙ КРЫС ПРИ КОМБИНОРОВАННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНОГО ПЕКТИНА И ИОНИЗИРУЕЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Кудайбергенова И.О., Алимжонов Н.Ю., Чакеев И.Ш., Кылчыкбаев А.К., Жантаева А .К.

науч. руководитель – к.м.н., ассистент кафедры онкологии Алимжанов Н.Ю.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кудайбергенова И.О. – д.м.н., профессор

Чакеев И.Ш. – к.м.н., старший научный сотрудник

Кылчыкбаев А.К. – ассистент кафедры онкологии

Жантаева А. К.– студентка 6-го курса факультета «Лечебное дело №1»

e-mail:zhantaeva232801@mail.ru

Актуальность. Одними из наиболее распространенных методов лечения многих онкологических заболеваний в настоящее время является лучевая терапия и химиотерапия. Вместе с тем, данные виды терапии отличаются высокотоксичным воздействием на организм и поэтому возникает проблема снижения их повреждающего действия на нормальные клетки и ткани с помощью различных лекарственных и растительных препаратов.

Цель. Изучить патоморфологические изменения в экспериментальной опухоли при комбинированной терапии низкомолекулярным полисахаридом и ионизирующим излучением.

Материалы и методы. Объектом исследования являлся цитрусовый пектин в виде готового препарата PectaSol-C® фирмы EcoNugenics, который для получения требуемых размеров подвергался процессу ферментативной модификации. Исследования проводились по правилам, принятым в Страсбурге Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и

иных научных целей. Пектин вводился per os в дозировке 650 мг/кг со 2-х по 8-е сутки после перевивки опухоли. Облучение животных проводили под эфирным наркозом на линейном ускорителе ЛУЭВ-15 М1, энергия излучения 10 МЭВ, глубина залегания 2 см, разовая доза 3 грей, поле облучения 4 х 4 см.

Результаты исследования. Патоморфологическая картина патоморфоза при сочетанном воздействии облучения и пектасола отличается от картины облучения без предварительного воздействия, что проявляется в усилении ангиогенеза и разрастании соединительной ткани, с пролиферацией стромальных клеток, что может свидетельствовать об активации иммунной системы.

Заключение: Анализ последних научных данных и полученные нами результаты свидетельствуют о перспективности продолжения дальнейших исследований в этом направлении, т.к. низкомолекулярный пектин обладает способностью потенцировать эффекты не только химиотерапии, но и лучевых методов лечения.

Литература:

1. *Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Л.: Медицина, 1978, 296 с.*
2. *Chou, T-Ch. Theoretical basis, experimental design, and computerized simulation of synergism and antagonism in drug combination studies / T-Ch. Chou // Pharmacological reviews. – 2006. – Vol. 58. – P. 621–681.*

УДК165.0 – 165.17; 57.031 - 57.033

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ГЛОБАЛЬНОМУ ИЗМЕНЕНИЮ КЛИМАТА

Лю М.Б.[1,2], науч.руководитель – д.м.н., проф. Адамбеков Д.А.[2], д.ф.н., доцент Усупова Ч.С.[2]

[1]Научный центр противоинфекционных препаратов, г. Алматы, РК

[2]Кыргызская Государственная медицинская академия им. Ахунбавеа, г. Бишкек, КР

Лю М.Б. – асп. каф. микробиологии, вирусологии и иммунологии КГМА им. Ахунбаева, e-mail: mlyu@mail.ru

Главной целью конференции в Париже в 2015 г., проведенной в рамках конвенции ООН об изменении климата, являлось подписание соглашения об удержании глобального потепления на планете ниже 2,0ºС, о значительном снижении выбросов парниковых газов. Меры по предотвращению опасного изменения климата и его разрушительных последствий для человечества будут достигаться за счёт декарбонизации энергетического сектора, транспортного, промышленного производств, сельского хозяйства. Соглашение определяет объёмы выбросов парниковых газов и меры по предотвращению изменения климата на национальном уровне до конца 2022 г. [1]. Все страны должны принять свои национальные стратегии по снижению выбросов, технологическому перевооружению и адаптации к климатическим изменениям. Это позволит определить нормы выброса от четырех взаимозависимых систем: энергетика, транспорт, промышленность, сельское хозяйство, которые планируется обновлять каждые пять лет, начиная с 2022 г. Поскольку последствия изменения климата не учитывают границ мирового сообщества, то для того, чтобы справиться с ними, необходимо вовлечение общественности на всех этапах развития проблемы [2].

Предотвращение глобального изменения климата рассматривается как необходимое условие достижения устойчивого развития и должно иметь системный подход [3]. Как известно, системный подход занимается планированием, проектированием и управлением сложными системами в течение их жизненных циклов. Системный подход позволяет учитывать синергизм, например, между действиями по предотвращению изменения климата и использованием альтернативных источников энергии вместо ископаемой энергии с интенсивным выбросом углекислого газа. Также системный метод представляет собой рассмотрение объектов исследования в качестве элементов некоторой системы, в которой они связаны между собой определенными отношениями. При этом свойство целой системы часто отличается от свойств составляющих ее элементов. Как известно, любая система в результате взаимодействия с окружающей средой может прийти к неустойчивому состоянию (диссипативному) и в такой переломный момент (точка бифуркации) невозможно определенно предсказать, станет ли состояние системы менее организованным и хаотичным (аттрактор 1) или более дифференцированным и упорядоченным (аттрактор 2) [4].

Литература:
1. *Парижское соглашение (2015). https://unfccc.int/process-and-meetings/the-paris-agreement/the-paris-agreement.*
2. *I.Scoones. The Politics of Sustainability and Development // Annual Review of Environment and Resources. – 2016. – 41(1). DOI: 10.1146/annurev-environ-110615-090039.*
3. *Reid WV, Chen D. et al. Environment and development. Earth system science for global sustainability: grand challenges // Science. – 2010. – 12 – P. 916-917.*
4. *V.Dakos, S.R.Carpenter et al. Resilience indicators: prospects and limitations for early warnings of regime shifts // https://royalsocietypublishing.org/doi/full/10.1098/rstb.2013.0263.*

UDC 573 (575.2)(04)

MORPHOPHYSIOLOGICAL STATUS OF THE 1ST YEAR STUDENTS OF INTERNATIONAL SCHOOL OF MEDICINE AND KYRGYZ STATE MEDICAL ACADEMY

Sakibaeva A. K., supervisors – PhD in Medical Sciences, associate professor Abaeva T.S., associate professor Zamaletdinova G.S., teacher Omuralieva N.K.
Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan
Department of Normal and Topographic Anatomy of KSMA, Department of Foreign and Latin Languages of KSMA, Macro and Microanatomy Department of ISM
International School of Medicine, Bishkek, Kyrgyzstan

Sakibaeva A.K. – 1st year student of General Medicine of KSMA, email: 1506sak@gmail.com

This study examines the morphophysiological status of 1st year students of KSMA and ISM. The purpose of the study was to determine the individual typological characteristics of physical development and adaptation mechanisms of foreign students of the first year of study. For the first time in Kyrgyzstan, a somatophysical examination of foreign students with an individual typological differentiation according to constitutional criteria was carried out. The age and morphological and functional indices of the male and female students were established in the conditions of a university of Kyrgyzstan. Informative features of functional systems (cardiovascular and respiratory systems) were selected in the development of a model for predicting motor loading at the early stages of training at the university. The work was conducted on the basis of the International School of Medicine and Kyrgyz State Medical Academy in the autumn-spring period (2014-2015). 70 young men and 63 girls - a total of 133 students from India aged 18 to 19 participated in this study. Research methods: 1) methods of complex assessment of adaptive resources of student's somatic health; 2) methods of hematological indices analyses; 3) methods of functional analyses of cardiovascular state and respiratory systems.
The following conclusions were drawn from the study: 1. The physical development of examined Hindi students corresponds to the age and gender indices. The degree of proportionality of the body is dominated by students with an asthenic body type (more than 50 % of the total number of students) indicating an insufficient physical development of the body. 2. Compensatory adaptive mechanisms of the cardiovascular system are more effective in young men-foreigners than in young women-foreigners who have moderate tachycardia with hypotension. Indices showing the activity of the cardiorespiratory system indicate inconsistency of the activity and the intension of adaptive regulation mechanisms in medical students in the first year of study at the university. 3. Hematological characteristics of blood of the first-year students indicate the absence of disorders and pathological processes in the body of the examined students. 4. Assessment of objective indicators of the morphophysiological state (hemodynamics, external respiration, KVI (Kerdo's vegetation index)) taking into consideration constitutional integrity, indicated situations like stressful ones that slow down the adaptation process.

List of literature

1. *Avtandilov G. G. Medical morphometry – M.: Medicine. 1990. 384 p.*
2. *Kaznacheev V. P. Modern aspects of adaptation. – Novosibirsk: Science, 1980. – 192 p.*
3. *Nikolaev V. G. Methods of assessing individually typological features of human physical development. Educational and methodical manual. / V. G. Nikolaev and etc. – Krasnoyarsk: KSMA, 2005. – 111 p.*

УДК: 617.51 -001:616.831-009:616.715

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ГЕМАТОМАМИ

Абдыкапар уулу Т., Бакасов А.Т., Кудайбердиева Ж.И., Калыков Т.С.
КГМА им. И.К. Ахунбаева, кафедра нейрохирургии.
г. Бишкек, Кыргызстан

Проведен анализ 2518 историй болезни вследствие черепно-мозговой травмы в клинике нейрохирургии Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики за 5 лет, а также 100 выживших, оперированных по поводу травматических внутричерепных гематом (контрольная группа) и 86 клинических наблюдений. Большинство пострадавших – 56% было наиболее трудоспособном возрасте – до 50 лет.
Ключевые слова: Внутричерепная гематома, хирургическое лечение, черепно-мозговая травма, результаты лечения.

БАШ СӨӨКТҮН ИЧИНДЕГИ ЖАРААТТЫК ГЕМАТОМАЛАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫНЫН СЕРЕБИ

Абдыкапар уулу Т., Бакасов А.Т., Кудайбердиева Ж.И., Калыков Т.С.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, нейрохирургия кафедрасы. Бишкек ш., Кыргызстан

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги алдындагы Улуттук госпиталдын нейрохирургия клиникасында 5 жыл аралыгындагы 2518 бейтап баяны каралган, ошондой эле баш сөөк ичиндеги гематомалар боюнча операцияга кабылган 100 бейтапка жана 86 (контролдук тайпа) бейтапка клиникалык көзөмөл жасалган. Жабыркагандардын көпчүлүгү (56%) эмгекке жарамдуу 50 жашка чейинки куракта болушкан.
Үңгу сөздөр: Баш сөөк ичиндеги гематома, хирургиялык дарылоо, баш сөөк-мээ жаракаты, дарылоонун натыйжасы.

ANANALYSIS OF TRAUMATIC INTRACRANIAL HEMATOMAS SURGICAL MANAGEMENT RESULTS

Abdykapar uulu T., Bakasov A.T., Kudayberdieva J.I., Kalykov T.S.
Kyrgyz State Medical Academy, Dpt of Neurosurgery;
Bishkek, Kyrgyzstan

It has been studied 2518 patient's cards after skull brain injury for the period of time 5 years treated at Clinic of Neurosurgery of The National Hospital of Kyrgyz Republic, also 100 patient's cards of survived after surgery for intracranial hematomas (control group) and 86 clinical investigations. Most injured – 56% have been in able-bodied age – until 50 years.
Key words: Intracranial hematoma, surgical management, skull brain injury, results of treatment.

Актуальность темы. Общая и послеоперационная летальность у пострадавших с внутричерепными гематомами по сообщению различных авторов остается высокой – от 8,5 до 33%. При двухсторонних гематомах в докомпьютерный период летальность достигала 100% [1-25].

Однако, летальность, неблагоприятные исходы тяжелой черепно-мозговой травмы не всегда обусловлены выраженностью повреждения мозга. В ряде случаев они связаны с диагностическими и интраоперационными ошибками, которые бывают более чем 30% в непрофильных по нейротравме стационарах. Значительное количество диагностических ошибок обусловлено трудностью распознавания травматических внутричерепных гематом (ТВГ).

Одним из осложнений травматических внутричерепных гематом при их хирургическом лечении являются повторные и послеоперационные внутричерепные кровотечения, которые при отсутствии своев-

ременного повторного оперативного вмешательства ведут к гибели или глубокой инвалидности пострадавшего [2,4,7].

Частота повторных гематом, диагностика, причины возникновения и меры их профилактике изучены недостаточно. В литературе имеются единичные публикации. Остается неутонченной информативность различных инструментальных методов, применяемых для диагностики внутричерепных гематом в многопрофильных городских стационарах [5, 8, 12-25].

Таким образов, проблема лечения и диагностики травматических внутричерепных гематом ТВГ, в частности, выяснения причин ошибок диагностики и хирургического лечения, их профилактика весьма актуальны и предоставляют как научный, так и практический интерес.

Целью настоящей работы является разработка комплекса мероприятий, снижающих частоту ошибок диагностики, хирургического лечения ТВГ супратенториальной локализации, диагностика и профилактике повторных и остаточных гематом.

Для достижения этой цели поставлены следующие задачи: 1) Дать математическую оценку диагностической значимости отдельных методов клинического и инструментального исследования. 2) Выявить частоту ошибок и их причин диагностики и хирургического лечения больных с внутричерепными гематомами. 3) Обосновать рациональную тактику инструментальной диагностики, хирургического лечения и способов профилактики диагностических и хирургических ошибок. 4) Оценить зависимость исходов хирургического лечения у больных с травматическими внутричерепными гематомами от вида хирургического вмешательства. Определить динамику у больных с повторными гематомами в раннем послеоперационном периоде. 5) Выявить факторы, оказывающие влияние на исход у пострадавших с больных с травматическими внутричерепными гематомами. Определить прогностическую значимость факторов риска повторных гематом у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Материал и методы. Основным материалом исследования послужил анализ 2518 историй болезни и протоколов вскрытий лиц, погибших вследствие черепно-мозговой травмы в нейротравматологических и нейрохирургических отделениях Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики за 5 лет, 100 выживших, оперированных по поводу травматических внутричерепных гематом (контрольная группа) и 86 клинических наблюдений. Из 2318 погибших больных мужчин било 2093 (83,1%), женщин – 425 (16,9%). Большинство пострадавших – 56% было наиболее трудоспособном возрасте – до 50 лет.

Особое внимание уделялось срокам проведения и объему диагностических мероприятий, способу оперативного лечения, причинам возникновения диагностических и хирургических ошибок. Недиагносцированные травматические внутричерепные гематомы объем более 40 мл рассматривали как ошибку диагностики.

Для определения частоты ошибок диагностики и их причин было отобрано 1319 болезни пострадавших с острым и под острыми травматическими гематомами, которые в 82% сочетались с ушибами мозга. в зависимости от уровня расстройства сознания при поступлении больные было распределены на три группы: 1-группа – 726 больных, находившихся в коматозном состоянии; 2-группа – 175 больных в сопоре; 3-группа – 418 больных, находящихся в оглушении или в ясном сознании. Каждая группа была разделена на 2 подгруппы: основную (с ошибочным диагнозом) и контрольную – с правильным диагнозом.

В подгруппах с диагностическими ошибками причиной гибели больных в основном было сдавление головного мозга гематомой, наступившей при этом дислокацией стволовых отделов отеком и набуханием мозгового вещества.

В контрольных подгруппах больных при правильном диагнозе, адекватном хирургическом лечении непосредственной причиной смерти явилась необратимость изменений в головном мозге, обусловленная запоздалой госпитализацией, либо первичным поражением стволовых структур или присоединившиеся соматические заболевания (чаше всего пневмония).

При оценке информативности инструментальных методов исследования смещение М-Эхо свыше 2,5 мм считали признаком смешения срединных мозговых структур. Рентгенологическая выявляемость переломов черепа определялась только для его свода, так как выполнения краниографий в специальных укладках у тяжелых больных противопоказано.

В клинической части работы (группа 35 больных) использовали комплекс диагностических методов, выключающий клинико–неврологические исследование, ЭхоЭГ, рентгенографию черепа, компьютерную томография (КТ) и магнитно-резонансную томографию. (МРТ).

Результаты и их обсуждение. Как показали наши исследования, полное расхождение клинического и анатомического диагноза в первой группе составило 27%, во второй – 28,6 % и в третьей – 17,2%. В среднем по трем группах расхождение основного и патологоанатомического диагноза достигало до 24,1%.

Было выявлено, чтобы подгруппе коматозных больных с ошибочным диагнозом не было сведений о травме головы, либо отсутствовали следы травмы на голове в 25% случаев. Такие пострадавшие разлениваись как больные и острым нарушением мозгового кровообращения и экстренные инструментальные методы диагностики и им не применяли, что привело к ошибочному диагнозу.

Сопоставление частоты выявляемых очаговых неврологических симптомов и их комплексов в двух подгруппах показало, что как в основных, так и в контрольных, характер этих симптомов в 75% случаях совпадал. Но в подгруппе с ошибочным диагнозом отсутствие очаговых симптомов встречалось в 3 раза чаще, чем в контрольной.

Таким образом, по характеру очаговых неврологических симптомов наличие травматической внутричерепной гематомы можно было предположить в 75% наблюдений. Однако ложно отрицательные данные при ЭхоЭГ наряду с низкой частотой применения этого метода привели к ошибке диагностике.

Так в первой группе частота применения ЭхоЭГ наблюдалось в 77,8% (а) при очень низкой выявляемости смещения М-Эхо (в среднем 62,5%) при сравнении частоты применения и выявляемости смешения в основных подгруппах и контрольной (б), было выявлено, что ЭхоЭГ применялось практически с одинаковой частотой - 75,5% и 78,7%.

Однако, выявляемость смещения срединных мозговых структур в подгруппе с точным диагнозом достигала 81,5%, в то же время в основной подгруппе (с ошибочным диагнозом) смещение М-Эхо не было выявлено в одном случае.

На основании этих данных диагноз ТВГ был отвергнут. Основная причина низкой выявляемости смещения М-Эхо - однократность применения метода, локация мозга только битемпорально.

Рентгенография костей свода черепа также применялась далеко не всем больным, составляя в среднем по трем группам 81,4% при средней выявляемости переломов свода черепа в основном с контрольно подгруппах 63,7%. Причем в основной подгруппе 1 группы выявляемость переломов даже превышало число выявленных переломов в контрольной на 7,6%.

Совершенно неинформативным методом диагностики ТВГ явилась люмбальная пункция. Более того, в среднем в 26,9% случаев через несколько часов после нее наблюдалось резкое ухудшение состояния больных. Причем более часто ухудшение наступало у больных 3 группы – до 35% случаев.

Таким образом, недостаточная «гематомная» настороженность, низкая частота применения одних инструментальных методов диагностики и недостаточная информативность других (ЭхоЭГ, краниография) привели к диагностическим ошибкам в среднем по трем группам в 24,1% случаев.

Для анализа интраоперационных ошибок были отобраны все оперированные больные - 1017, которые были распределены на две группы в зависимости от уровня расстройства сознания. В 1 группу вошло 675 коматозных больных и во 2 группе – 342 больных в сопоре, оглушении либо ясном сознании. Каждая группа была разделена на две подгруппы: основную (с остаточными либо повторными от 40 и более им) и контрольную (без остаточных и повторных гематом).

Повторные и остаточные гематомы рассматривались как критерий дефектно выполненной операции. В среднем эти гематомы были выявлено в 21,5% случаев.

Наиболее часто (46,9%) повторные и остаточные гематомы наблюдались при удалении ТВГ объемом от 80 до 150 мл. При этом повторные гематомы в 50% случаев ровнялись половинному объему удаленной гематомы.

Одной из основных причин возникновения повторных и остаточных гематом явилось небольших размеров, трепанационное отверстие.

Так, было установлено, что количество больных с костным окном, размером менее 5х6 см в подгруппе с повторными и остаточными гематомами встречались более чем в 2 раза чаще, чем в контрольной подгруппе больных среди погибших и почти в 3 раза чаще, чем в контрольной среди выживших. Соответственно 44,6; 17,9 и 15,2%. Другой важной причиной возникновения повторных и остаточных

гематом явилась излишняя торопливость при оперативном вмешательстве, сокращение времени проведения гемостаза.

Таких больных с продолжительностью оперативного вмешательства до 60 мин в основной подгруппе наблюдалось более 60%, что в 2 раза чаще, чем в контрольной подгруппе погибших и в 12 раз чаще, чем в контрольной выживших.

В то же время, количество больных продолжительностью оперативного вмешательства более 90 мин в группе выживших достигала 82%, а среди основной подгруппы таких больных было только 25%.

Из других факторов, способствовавших формированию повторных гематом, необходимо отметить нерасправившийся мозг, пониженное артериальное давление к концу операции, которое наблюдалось в основной подгруппе в 2 раза чаще, чем в контрольной. Алкогольное опьянение также наблюдалось чаще в основной подгруппе – 53,8%, что на 14,2% больше, чем в контрольной.

Повторные гематомы среди больных 1 группы ни в одном случае при жизни не были диагностированы, а во 2 группе больных диагноз был поставлен только в 3,6% случаев, этим больным были произведены повторные операции. Таким образом, диагностика повторных гематом очень трудна без применения МРТ или КТ.

По общепринятой методике, остановка кровотечения из сосудов твердой мозговой оболочки производится коагуляцией, что приводит и ее сморщиванию. При последующем зашиванию твердой мозговой оболочки происходит ее натяжение, «отсекается» от округлой полости черепа «шаровой сегмент», что уменьшает полость черепа, создается дополнительная компрессия мозга. При костно-пластической трепанации подкостным лоскутом образуется полость, в котором может формироваться эпидуральная гематома.

С увеличением площади трепанационного отверстия увеличивается и число кровоточащих сосудов, требующих коагуляции, что производит к большему сморщиванию твердой мозговой оболочки. Величина уменьшения полости черепа при зашитой твердой мозговой оболочке в зависимости от площади трепанации нами установлено. При отверстии 6х6 см полость черепа уменьшается на 19-21 см^3, а размер трепанации 10х10 см – до 98-107 см^3.

Следовательно, для предотвращения компрессии мозга и профилактики послеоперационных гематом зашивать твердую мозговую оболочку нецелесообразно, необходимо производить ее свободную пластику.

Инструментальные методы исследования применялись необоснованно редко, а их трактовка была ниже среднего уровня. Так ЭхоЭГ применяли только у 80,9%, а выявляемость гематом была всего 62,5%. Рентгенография черепа, выявляемость переломов костей свода черепа - 75,7%, выявляемость переломов костей свода черепа составила в разных группах только 61,2 - 68,8%. КТ и МРТ применена была всего у 2,3% больных, хотя выявляемость гематом была наиболее высокой - (86,7%) среди инструментальных методов диагностики. Выявляемость гематом методом наложения поисковых фрезевых отверстий составила 97%.

Повторные и остаточные внутричерепные гематомы составили 21,5-24,6%. Основной причиной их явилась небольших размеров трепанационное окно; недостаточный гемостаз вследствие низкого артериального давления на заключительном этапе операции либо вследствие поспешности при завершении ее. Оптимальным размером трепанационного отверстия при удалении травматических внутричерепных гематом являются границы уплощенной части черепа в лобно-височно-теменной области (не менее, чем 6х7 см). Для профилактики повторных гематом важное значение имеет снижение степени отслойки твердой мозговой оболочки от края костного окна при выполнении костно-пластической трепанация. Для этого ферзевые отверстия должны быть наложены на расстояния не более, чем 4,5-5см друг от друга (с учетом крутизна нагиба черепа). Зашитая твердая мозговая оболочка при широкой трепанации (10х10 и более см) может уменьшать объем полости черепа на 100 и более см^3, что создает компрессию мозга, а между костью и твердой мозговой оболочкой формирует полость, в котором может скапливаться кровь. Тяжелое состояние больных с нарастающей общемозговой или очаговой неврологической симптоматикой при послеоперационных гематомах толщиной более 7-8 мм являются показанием к повторному оперативному вмешательству.

Заключение. Ошибки диагностики травматических внутричерепных гематом составили 24,1%. Одной из основных причин ошибок диагностики явилась недооценка клинических проявлений гематом, отсутствие комплексного обследования больных, переоценка ложноотрицательных данных ЭхоЭГ, низкая частота применения КТ и МРТ.

Литература:

1. *Дюсембеков, Е.К. Сравнительные результаты хирургического лечения острых внутричерепных гематом по данным клиники [Текст] / Е.К. Дюсембеков, А.Р. Халимов, И.Т. Курмаев // Журнал «Нейрохирургия и неврология Казахстана». - №3(24). – Астана. – 2011. – С.11-13.*
2. *Кариев М.Х. К диагностике, к клинике и к хирургическому лечению травматических сочетанных субдуральных и внутримозговых гематом [Текст] / М.Х. Кариев // III съезд нейрохирургов России. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 29-30.*
3. *Коновалов А.Н. Патогенез, диагностика и лечение черепно-мозговой травмы и ее последствий [Текст] / А.Н. Коновалов, А.А. Потапов, Л.Б. Лихтерман // Вопр. нейрохирургии. - 2004. - №4 -С. 18-25.*
4. *Крылов В.В. Выбор трепанации в хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы [Текст] / В.В. Крылов, А.Э. Талыпов, Ю.В. Пурас // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, 2007. - №1. - С.3-11.*
5. *Мамытов М.М. Вторичные повреждения головного мозга при тяжелой черепно-мозговой травме [Текст] / М.М. Мамытов, К.Б. Ырысов // / Наука и новые технологии, 2012. - №5. – С. 133-136.*
6. *Педаченко Е.Г., Дзяк Л.А., Сирко А.Г. Дифференцированное лечение тяжелых диффузных повреждений головного мозга // Вопр. нейрохир. – 2012. - № 5. – Т.76. - С.30 – 39.*
7. *Педаченко, Е.Г. Факторы прогноза развития внутричерепной гипертезии в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы [Текст] / Е.Г. Педаченко, Л.А. Дзяк, А.Г. Сірко // Укр. нейрохір. журнал. – 2011. - № 3. – С. 26 – 31.*
8. *Потапов, А.А. Современные рекомендации по диагностике и лечению тяжелой черепно-мозговой травмы [Текст] / А.А. Потапов, В.В. Крылов, Л.Б. Лихтерман // Журнал Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. - 2006. - №1. - С.3-8.*
9. *Турганбаев, Б.Ж. Дифференцированное лечение аксиальной дислокации головного мозга при черепно-мозговой травме [Текст] / Б.Ж. Турганбаев, К.Б. Ырысов, Т.С. Жапаров // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2017. - №1. – С.110-116.*
10. *Фраерман, А.П. Травматическое сдавление головного мозга [Текст] / А.П Фраерман. - Горький, 2009.-189 с.*
11. *Ыдырысов, И.Т. Диагностика и лечение сочетанных травм [Текст] / И.Т. Ыдырысов, К.Б. Ырысов (клиническое руководство). – Б.: 2017. – 92с.*
12. *Ырысов К.Б., Муратов А.Ы., Ыдырысов И.Т. Результаты клинико-инструментального исследования больных с травматическим сдавлением головного мозга / [Текст] / К.Б. Ырысов, А.Ы. Муратов, И.Т. Ыдырысов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2018. – №2. – С.75-81.*
13. *Ырысов, К.Б. Диагностическое и прогностическое значение данных магнитно-резонансной томографии при тяжелой черепно-мозговой травме [Текст] / К.Б. Ырысов, К.А. Азимбаев, Б.К. Ырысов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2016. - №7. – С. 64-70.*
14. *Ырысов, К.Б. Результаты лечения больных с травматическим сдавлением головного мозга [Текст] / К.Б. Ырысов, А.Ы. Муратов, Ж.Б. Бошкоев // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2018. – №2. – С.81-89.*
15. *Ырысов К.Б. Результаты эндоскопической трансназальной транссфеноидальной хирургии при аденоме гипофиза // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2018. - №11. – С. 66-71.*
16. *Ырысов К.Б., Медведев М.А., Имакеев Н.А. Изменения глазного дна при опухолях головного мозга супратенториальной локализации // Здравоохранение Кыргызстана, 2014. - №2. – С.119-122.*
17. *Ибраимова А.А., Ырысов К.Б. Роль офтальмологического исследования в диагностике тяжелой черепно-мозговой травмы // Здравоохранение Кыргызстана, 2012. – С.102-104.*
18. *Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Мамытова Э.М. Факторы дифференцированного подхода в лечении тяжелых очаговых повреждений головного мозга // Лікарська справа, 2012. - № 6. - С. 68-73.*
19. *Estimated costs for treatment and prophylaxis of newborn vitamin K deficiency bleeding in Tashkent, Uzbekistan [Text] / D. Tursunov, Y. Yoshida, K. Yrysov, N. Hamajima // Nagoya Journal of Medical Sciences, 2018 - V. 80. – P.11-20. /doi:10.18999/nagjms.80.1.11.*
20. *Hirschmann, M.T. Qualitatssicherung interdisziplinarer Polytraumaversorgung. Moglichkeiten und Grenzen retrospektiver Standarderfassung [Text] / M.T. Hirschmann, K.N. Uike, M. Kaufmann // Anaesthesist. - 2013. - Bd. 56(7). - S. 673-678.*
21. *Jennett, B. Prognosis of patients with severe head injury [Text] / B. Jennett, G. Teasdale, R. Braakman // Neurosurgery. - 2009. - Vol. 4. - P. 283-289.*
22. *Rupprecht, H. Prognostische Risikofaktoren bei schadelhirnverletzten polytraumatisierten Kindern und Jugendlichen [Text] / H. Rupprecht, A. Mechlin, D. Ditterich // Kongressbd. Dtsch. Ges. Chir. Kongr. - 2012. - Bd. 119. - S. 683-688.*
23. *Yrysov K., Tursunov D., Reyer J.A., Yamamoto E., Yrysova M., Hamajima N. Multiple ruptured cerebral aneurysms at the National Hospital of the Kyrgyz Republic between 2008 and 2014: a departmental summary // Nagoya J. Med. Sci. 81. 511–518, 2019 doi:10.18999/nagjms.81.3.511.*
24. *Yrysov K., Ydyrysov I., Kalyev K. Analysis of mortality cases from concomitant injuries: extracranial injuries combined with craniocerebral injuries // European Journal of Biomedical and Life Sciences. - 2018. – N 3. - P. 13-17.*

25. *Yrysov K., Mamytov M., Kadyrov R. The effectiveness of additional methods of decompression in patients with supratentorial dislocation of the brain // Journal of Advance Research in Medical & Health Science (ISSN: 2208-2425), 4(9), 94-99. Retrieved from https://jiaats.com/ojs31/index.php/mhs/article/view/837 (2018, September 30).*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОСТИМУЛЯЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ

С.А. Ахматов
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра хирургии общий практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек. Кыргызская Республика.

Резюме: Представлены результаты региональной лимфостимуляции при ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка. У 21 больного выполнено традиционные меры профилактики (контрольная группа), и осложнении возникли у 9, а у 24 (основная группа) использовали введение антибиотиколимфотропной смеси в переходную складку брюшины. Метод использован у 24 больных, у которых аппендикулярный отросток был деструктивной формы и расположен атипично: (ретроцекально и ретроперитонеально). Послеоперационные осложнения возникли у 2 из 24.
Ключевые слова: Аппендикулярный отросток, атипичное расположение, острый аппендицит, региональная лимфостимуляция.

АППЕНДЭКТОМИЯДАН КИЙИН БОЛГОН КОШУМЧА ООРУНУН АЛДЫН АЛУУДА АЙМАКТЫК ЛИМФОСТИМУЛЯЦИЯНЫН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ

С.А. Ахматов
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
Комбустиология курсу менен жалпы практика хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме: Курт сымал өсүндүнүн ретроцекалдык жана ретроперитонеалдык жайгашуусунда аймактык лимфостимуляциянын натыйжалары берилди. 21 оорулууга (контролдук топ) салттуу алдын алуу чаралары жүргүзүлгөн, жана 9 оорулууда кошумча оору пайда болгон, ал эми 24 оорулууга (негизги топ) антибиотикалык лимфотроптук аралашманы ич челинин өтмө бүгүшүнө киргизүү колдонулду. Бул ыкма аппендикулярдык өсүндүсү бузуку формасында болгон жана атиптүү жайгашкан 24 оорулууга колдонулду: (ретроцекалдык жана ретроперитонеалдык түрдө). Операциядан кийинки кошумча оорулар 24 оорулуунун ичинен 2 оорулууда пайда болгон.
Негизги сөздөр: Аппендикулярдык өсүндү, атиптүү жайгашуу, курч аппендицит, аймактык лимфостимуляция.

THE EFFECTIVENESS OF REGIONAL LYMPHOSTIMULATION IN THE PREVENTION OF COMPLICATIONS AFTER APPENDECTOMY

S.A. Akhmatov
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of General Surgery with a course of Combustiology
Bishkek city, Kyrgyz Republic

Summary: The results of regional lymphostimulation with retrocecal and retroperitoneal appendix are presented. The traditional preventive measures were taken in 21 patients (the control group), complications occurred in 9 patients, and the introduction of an antibiotic-lymphotropic mixture into the transitional fold of the peritoneum was used in 24 patients (the main group). The method was used in 24 patients whose the appendicular process was destructive and located atypically: (retrocecal and retroperitoneal). Postoperative complications occurred in 2 of 24 patients.
Key words: appendicular process, atypical location, acute appendicitis, regional lymphostimulation.

Ведение: Острый аппендицит одно из наиболее распространённых заболевании органов брюшной полости и по удельному весу выполненной операции в любом хирургическом отделении занимает первое место. [1.2.3.4]. Несмотря на то, что к настоящему времени опубликована большое количество работ по диагностике острого аппендицита, вариантов расположения червеобразного отростка и технике выполнения операций, в послеоперационном периоде частота осложнений колеблется от 8 до 25% [5.6.]. Особое внимание заслуживает течение острого аппендицита деструктивных форм при его атипичном расположении, особенно при ретроцекальном и ретроперитонеальном, при которых частота осложнений более высокая [7]. В настоящее время идет поиск мер профилактики осложнений при этой локализации отростка, что явилось основанием для выполнения данного исследования.

Цель работы: Определить эффективность региональной лимфостимуляции в профилактике осложнений после аппендэктомии.

Материал и методы диагностики.

Исследование основано на результатах наблюдения больных, оперированных в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1 г. Бишкек, за период с 2017 по 2019 г. За этот период в ГКБ №1 с диагнозом «Острый аппендицит» поступило 288 больных, из них деструктивные формы выявлены у 185 больных 64.2%. При разработке материалов исключены больные с аппендикулярным инфильтратом. Из 45 пациентов женщин было 26, мужчин – 19. Преобладали больные в возрасте от 16 до 30 лет (34,6%), меньший удельный вес составила группа больных с 57 до 60 лет [7,6] (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возрастная группа (в годах)	**Женщины**	**Мужчины**	**Всего**	
			Абс	**%**
16-30	9	7	16	34.6
31-40	7	5	12	26.9
41-50	5	3	8	19.2
51-60	3	3	6	11,5
Старше 60 лет	2	1	3	7,6
Всего	**26 (57,8%)**	**19 (42,2%)**	**45**	**100**

Из 288 оперированных у 45 больных аппендикулярный отросток был расположен ретрецекально и ретроперитонеально. Из них мужчин 42,2% женщин 57.8%, их возраст колебался от 16 до 60 лет. В процессе работы, чтобы можно было судить об эффективности оперативного лечения острого аппендицита при атипичном расположении отростка мы выделили 2 группы. В первую группу включили 21 пациента, у которых после удаления аппендикулярного отростка использованы традиционные меры профилактики (дренирование ложа удаленного отростка и введение антибиотиков после операции внутримышечно или внутривенно. Во вторую группу включены 24 больных, у которых после аппендикулярного отростка вводили антибиотик с лимфотропной смесью в переходную складку брюшины.

В оценке мер профилактики использованы клинические показатели (нормализация температуры тела, исчезновение болевого синдрома) и лабораторные (количество лейкоцитов, лейкоцитарный индекса интоксикации) и инструментальные (УЗИ).

Полученные результаты обработаны с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (G) и ошибки рядов (m) степень достоверности вычесляли по t-критерию по таблице Стъюдента. В разработку брали только больных с ретроцекальном и ретроперитониеальном расположении отростка.

Результаты и их обсуждения:

Все больные оперированы под внутривенным обезболиванием с использованием доступа по Волковичу-Дьяконову.

Методики прафилактики контрольной группы:

Из 21 больного после удаления отростка ложе дренировали и на протяжении 2-4 суток вводили в брюшную полость канамицин 1,0гр на растворе новокаина, и внутримышечно назначали гентамицин или

ампицилин. Больные основной группы (24 человек) в процессе наблюдении за функциональным состоянием кишечника для его стимуляции вводили прозерин внутримышечно, в комплекс лечения входили обезболивающие средства и инфузионная терапия. Из 21-го больного послеоперационный период осложнился нагноением раны у 3, инфильтрат еще у 3-х больных, парез кишечника после операции отмечен у одного больного, и еще у 1 возникла спаечная кишечная непроходимость, потребовавшая повторную операцию на 5-е сутки после аппендэктомии.

Из числа оперированных первой группы почти у каждого второго отмечены осложнения 9 из 21. Это положение потребовало пересмотра нашего подхода к лечению больных с атипичным расположением аппендикулярного отростка.

Из числа 24 больных второй группы у которых также было атипичное расположение отростка, при удалении отростка уделяли большое внимание на тщательный гемостаз, а затем в переходную складку брюшины по методу Джумабаева С. У. [8] вводили лимфотропную смесь. Смесь состояла из антибиотика, гепарина 70 ед. на кг веса тела, лидаза 8-10ед, и 2 мл прозерина 0,05%. В переходную складку водили эту смесь, так как в этом участке расположено максимальное количество лимфотических узлов и сосудов. После ведения смеси ложе отростка орошали озонированным физиологическим раствором хлорида натрий с концентрацией озона 8-10/мкг на мл, затем ложе отростка дренировали. Операционную рану ушивали и подкожную клетчатку дренировали резиновым выпускником, после операции больные получали обезболивающие средства по показанию. В результате проведенных мер профилактики после операции из 24 больных основной группы у 1 больного отмечено нагноение раны ещё у одного сформировался инфильтрат, который был излечен к моменту выписки. Следовательно, в этой группе осложнения имели место всего у 2 больных.

Таблица 2 - Клинические показатели контрольной и основной группы больных

Показатели	Контрольная группа M1±m1	Основная группа M2±m2	P-степень достоверности M1-M2
Нормализация температуры тела	3,8±0,21	2,5±0,12	<0,05
Исчезновение болевого синдрома	3,6±0,11	2,4±0,17	<0,01
Отхождение газов и стула	3,6±0,13	2,8±0,18	<0,05
Частота осложнении	у 9 из 21	у2 из24	
Сроки стационарного лечения	8,1±0,78	6,6±0,22	<0,05
Нормализация лейкоцитарного индекса	4,2±0,12	3,0±0,09	<0,01

Сравнение клинических показателей позволила отметить, что при использовании региональной лимфостимуляции и орошении ложа удаленного отростка озонированным раствором позволила снизить частоту осложнений, сроки стационарного лечения и отметить более быструю нормализацию лейкоцитарного индекса интоксикации.

Обсуждение полученных результатов.

При любом воспалительном процессе первую очередь отмечается реакция со стороны лимфатической системы, которая в начале заболевании носит защитный характер, а при накоплении микробов или их продуктов распада лимфатические узлы могут являться источникам генерализации воспалительного процесса. Использования региональной лимфостимуляции как доказал Джумабаев С. У.[8] способствует улучшению дренажной функции лимфатических сосудов. Антибиотики веденные с лимфотропной смесью оказывают противовоспалительное действие, гепарин улучшает гемодинамику и предотвращает тромбоорозование, лидаза также улучшает гемодинамику, а новокаин обезболивание, введение прозерина в этой смеси способствует раннему восстановлению моторно-эвакуаторное функций кишечника. Использование озонированного раствора обладает бактерицидным действием, а следовательно, уменьшает обсемененность раны. Учитывая механизм действия региональной лимфостимуляции прмененные нами меры профилактики позволили снизить частоту осложнении.

Выводы:

1. Применение традиционного подхода в лечении атипично расположенного аппендикулярного отростка сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений (у 9 из 21 больного)
2. Использование региональной лимфостимуляции в переходную складку брюшины и орошение ложа отростка и раны озонированным раствором способствует снижению частоты осложнении после операции.(у 2из 24)

Литература:

1. *Донецкий С. Я, Особенности хирургической тактики при остром аппендиците у детей. [Текст]// С.Я. Долецкий, В. Е. Щитинин, Е.В Дворовенко//Хирургия.-1990.-№2.-С93-96*
2. *Тилеков. Э.А, О трудностях дифференциальной диагностики острого аппендицита у детей [Текст] / Э.А. Тилеков// Хирургия рубежа XX и XXI века: материалы III конгресса хирургов Кыргызской республики. Бишкек, 2000.-С.- 401-407*
3. *Луцевич.О.Э. Послеоперационные осложнение при эндовидеохирургических вмешательствах у больных острым аппендицитом, осложненным перитонитом.[Текст]//О.Э. Луцевич, В.И. Вторенко, А.П. Розумный// Московский хирургический журнал.-2011.-№1С4-7*
4. *Безуглая О.И. Особенности диагностики и принцып ы лечения больных с острым аппендицитом. [Текст]-// О.И. Безуглая. О. И,// международный журнал прикладных и фундаментальных исследований-. 2016.-№11.-С.-605-607*
5. *Русанов, А,А. Аппендицит. // Изд-во «Медицина», — М 1979.-172*
6. *Кузнецов. Е.А. Лечение больных острым аппендимцитом в пожилом и старчиском возросте [Текст]/ Е.А. Кузнецов, Г. В. Родоман, Е.К. Наумов, Т.Н. Шалаева.// Российский медицинский журнал.-2004.-№2. С. 29-35.*
7. *Vyhnanek F., Contemporary situation in the antimicrobial treatment of the secondary peritonitis// F. Vyhnanek// Rozhl/ Chir.-2005.-Vol.84, №9. -P.-906-910.*
8. *Лимфитропная терапия в хирургической гастроэнтерологии //Тез. докл. XXXI Всесоюз. съезда хирургов. — Ташкент: Из-во «Медицина». — 1986. — С. 220 — 221 (Джумабаев С. У., Джумабаев Э. С., Файзиев И. Р.).*

УДК: 616.329.-089.48

ЗАПАТЕНТОВАННЫЕ МЕТОДЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ДЕФЕКТАХ ПИЩЕВОДА МОДИФИЦИРОВАННОЙ «Т»-ОБРАЗНОЙ ТРУБКОЙ

Бейшеналиев А.С., Ашиналиев А.А., Туркменов А.А., Степанчук И.В., Орозек к. А.
Кафедра пропедевтической хирургии
КГМА им. И.К. Ахунбаева

Резюме: В статье изложены способы дренирования при остром гнойном первичном медиастините вызванных дефектами верхней, средней и нижней трети пищевода с применением модифицированной «Т»-образной трубки в отделении торакальной хирургии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Ключевые слова: медиастинит, пищевод, средостения, дренирование, хирургия.

Введение: Гнойный медиастинит (ГМ) остается заболеванием, при котором многие вопросы диагностики и лечения требуют дальнейшего уточнения, изучения и развития. Прогноз крайне серьезен. А результаты лечения зачастую оставляют желать лучшего, что обусловлено высокой летальностью, которая в свою очередь колеблется по данным литературных источников от 46% до 76% [1; 2; 3].

В литературе описаны единичные случаи применения «Т»-образной трубки (Рис. 1; 2) при дренировании пищевода. O.A. Abbott et. al., M.W. Harrison et. al. и ряд других хирургов при операциях в сроки более 36 часов после перфорации выполняли иссечение некротизированных участков стенки пищевода и устанавливали через место перфорации «Т»-образный дренаж, с выведением дистального конца под 90^0 через плевральную полость в межреберный промежуток. И последующим наложением гастростомы.

Недостатком такого метода дренирования являлась малая вероятность самостоятельного закрытия пищеводно-плеврального свища. В последующем, это требовало повторных реконструктивных операций на пищеводе с целью извлечения «Т»-образной трубки и полной ликвидации дефекта пищевода.

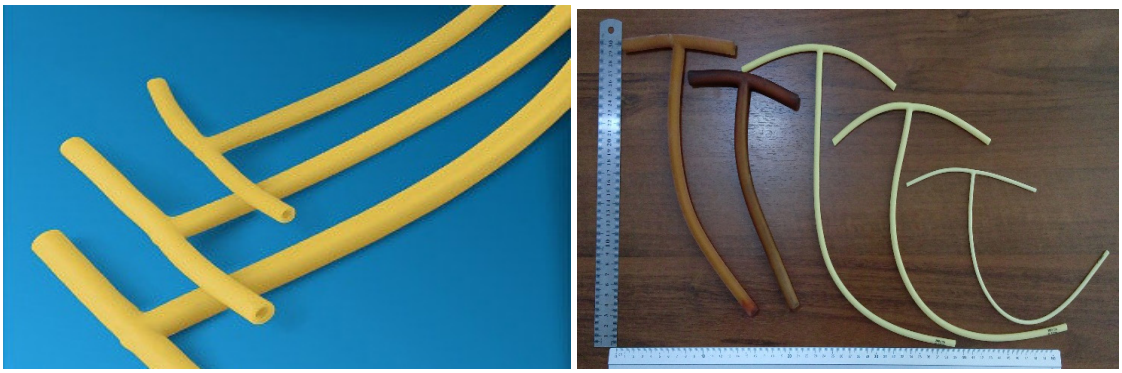


Рис. 1;2. «Т»-образные трубки различного диаметра.

Во избежание этих недостатков нами предложен способ дренирования и ушивание пищевода при больших дефектах модифицированной «Т»-образной трубкой (Заявка на изобретение Рис-3).

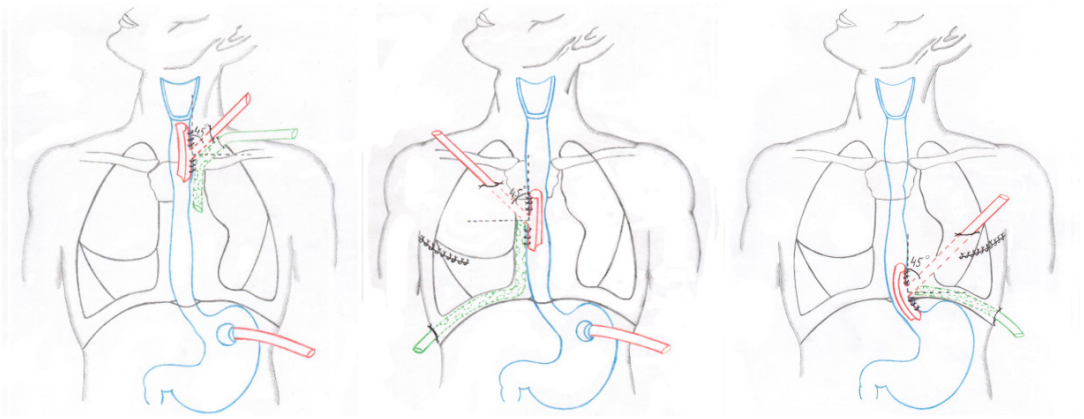
Рис. 3. Модифицированная «Т»-образная трубка.

Сущность метода заключается в применении нашей модификации «Т»-образной трубки различных диаметров от 0,5 до 2,0 см, примененной у 12-ти больных. При дренировании пищевода модифицированной «Т»-образной трубкой применение различных диаметров в свою очередь зависело от размера дефекта пищевода, как в продольном, так и поперечном его величин.

Способ осуществляют следующим образом. Наша модификация «Т»-образной трубки заключается в том, что у обычной «Т»-образной трубки горизонтальное колено иссекается по наружной окружности. С формированием из внутренней окружности двух полутруб так называемых «лепестков». Края полученных «лепестков» тщательно обрабатываются, с закруглением острых углов и снятием фасок, с целью исключения образование пролежней в пищеводе. Таким образом мы добиваемся трансформации «Т»-образной трубки при сопоставлении плотно подогнанных друг под друга «лепестков» в единую однопросветную трубку. Далее со стороны дефекта учитывая уровень перфорации производим торакотомию в IV; V; VI или в VII межреберье, медиастинотомию, и ревизию пищевода. При обнаружении дефекта пищевода производим установление «лепестков» модифицированной «Т»-образной трубки в просвет пищевода через выявленный дефект. В случае дренирования нижней трети пищевода нижний «лепесток» частично спускается в желудок, а верхний «лепесток» модифицированной «Т»-образной трубки полностью располагается в просвете пищевода. Внутреннее полукружие верхнего и нижнего «лепестков» проксимального конца трубки герметично фиксируем узловыми швами рассасывающейся полифиламентной или монофиламентной нитью на всем их протяжении к пищеводу, а при дренировании нижней трети частично к желудку. Таким образом мы добиваемся герметичной ликвидации дефекта пищевода. Затем дистальный конец выводим вне торакотомной раны, через межреберный промежуток под углом 45^0 по отношению к пищеводу по передней аксиллярной линии, а при повреждениях верхней трети пищевода через шейную рану.

Для контроля к месту ушитого дефекта модифицированной «Т»-образной трубкой подводится однопросветная дренажная трубка. При дренировании средней и нижней трети пищевода контрольный дренаж устанавливается вне торакотомной раны с выведением в VII-VIII межреберье или через шейную рану при дренировании верхней трети пищевода. Операция завершается лапаротомией и наложением гастростомы по Кадеру для энтерального питания. Нижняя треть пищевода переходит непосредственно в желудок. Учитывая этот факт при дренировании нижней трети пищевода осуществление энтераль-

ного питания в желудок, мы намеренно производили через модифицированную «Т»-образную трубку. Что в свою очередь исключает надобность в наложении гастростомы по Кадеру. Длинный, узкий и направленный вверх дренирующий канал модифицированной «Т»-образной трубки способствует оттоку непрерывного поступления в средостение из просвета пищевода новых порций слюны и агрессивного содержимого желудка (Рис. 5;6;7).



А **Б** **В**

Рис. 4;5;6; – Наш способ ушивания дефектов пищевода и дренирования модифицированной «Т»-образной трубкой.
А. верхней трети пищевода; **Б.** средней трети пищевода; **В.** нижней трети пищевода.

Таким образом, по истечению времени по ходу модифицированной «Т»-образной трубки формируется пищеводно-плевральный или пищеводно-шейный свищ. Показанием для удаления модифицированной «Т»-образной трубки в постоперационном периоде являлось полное формирование свищевого хода с отсутствие затека контрастного вещества вне пищевода. Сроки удаления «Т»-образной трубки решаем индивидуально для каждого больного. При дренировании верхней трети пищевода полное формирование пищеводно-шейный свищей составляло от 28-36 дней. При дренировании средней и нижней трети пищевода полное формировании пищеводно-плевральных свищей составляло от 2 до 4 месяцев, а в некоторых случаях до 6,5 месяцев.

После окончательного формирования свища в послеоперационном периоде с целью контроля проводим рентген – контрастное исследование пищевода. При убеждении в отсутствии затека контрастного вещества вне пищевода, модифицироанную «Т»-образную трубку беспрепятственно удаляем по ходу сформировавшегося свищевого хода, путем ранее указанной трансформации «лепестков» в единую однопросветную трубку. Что представляется невозможным при установлении обычной «Т»-образной трубки.

Сформировавшийся под углом 45^0 вверх и вперед пищеводно-шейный и плевральный с свищ затягивается самостоятельно. В чем немаловажную роль играет угол формирования свищевого хода 45^0 который исключает затек в свищевой канал пищевых масс, и различных агрессивных жидкостей. (Заявка на изобретение).

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, то есть ситуации, когда прекращается естественное поступление питательных веществ. Но организм продолжает получать воду, через модифицированную «Т»-образную трубку при дренировании нижнего отдела пищевода, а также гастростому при верхнем и среднем дренировании пищевода без потерь слюны. Так у больных с гнойным медиастинитом решается проблема компенсации не только полного голодания, но и прогрессирующих энергетических потерь вследствие резкого преобладания катаболических процессов.

Выводы:

1. Фактор времени является одним из основных определяющих успешного лечения острых медиастинитов. Не меньшее значение имеют характер воспалительного процесса (его стадия) и локализация, тактика комплексного лечения заболевания, а именно – выбор метода оперативного вмешательства.

2. Хирургическое лечение является основным и заключается в герметичном дренировании средостения с последующим длительным промыванием полости растворами антисептиков и активной аспирации.
3. 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 мы использовали ушивание дефекта пищевода модифицированной «Т»-образной трубкой, применение которой позволяет избежать второго этапа хирургического лечения для создания герметичности и непрерывности пищевода.

Список использованной литературы:

1. *Абакумов М.М. гнойный медиастинит // Хирургия – 2004 - №5 – с.82-85*
2. *Диагностика и лечение гнойного медиастинита//В.Н. Науменко, Р.С. Демченко, О.Ю. Морек и др.// клиническая хирургия-1991-№10- с.25-27*
3. *Каншин Н.Н., Николаев Н.О. Медиастиниты // Руководство по хирургии. - М., 1960 – Т. VI. – с.512-535.*
4. *Монин М.И., Пудовиков С.С., Топалов К.П. Тактика хирурга при остром гнойном медиастините // Клиническая хирургия – 1988. -№10-с.9-11*
5. *Погодина А.Н., Абакумов М.М. Повреждение пищевода инородными телами // Вестник оториноларингологии-1978-№2-с.155-156*
6. *Погодина А.Н., Каншин И.Н., Абакумов М.М. Сравнительная оценка различных методов дренирования средостения при лечении заднего гнойного медиастинита // Вестник хирургии-1978. - № 4. - с. 7-11.*
7. *Hang L.W., Lien T.C., Wang J.H., Hyperbaric oxygen as an adjunctive treatment of descending necrotizing mediastinitis: a case report // Chung Hua J. Hsuch Tsa Chin. Tanpei-1997.- Vol. 60, N.1.-P.52-56.*
8. *Likk A., Varvares M., Meara J. Descending necrotizing mediastinitis: a complication of dental implant surgery // Head Neck. – 1996.- Vol. 18, N. 2.-P. 192-196*

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Жумабаев Алмаз Жумабаевич – аспирант кафедры пропедевтической хирургии Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек
Бейшеналиев Алымкадыр Сабирдинович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтической хирургии Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева
Осмонбекова Нурай Сарыпбековна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры пропедевтической хирургии «Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева

Аннотация

Цель. Изучение качество жизни больных синдромом диабетической стопы при сахарном диабете после оперативного вмешательства.

Материал и метод исследования. В работе исследовано показатели качества жизни пациентов синдромом диабетической стопы при сахарном диабете, полученные на основе анкетирования. Использовано в исследование опросник SF-36. Данный опросник заполнялся самим пациентом. Анкетирование прошли 125 (69,4%) больных. Это связано тем, что больные сменили адрес место жительство, и связаться с ними не удалось. Возраст пациентов составлял от 45 до 70 лет, средний возраст составил 60,3±1,8 года.

Результаты. Результаты лечения показали, что все показатели качества жизни снижены. Достоверно ($p<0,05$) отличается показатель ЭФ от других показателей. Остальные показатели, такие как ФФ, РФР, Б, ОЗ и СФ находятся в пределах статистической погрешности.

Самые низкие показатели качество жизни это ЖС и ПФ. У таких больных меньше положительных эмоций, чаще возникают депрессивные состояния, что связано с ограничением физической и социально-ролевой деятельности. Такие больные ограничивают себя от всего.

Больные имевшие трофические язвы ощущали свое состояние лучше после лечения. Это оценивалось на основании уменьшений болей и заживление трофических дефектов. А вот больные перенесшие ампутации нижней конечности отмечали нарастание конфликтов с окружающими, снижение уровня общего состояния ввиду своей неполноценности.

Заключение. При исследовании выяснено, что в первую очередь у данных больных снижается показатели эмоционального состояния и на втором месте физическое состояние. При отсутствии у больных трофических язв состояние оценивалось как хорошее, но основном больные оценивали свое состояние как удовлетворительное.
Ключевые слова: сахарный диабет, качество жизни, лечение.

ДИАБЕТ ЖАНА ДИАБЕТТИК СИНДРОМУ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН ТУРМУШ САПАТЫН ИЗИЛДӨӨНҮН НАТЫЙЖАЛАРЫ

Аннотация
Максаты. Хирургиялык кийин диабети менен диабеттик бутту синдрому менен ооруган бейтаптарды жашоо-турмуштун сапатын изилдөө.
Материалы жана методу. Биз диабет шек негизинде алынган кант диабети жана диабеттик синдрому менен ооруган жашоо сапатын изилдедик. Изилдөө SF-36 анкетаны колдонулганбыз. Бул анкета бейтаптын менен толду. Анкетанын жерди 125 (69,4%) менен ооругандарды алып келишти. Бул менен байланыштуу экенин бейтаптар жашаган дарегин, ал алар менен байланышууга мүмкүн болгон жок. бейтаптардын жаш курагы 45 жаштан 70 жашка чейин катталды, орточо курагы 60,3 ± 1,8 жыл болду.
Жыйынтыгы. Дарылоо натыйжалары жашоо сапатынын бардык көрсөткүчтөрү кыскарган көрсөттү. Белгилей кетчү нерсе, (б <0,05) башка көрсөткүчтөрдүн ЭФ индекси айырмаланат. Мындай РФ, ФФ, Б, СФ жана ОЗ сыяктуу башка параметрлери статистикалык ката ичинде болуп саналат.
Жашоо сапатынын төмөн көрсөткүчтөрү ЖС жана ПФ болуп саналат. Мындай бейтаптарды-жылы аз оң сезимдер, андан көп жеке жана коомдук-ролун ойноо иш менен байланышкан депрессия, иштеп чыгуу мүмкүн. Мындай оорулуулар өзүбүздү чектейт.
Жара болгон бейтаптар дарылоо кийин, алардын абалы жакшы сезип. Бул оору азайтуу жана trophic кемчиликтерди айыктыруу негизинде бааланат. Бирок, бейтаптардын дуушар төмөнкү тишелүү ампутация улам басынуу менен жалпы абалды төмөндөтүү башкалар менен чыр-жогорулоосу белгиленген.
Корутунду. Изилдөө бул бейтаптардын биринчи орунга жан мамлекеттик көрсөткүчтөрдү жана экинчи жогорку физикалык абалын төмөндөйт деп табылган. оорулуу абалда trophic жара жок болсо жакшы деп баа берилди, бирок, негизинен, бейтаптар канааттандырарлык деп алардын абалын баалады.
Негизги сөздөр: диабет, жашоо сапаты, дарылоо.

RESULTS OF A STUDY OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME IN DIABETES MELLITUS

Zhumabaev Almaz Zhumabaevich – Graduate student at the Department of Propedeutic surgery, Kyrgyz State Medical Academy, National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek
Beyshenaliev Alymkadyr Sabirdinovich – Doct. of Med. Sci., Professor, Head of the Department Propedeutic surgery, Kyrgyz State Medical Academy, National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic
Osmonbekova Nurai Sarypbekovna – Cand. of Med. Sci., Assistant of the Department Propedeutic surgery, Kyrgyz State Medical Academy, National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic.

Abstract
Objective. Studying the quality of life of patients with diabetic foot syndrome in diabetes mellitus after surgery.
Material and research method. The work investigated the indicators of the quality of life of patients with diabetic foot syndrome in diabetes mellitus, obtained on the basis of a survey. Used in the study questionnaire SF-36. This questionnaire was completed by the patient himself. Surveys were 125 (69.4%) patients. This is due to the fact that patients changed their address, and it was not possible to contact them. The age of the patients ranged from 45 to 70 years, the average age was 60.3 ± 1.8 years.

Results. The treatment results showed that all indicators of quality of life are reduced. Significantly ($p < 0.05$) the EF indicator differs from other indicators. Other indicators, such as FF, RFR, B, OZ and SF are within the statistical error.
The lowest quality of life indicators are FS and PF. Such patients have fewer positive emotions, more often depressive states arise, which is associated with the restriction of physical and social-role activity. Such patients limit themselves from everything.
Patients with trophic ulcers felt better after treatment. This was evaluated on the basis of pain reduction and healing of trophic defects. But patients who underwent amputations of the lower limb noted an increase in conflicts with others, a decrease in the level of general condition due to their inferiority.
Conclusion. During the study, it was found that, first of all, in these patients the indicators of the emotional state are reduced and the physical condition is in second place. In the absence of trophic ulcers in patients, the condition was assessed as good, but mostly patients rated their condition as satisfactory.
Key words: diabetes, quality of life, treatment

Актуальность исследования. По данным литературы синдром диабетической стопы при сахарном диабете встречается 25%, а в 40-60% случаев синдром диабетической стопы является показанием к выполнению ампутаций нижних конечностей нетравматического характера [2,3]. При изучении литературу выяснено что, Сент-Винсентская декларация в 1989 году поставила перед собой цель снижение ампутации нижней конечности при синдроме диабетической стопы на 50% [6].
По данным ВОЗ выяснено, что уменьшение частоты ампутации на 50% достигнуто в некоторых скандинавских странах. А в европейских странах и в США наоборот идет рост увеличения числа больных с ампутацией нижней конечности при сахарном диабете. Вследствие этого в клиническом материале существуют программы профилактики синдрома диабетической стопы. Одним из них это программа профилактики ампутаций нижних конечностей в США Lower Extremity Amputation Prevention и Programof the Bureau of Primary Health Care данная программа является одной стороной «Здоровое население 2010» [12, 15].
В ходе изучения данных других авторов выяснено что, основное число пациентов к ампутации при синдроме диабетической стопы подвергаются люди пожилого возраста это связано с длительностью болезни сахарным диабетом. Конечно, данным пациентам в основном производят высокую ампутацию конечности [7, 9].
Пациенты синдромом диабетической стопы в основном получают комплексное лечение и проходят несколько этапов с консультацией других специалистов (эндокринологов, ангиохирургов, хирургов стационара и поликлиники) и хирургов гнойных отделений больниц амбулаторных хирургов [8].
В литературе существует усовершенствованное направление в лечении синдрома диабетической стопы, которая включает в себя хирургическую коррекцию деформаций стопы, декомпрессию нервных стволов и эндоваскулярные вмешательства на сосудах до развития некротических изменений [10, 11].
Возникновение профилактических программ в лечении синдрома диабетической стопы, так же идет разработки новых медикаментозных лекарств. Для улучшения метаболизма нервной ткани нужно использовать патогенетическую терапию. В консервативной терапии широкое использование получили лекарства тиоктовой кислоты [5].
За последние годы изучение данной патологии подтверждает то, что рационально применения полимерных раневых покрытий, которые показывают свое воздействие на различные стадии раневого процесса при местном лечении трофических язв [1].
Медикаментозная терапия достаточно объемна и включает: применение генноинженерных инсулинов человека или аналогов инсулина человека; этиотропную антибактериальную терапию в соответствии с результатами бактериологического посева, прием дезагрегантов, вазодилятаторов и антикоагулянтов, прием гиполипидемических средств, витаминов группы В, ангиотропных препаратов [4, 11].
На сегодняшний день очень важной проблемой остаются низкие показатели психологической составляющей качества жизни больных с синдромом диабетической стопы, которая показывает низкую социальную и жизненную активность. Вследствие этого после оперативного вмешательства для эффективной реабилитации необходимо лечение психолога или психотерапевта.

Изучение качества жизни больных имеет свой негативный физиологический и социальный эффект, включая уменьшения социальной активности, ухудшения отношения в семье, ограничение в физической активности и материальных затрат [10].

Все ученные для оценки качества жизни больных используют опросник SF-36 (SF-36 Health Status Survey) (Ware J. E. et al., 1998). Это анкета опросник «Функциональные шкалы нижних конечностей» (Binkley J. M., et al., 1999), анкеты теста смысл жизненных ориентаций (Леонтьев Д.А., 1992) [16].

Итак, на сегодняшний день назрела необходимость модифицирования методов лечения, с изучением патогенеза болезни направленных на улучшения качество жизни больных синдромом диабетической стопы при сахарном диабете, это доказывает свою актуальность исследования настоящей научной работы.

Цель исследования: изучение качество жизни больных синдромом диабетической стопы при сахарном диабете после оперативного вмешательства.

Материал и метод исследования. Работа исполнена в дизайне простого ретроспективного анализа исследования 180 больных синдромом диабетической стопы при сахарном диабете получившие лечение от 2016-2019гг. в отделении гнойной хирургии при Национальном госпитале МЗ КР г. Бишкек. Анкетирование прошли только 125 больных из 180. Это связано тем, больные сменили адрес место жительства и связаться с ними не удалось. Возраст пациентов составлял от 45 до 70 лет, средний возраст составил 60,3±1,8 года.

В исследовании мы применили опросник SF-36, который разработан на базе опросника MOS SF-36-Item Short-Form Heath Survey (MOS SF-36), созданного в The Health Institute, New England Medical Center (Бостон, США). Данный опросник MOS SF-36 является наиболее распространенным и широко применяемым как в популяционных исследованиях, так и в специальных исследованиях качества жизни [10] и состоит из 36 пунктов, которые сгруппированы в 8 шкал. Физическое состояние пациента характеризует первые четыре критерия. С 5 по 8-й шкал психического комфорта. Это физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование (РФ), болевые ощущения (БО), оценка состояния общего здоровья (ОЗ), жизнеспособность (ЖС), социальное функционирование (СФ), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), и психическое здоровье (ПЗ). Различные шкалы объединяют от 2 до 10 пунктов. Каждый пункт используется только одной определенной шкалой. В соответствии со стандартной процедурой обработки полученных данных значение каждой шкалы выражается в баллах и колеблется в пределах от 0 до 100, где 0 – это наихудшее, 100 баллов – наилучшее качество жизни.

Качество жизни изучали в сроки от 3 месяцев до 4 лет. Полученные результаты позволили определить, на сколько ухудшается физическая и психоэмоциональное состояние больного.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения оценивали на основании жалоб и осложнений.

Результаты оценки качества жизни по опроснику SF – 36 приведены в рис. 1.

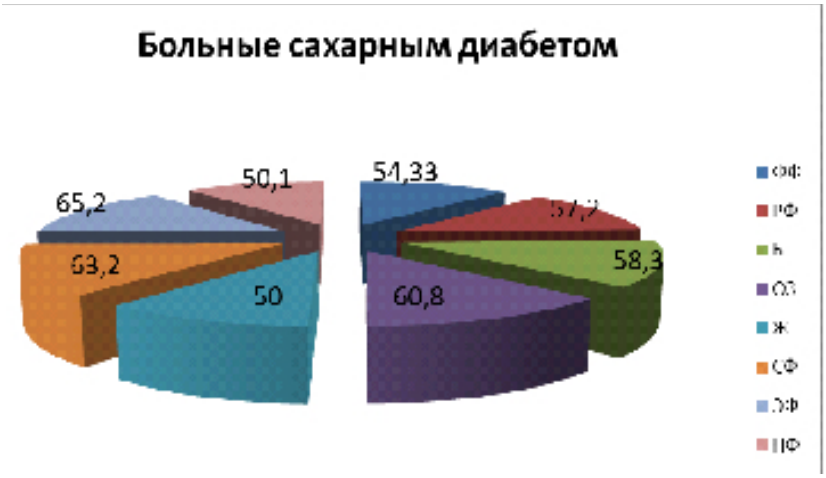


Рис. 1. Оценка качества жизни больных.

Как следует из рис. №1 все показатели качества жизни снижены. Достоверно ($p<0,05$) отличается показатель ЭФ от других показателей.

Остальные показатели, такие как ФФ, РФР, Б, ОЗ и СФ находятся в пределах статистической погрешности.

Самые низкие показатели качество жизни это ЖС и ПФ. У таких больных меньше положительных эмоций, чаще возникают депрессивные состояния, что связано с ограничением физической и социально-ролевой деятельности. Такие больные ограничивают себя от всего.

По данному анализу мы выяснили и оценили результаты полученного лечения, не только объективное состояние больного, т.е. заживление ран, исчезновение симптомов болезни, но и субъективное состояние.

Больные имевшие трофические язвы ощущали свое состояние лучше после лечения (рис. 2). Это оценивалось на основании уменьшений болей и заживление трофических дефектов. А вот больные перенесшие ампутации нижней конечности отмечали нарастание конфликтов с окружающими, снижение уровня общего состояния ввиду своей неполноценности.

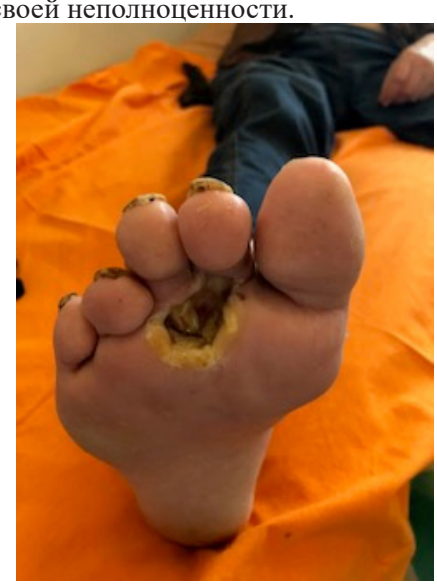


Рис. 2. Диабетическая стопа с трофической язвой.

Заключение.

При исследовании выяснено, что в первую очередь у данных больных снижается показатели эмоционального состояния и на втором месте физическое состояние. При отсутствии у больных трофических язв состояние оценивалось как хорошее, но основном больные оценивали свое состояние как удовлетворительное.

Также выяснено, что отсутствие реабилитационных центров с психологической поддержкой и отсутствие единого стандарта профилактики и лечения значительно снижают показатели качества жизни.

Лечение современными методами и совершенствование мер профилактики существенно улучшит результаты показатели качества жизни. Следует отметить, что главной причиной удовлетворительного и неудовлетворительного показателя качества жизни является поздняя обращаемость больного в случае диагностирования сахарного диабета, развитие осложнений, тем самым ухудшают показатели качество жизни.

Список литературы.

1. *Андреев Д.Ю. Современные раневые покрытия Ч. I / Д.Ю. Андреев, Б.А. Парамонов, А.М. Мухтарова // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2009. Том 168, № 3. С. 98–102.*
2. *Багдасарян А.Г. Диабетическая ангиопатия как ключевой фактор критических осложнений. Современные методы фармакологического и хирургического лечения диабетической ангиопатии. / Багдасарян А.Г. / Сборник тезисов 3-го Международного конгресса, посвященного 100-летию со дня рождения акад. М.И. Кузина, «Раны и раневые инфекции». Москва, 2016. С. 20–21.*
3. *Беляев А.Н. Сравнительная эффективность антиоксидантной фармакотерапии в комплексном лечении гнойно-некротических осложнений сахарного диабета. / Беляев А.Н., Рудин А.Н. / Материалы 6-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Казань, 2014. С. 3–5.*
4. *Бенсман В.М. Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы. / Бенсман В.М. / Руководство для врачей. Медпрактика-М, 2015.*

5. *Бенсман В.М. Обоснование, способы и результаты хирургического лечения диабетической нейроостеоартропатии Шарко (ДНОАП). / Бенсман В.М. и соавт. / Материалы 8-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики синдрома диабетической стопы». Казань, 2016. С. 13–16.*
6. *Грачева Т.В. Качество жизни пациентов в отдаленные сроки после хирургического лечения осложненных форм синдрома диабетической стопы. / Грачева Т.В., Левчик Е.Ю. / Вестник хирургии им. Грекова. 2010, том 169, № 3. С. 29–33.*
7. *Дибиров М.Д. Рациональная антибактериальная терапия в комплексном лечении больных синдромом диабетической стопы. / Дибиров М.Д. и соавт. / Сборник тезисов 3-го Международного конгресса, посвященного 100-летию со дня рождения акад. М.И. Кузина, «Раны и раневые инфекции». Москва, 2016. С. 96–97.*
8. *Леушина Е.А. Медикаментозное и хирургическое лечение синдрома «диабетической стопы», особенности течения. / Леушина Е.А., Леушин А.В. / Сборник тезисов 12-го Съезда хирургов России. Ростов-на-Дону, 2015. С. 623–625.*
9. *Луценко Ю.Г. Лазеротерапия в комплексном лечении трофических язв у больных сахарным диабетом. / Луценко Ю.Г., Пилюгин Г.Г., Осипов А.Г. / Сборник тезисов 12-го Съезда хирургов России. Ростов-на-Дону, 2015. С. 760–761.*
10. *Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. Москва: ГЭОТАР-МЕД., - 2004. – С. 112-120.*
11. *Сергеев В.А. К вопросу оценки качества жизни после лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы с применением программируемых технологий. / Сергеев В.А., Глухов А.А. / Материалы 8-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики синдрома диабетической стопы». Казань, 2016. С. 148–151.*
12. *Cavanagh PR, Bus SA. Off-loading the diabetic foot for ulcer prevention and healing. Plast Reconstr Surg. 2011 Jan; 127 Suppl 1:248S-256S. 186. Clemens MW, Attinger CE. Angiosomes and wound care in the diabetic foot.*
13. *Foot Ankle Clin. 2010 Sep; 15(3):439-64. 187. Dorresteijn JA, Kriegsman DM, Assendelft WJ, Valk GD. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 10:CD001488.*
14. *Prompers L. Resource utilisation and costs associated with the treatment of diabetic foot ulcers. Prospective data from the Eurodiale Study. / Prompers L., Huijberts M., Schaper N. / Diabetologia. 2008. 51(10). 1826–1834.*
15. *Regenbogen SE, Gawande AA, Lipsitz SR, Greenberg CC, Jha AK. Do differences in hospital and surgeon quality explain racial disparities in lower- extremity vascular amputations? Ann Surg.2009; 250:424–31.*
16. *Ware J.E., Sherbour C.D. The MOS 36-item short form health survey: Conceptual framework and item selection. Medical Care 1992; 30: 473.*

УДК 616-083:006.354

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И ВИДЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КАТЕТЕРА ПРИ ВЕНЕПУНКЦИИЮ. НАШ ОПЫТ

Касымбеков Ж.К., Ырысбеков Б.Ы., Нарбутаева А.А., Ганыева Э.А., науч. руководитель Толбашиева Г.У.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.),
Кафедра анестезиологии и интесивной терапии до- и последипломного обучения
(завуч кафедры – к.м.н Толбашиева Г.У.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Периферический внутривенный (венозный) катетер(ПВК) – это устройство, введенное в периферическую вену и обеспечивающее доступ в кровяное русло. Катетеризация вен является одной из самых необходимых и используемых в стационаре методик быстрого и постоянного доступа к кровеносной системе. В статье рассматривается разновидности периферического катетера, принципы выбора ПВК и алгоритм выполнения пункционной катетеризации и ухода за катетером

Ключевые слова: периферический внутривенный катетер, кровяное русло, катетеризация вен, игла-проводник,

Введение. Катетер внутривенный – это медицинское устройство предназначенное для длительного введения лекарственных средств в периферические вены (до 3-х суток) или выведения жидкости, растворов лекарственных веществ из кровеносной, вставленного в кровеносный сосуд (периферические вены пациента) с целью уменьшения травмирования вены с помощью полой иглы. Иглу удаляют сразу же после введения катетера в вену. Периферический внутривенный катетер – это устройство, обеспечивающий доступ в кровеносную систему при следующих внутривенных манипуляциях:

1. Введение лекарственных препаратов пациентам, которые не могут принимать препараты орально, либо в случае необходимости быстрого и точного введения препарата в эффективной Концентрации (особенно когда препарат может изменить свои свойства при оральном приеме);
2. Осуществление частых курсов внутривенной терапии хроническим больным;
3. Струйное введение препаратов, например введение антиаритмические;
4. Забор крови для клинических исследований;
5. Доступ в кровяное русло при неотложных состояниях (быстрый венозный доступ при необходимости одновременного проведения экстренных вливаний препаратов или большой скорости введения растворов);
6. Регидратация организма,
7. Переливание препаратов крови;
8. Парентеральное питание.

В вену пациента устанавливается канюля (тонкая трубка из пластичного материала) с портом для подключения шприцев и систем для вливания. Пациент при этом может полноценно двигать рукой, сгибать и разгибать ее, не опасаясь повреждения вены. Катетеры чаще всего применяются в областях, требующих проведения интенсивной инфузионной терапии, например, после хирургических вмешательств, при онкологических заболеваниях или для пациентов с очень плохими венами. Внутривенный периферический катетер может устанавливаться в области руки, шеи или головы на срок до трех дней (до 72 часов).

Материалы для изготовления катетера:

1. Политетрафторэтилен (PTFE) – материал еще один распространенный материал для изготовления канюли. Он имеет низкий коэффициент поверхностного трения, что сочетается с лучшей гибкостью по сравнению с тефлоном.
2. Тефлон (Teflon или PUR). К плюсам периферических катетеров из тефлона относится низкий коэффициент поверхностного трения, что дает быстрое и безболезненное введение. К минусам катетеров из тефлона относят неустойчивость на изгиб: после нескольких повторных перегибах канюли возможен ее перелом с фрагментацией. Тефлоновые катетеры используются в большинстве случаев, когда необходим надежный венозный доступ, особенно они популярны при оказании скорой медицинской помощи.
3. Полиуретан (PUR) – наиболее мягкий и термопластичный материал: он очень бережно взаимодействует с внутренней стенкой сосудов, что уменьшает риск возникновения

Различие их по дизайну:

1. Портированные катетеры –имеют дополнительный инъекционный порт для введения препаратов без дополнительной пункции. С его помощью возможно безигольное болюсное (прерывистое) введение препаратов без прерывания внутривенной инфузии. Непортированные катетеры – без порта.На территории североамериканских стран и Японии большее распространение получили непортированные катетеры. Это связано с тем, что на территории этих стран наличие дополнительного инъекционного порта в катетере расценивается по протоколам страховых компаний как дополнительное место возможного инфицирования линии или системы. На территории Европы наибольшее распространение получили портированные катетеры. В России доля портированных катетеров составляет 37%.

Виды внутривенных катетеров по размеру:

Цвет	Размеры	Пропускная способность катетера	Область применения
Оранжевый	14G (2,0 х 45 мм)	270 мл/мин.	Быстрое переливание больших объемов жидкости или препаратов крови.
Серый	16G (1,7 х 45 мм)	180 мл/мин.	Быстрое переливание больших объемов жидкости или препаратов крови.
Белый	17G (1,4 х 45 мм)	125 мл/мин.	Переливание больших объемов жидкости и препаратов крови.
Зеленый	18G (1,2 х 32-45 мм)	80 мл/мин.	Пациенты которым проводится переливание препаратов крови (эритроцитарной массы) в плановом порядке.
Розовый	20G (1,0 х 32 мм)	54 мл/мин.	Пациенты на длительной внутривенной терапии (от 2-3 литров в сутки).
Голубой	22G (0,8 х 25 мм)	31 мл/мин.	Пациенты на длительной внутривенной терапии, педиатрия, онкология.
Желтый	24G (0,7 х 19 мм)	13 мл/мин.	Онкология, педиатрия, тонкие склерозированные вены.
Фиолетовый	26G (0,6 х 19 мм)	12 мл/мин.	Онкология, педиатрия, тонкие склерозированные вены.

Классификация катетеров для центральных вен по их конструкции:

1. **Однопросветные катетеры (одноканальные)** содержат один канал, который заканчивается одним или несколькими отверстиями на дистальном конце катетера. Наличие нескольких отверстий позволяет продлить время функционирования катетера. Эти катетеры предназначены для непрерывного или периодического введения лекарственных веществ или растворов. Данные виды катетеров используются как в неотложной медицине, так и при длительном лечении (парентеральное питание, антибиотикотерапия, химиотерапия).
2. **Многопросветные катетеры (многоканальные)** обладают целым рядом преимуществ, по сравнению с однопросветными. Количество просветов может колебаться от 2 до 4, что позволяет проводить многоплановую внутривенную терапию из одного венозного доступа. Применение многопросветных катетеров позволяет одновременно вводить несовместимые лекарственные препараты и растворы, проводить переливание крови и осуществлять забор анализов, проводить мониторинг гемодинамики, а также, при использовании определенной модификации катетеров, позволят визуализировать анатомию сердца и крупных сосудов. Кроме этого, 2-просветные катетеры очень часто используются при проведении длительной антибиотико - и химиотерапии. Отверстия многопросветных катетеров расположены на конце и по длине катетера, таким образом, что каждое отверстие смещено под углом 90º по отношению к предыдущему, во избежание перемешивания вводимых растворов. На порте каждого канала, находится маркировка с указанием вида канала (проксимальный, медиальный, дистальный) и расстояния (в см) до выходного отверстия канала. Кроме этого, в паспорте к катетеру, указан размер и форма каналов, от которого зависит скорость инфузии раствора.

Актуальность проблемы. Катетеризацию периферической вены выполняют:

- при необходимости проведения: – относительно длительной инфузионной терапии; – частых, но кратковременных инфузий;
- в случаях возможной перфорации вен иглой: – извитые тонкие вены; – возбужденный больной; – трудность фиксации конечности; – необходимость проведения ИТ у маленького ребенка;
- при повышенном риске катетеризации центральной вены.

Осложнения при постановке периферического катетера:

-К общим осложнениям относят :

- Септицемия;
- Эмболия (эмболия катетером);
- Перегрузка сосудистой системы;
- Воздушная эмболия;
- Шок от быстрого введения жидкости;
- Анафилаксия ;

-Из местных осложнений *наиболее часто встречаются:*

- *Инфузионный флебит (септический , механический, химический)*
- *Тромбофлебит*
- *Инфильтрация и некроз тканей*
- *Гематома*
- *Закупорка катетера*
- *Венозный спазм*
- *Повреждения близко расположенного нерва*

Список использованной литературы.

1. *Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность (СанПиН 2.1.3.263010): 70-71.*
2. *Методические рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа. РАМС. СПб.: 2011; 4-19.*
3. *Бунатян А. А. Рациональная фармакоанестезиология: Руководство для практикующих врачей. – М.: Литтерра, 2006.*
4. *Калакутский Л. И., Манелис Э. С. Аппаратура и методы клинического мониторинга: Учебное пособие. – Самара*
5. *Ураков А.Л. Однократное кратковременное механическое сдавливание мягких тканей как «неведомый» фактор, способный изменить локальное действие лекарств /Ураков А.Л., Витер В.И., Касаткин А.А., Кашковскии М.Л., Забокрицкий Н.А., Сюткина Ю.С., Рязанцева М.В.// Фундаментальные исследования, 2009.*
6. *Salgado C.D., Chinnes L., Paczesny T.H., Cantey J.R. Increased rate of catheter-related bloodstream infection associated with use of a needleless mechanical valve device at a long-term acute care hospital. Infect Control Hosp Epidemiol. 2007;*
7. *http://kelly.ru/helmflon_catheter.htm*
8. *https://www.polymery.ru/letter.php?n_id=4734&cat_id=3&page_id=5*

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНФРАКРАСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОСТИМУЛЯЦИИ

У.А. Кулбаев

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме цель исследования- представить результаты лечения синдрома диабетической стопы, осложненной гнойно-воспалительным процессом с применением инфракрасного лазерного излучения и региональной лимфостимуляции.

Лечение проведено 44 больным, из которых выделены две группы: первая, контрольная (18 больных) получали традиционное лечение и вторая, основная (26 чел) в комплекс лечения включили инфракрасное излучение и региональную лимфостимуляцию. В оценке лечения использовали клинические показатели (исчезновение отека, сроки очищения раны, появление грануляций, эпитализации и сроки стационарного лечения) и лабораторные (лейкоцитарный индекс интоксикации, бактериологическое исследование отделяемого ран, сроки санации). Лучшие результаты получены у больных основной группы (не было случаев высоких ампутаций и снизились сроки стационарного лечения (с 21,8±2,12 до 14,1±0,37койко дней)

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая стопа, лечение, инфракрасное излучение, региональная лимфостимуляция.

ДИАБЕТТИК БУТ СИНДРОМУН ДАРЫЛООДОГУ КОЛДОНУЛГАН, ИНФРАКЫЗЫЛ НУРДАНУУ ЖАНА РЕГИОНАЛДЫК ЛИМФОДҮҮЛҮКТҮРҮҮ ЫКМАСЫ

У.А. Кулбаев
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
Жалпы практикалык хирургия кафедрасы жана комбустиология курсу
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Максаттуу изилдөөнүн корутундусу: Диабеттик бут синдромунун сезгенип, ириңдеген кабылдоосундагы, инфракызыл лазер нурдануусу жана регионалдык лимфодүүлүктүрүү жолу менен дарылоонун жыйынтыгын көрсөтүү.
Дарылоо 44 бейтапка жүргүзүлүп, алар эки тайпага бөлүндү: биринчиси контролдук (18 бейтап) ушул убакытка чейин дарыланып келген жол менен, экинчиси негизги тайпа (26 бейтап) дарылоо учурунда кошумча инфракызыл нурдануу жана регионалдык лимфодүүлүктүрүү колдонулду. Дарылоого баа берүүдөгү клиникалык көрсөткүчтөр (шишиктердин тароосу, жараттын тазалануу мөөнөтү, гранулдашуу, эпителизациялашуу, стационардык дарылоонун мөөнөтү) жана лаборатордук (интоксикациянын лейкоцитардык индекси, жараттын бактериологиялык изилдөөсү, саламаттандыруу мөөнөтү). Жакшы көрсөткүчтөр негизги тайпадагы бейтаптардан алынды (жогорку ампутациялар кездешкен жок жана стационардык дарылоонун мөөнөтү кыскарды (21,8±2,12 ден 14,1±0,37 кунго чейин))
Негизги сөздөр: кант диабети, буттун диабети, дарылоо, инфракызыл нурлары, регионалдык дүүлүктүрүү.

EXPERIENCE OF TREATMENT OF DIABETIC FOOT DISEASE WITH THE USE OF INFRARED LIGHT AND REGIONAL LYMPHATIC STIMULATION

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

Summary of research goal is to provide the results of treatment of diabetic foot syndrome complicated by mattery-inflammatory process using infrared laser light and regional lymphatic stimulation.
The treatment of 44 patients was conducted, two groups are allotted from them: the first one is control group (18 patients), they were treated traditionally, and the second one was core (26 people), infrared light and regional lymphatic stimulation were included in treatment complex of last group. Clinical (disappearance of edema, terms of wound cleansing, appearance of granulation tissue, epithelialization, and terms of hospital treatment) and laboratory parameters (leukocytal intoxication index, bacteriologic examination of sequestered of wounds, terms of sanitation) were used in review of treatment. The best results were received from patients of core group (there were no cases of high amputation and terms of inpatient treatment decreased (from 21.8±2.12 up to 14.1±0.37 bed day)).

Введение. В последние года сахарный диабет принял характер всемирной неинфекционный эпидемии и показатель его распространенности с каждым годом увеличивается и растет частота его осложнений. Одним из наиболее тяжелых его осложнений является синдром диабетической стопы при прогрессировании которого выполняется ампутация на уровне голени и бедра [1,2], что ведет к существенному снижению качества жизни больных. Одной из самых трудных и сложных задач является лечение этого заболевания[3,4].
В литературе представлено большое количество работ по выбору метода лечения, но основным направлением является коррекция углеводного обмена, артериального давления, массивная противовоспали-

тельная терапия, которая в основном включает антибиотики с различными способами их введения в организм больного, коррекция иммунных нарушений, лечение сопутствующих заболевании, назначение антиоксиданных препаратов, но в каждом случае необходимо учитывать превалирующие нарушения и строить план лечения[5,6,7].

В оперативном лечении все исследователи стремятся выполнять органосохраняющие операции и лишь по жизненным показаниям осуществлять высокую ампутацию (голень, бедро).

Несмотря на множество предложенных методов лечения результаты их далеки от совершенства поэтому идут поиски методов, которые бы позволили улучшить результаты лечения.

Цель работы: представить результаты лечения синдрома диабетической стопы, осложненной гнойно-воспалительным процессом применением инфракрасного лазерного излучения и региональной лимфостимуляции.

Материал и методы обследования.

Под наблюдением находилось 44 больных, которые получали лечение в хирургических отделениях ГКБ №1, г. Бишкек в период 2018 - 2019г. Из них женщин – 24, мужчин – 20, в возрасте от 42 до 83 лет. Субкомпенсированная форма сахарного диабета была у 25 и декомпенсированная у 19. У всех был сахарный диабет – 2го типа.

Сахарным диабетом страдали от одного года до 23 лет, а у двух сахарный диабет установлен при поступлении в стационар.

При обследовании больных у большинства (28) установлена нейропатическая форма, у 4 ишемическая, а у остальных смешанная форма (12 чел).Характер гнойно-воспалительных осложнений дан в таблице 1.

Таблица 1. Характер гнойно– воспалительных осложнений у больных синдромом диабетической стопы.

Воспалительные осложнение	Всего	
	абс.ч	%
Флегмона стопы	21	47,7
Флегмона голени	3	6,8
Гангрена пальцев	8	18,2
Длительно незаживающие раны	12	27,3
Всего	44	100,0

Наибольшую группу составили больные с флегмоной стопы и с длительно незаживающими гнойными ранами и больные часто поступали с уже развившейся гангреной пальцев.

Для оценки применения разработанных нами мер лечения были выделены две группы: первая, контрольная (18чел), которая получала традиционное лечение применяемое в клинике и вторая – основная (26чел) – в комплекс лечения которых было включено инфракрасное излучение на область раны и выполняли антибиотико – лимфотропную региональную лимфостимуляцию по Левину (1986).

Методика лечения: все больные получали сахароснижающие препараты и инфузионную терапию.

Первый этап в обеих группах включал хирургическое лечение – вскрытие очага (флегмоны), с адекватным дренированием при флегмонах, а при гангрене пальцев сначала выполняли противовоспалительную и инфузионную терапию а после отграничения – выполняли ампутацию пальцев. Больным контрольной группы после хирургического этапа на рану накладывали повязку с мазью левомеколь, а после очищения раны с маслом облепихи.

Больным основной группы после хирургического этапа рану обрабатывали озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, затем накладывали повязку с 0,02% раствором декасана и через 2 суток после обработки раны выполняли ИК облучение раны. После очищения раны и появления грануляций после облучения накладывали повязку с озонированным маслом.

Больным основной группу наряду с местным лечением включали непрямую региональную антибиотиколимфотропную терапию по Левину Ю.М. [8]: после предварительной наложенной манжетки от аппарата для измерения АД создавали давление до 20-30 мм.рт.ст. и после обработки наружной поверхности голени в подкожную клетчатку вводили антибиотик (цефтриаксон 1,0) с лимфотропной смесью (гепарин 70 ед. на кг веса тела, лидаза – 8-12 ед и новокаин 0,5%-10-15 мл). Мы использовали эту методику, так как она более проста в сравнений с прямой лимфотропной терапией при которой необходимо дренировать лимфатический сосуд.

Введение антибиотика с лимфотропной смесью позволяет поддерживать концентрацию антибиотика в очаге поражения в течение суток. Эту процедуру выполняли один раз в сутки, на курс лечения 5-8 инъекций. Мы обратили внимание на положительное влияние этого комплекса: ни в одном случае не наблюдали прогрессирования гнойнонекротического процесса и не потребовалась повторная операция.

Результаты обработаны путем определения средней арифмитической (М). средней квадратичной (сигма) и ошибки ряда (m), а стпепень достоверности по величине t-таблице Стьюдента

Результаты и их обсуждение.

В комплекс лечения основной группы мы включали инфракрасное излучение, так как ряд исследователей использовали ИК при лечении многих воспалительных заболеваний и гнойных ран и указывают, что ИК проникает в ткани на 2-3см, оказывает бактерицидной и противовоспалительный эффект [9,10] и учитывая его механизм действия мы использовали его в лечении гнойно-воспалительных осложнений СДС. ИК выполняли аппаратом «Матрикс» «с экспозиций 10 минут», на курс лечения 5-6 сеансов, а региональную лимфостимуляцию на курс лечения 5-6 инъекции.

Полученные результаты лечения мы сравнили в двух наблюдаемых нами группах (таблица 2).

Таблица 2. Клинические показатели контрольной и основной групп (в сутках)

	Контрольная гр.	Основная гр.	Р-степень достоверности
	$M_1 \pm m_1$	$M_2 \pm m_2$	
Исчезновение отека	4,8±0,17	3,4±0,15	<0,05
Исчезновение гиперемии	3,2±0,21	2,9±0,38	<0,05
Очищение раны	3,8±0,23	2,9±0,13	<0,05
Появление грануляций	6,5±1,32	4,2±0,42	<0,05
Появление эпитализации	8,2±0,28	6,1±0,13	<0,01
Сроки стационарного лечения	21,8±2,12	14,1±0,37	<0,01

При анализе полученных результатов необходимо отметить, что лишь сроки исчезновения гиперемии не отличались, а в остальных показателях были достоверные различия подтверждающие преимущество применения ИК излучения и региональной лимфостимуляции.

Мы также проследили за сроками санации ран обеих наблюдаемых групп. При поступлении из 14 больных контрольной группы, у которых выполнен посев отделяемого ран золотистый стафилококк обнаружен у 4, кишечная палочка у 4, а у 6 ассоциация микробов. Из 20 пациентов основной группы, у которых выполнен посев отделяемого: золотистый стафилококк – выявлен у 7, стрептококк у 3, кишечная палочка у 3, а у остальных 7 ассоциация микробов.

На 5 сутки от момента лечения в посевах отделяемого ран из 14 обследованных контрольной группы мономикрофлора обнаружена у 10, а у 4 ассоциация микробов.

В основной группе на 5 сутки в отделяемым раны ни в одном посеве ассоциации не выявлено, у 5 мономикрофлора, а у остальных посев роста не дал.

Выводы

1. Использование инфракрасного излучения в сочетании с региональной лимфостимуляцией способствует более быстрой ликвидации воспалительного процесса и заживлению ран.
2. Инфракрасное излучение и региональная лимфостимуляция обладают однонаправленным действием и могут быть использованы в лечении больных с СДС, осложненным гнойно-некротическим процессом.

Литература

1. *Маркович П.С. Основные направление лечение синдрома диабетической стопы/ П.С. Маркович, С.Ю. Денисенко, А.Н. Плеханова// Бюллетень ВСНЦ РАМН. – 2010. – том 12, №2. – С.59-65.*
2. *Митиш В.А. Гнойно-некротические поражение стопы. Критические ишемия нижних конечностей и сахарный диабет. Хирургические лечение/ В.А. Митиш, Ю.С. Паскалова, И.А. Ерошин// Неотложная медицинская помощь. – 2015. - №2. – С.35-39.*
3. *Доброквашин С.В. Опыт хирургического лечения синдрома диабетической стопы/ С.В.Доброквашин, Р.Р.Якунов// Казанская медицинская хирургия. – 2010. – том 91,№5. – С.630-633.*
4. *Шапкин Ю.Г. Хирургическое лечение синдрома диабетической стопы, осложненного гнойно-некротическим процессом/ Ю.Г. Шапкин, Е.В. Ефимов, А.В. Мирошкевич// Новости медицины. – 2012. – том 20,№6. – С.116-120.*
5. *Галимов О.В. Синдром диабетической стопы, принципы комплексного лечения/ О.В. Галимов, О.В.Ханов, Г.Ф. Галиева// Вестник хирургии им.Грекова. – 2015. – том 174, №5. – С.61-65.*
6. *Лохвицкий С.В. Направленный транспорт антибиотиков при лечение больных с диабетической гнойной остеоартропатией/ С.В. Лохвицкий, Ш.А. Ержанов, М.И. Бишболкин// Журнал сахарного диабета. – 1999. - №3. – С.40-42.*
7. *Жолдошбеков Е.Ж. Синдром диабетической стопы/ Е.Ж. Жолдошбеков// Бишкек, 2014. – 186с.*
8. *Левин Ю.М. Основы лечебной лимфологии/ Ю.М.Левин М: Медицина, 1986. – 287с.*
9. *Походенько – Чудакова И.О. Современная физиотерапия в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболевании в челюстно-лицевой области и шеи/ И.О.Походенько – Чудакова, Н.Н. Чешно. Минск: БГМУ 2-13. -26с.*
10. *Атыканов А.О. Эффективность лечения воспалительных заболеваний придатков матки у женщин репродуктивного возраста/ А.О. Атыканов, М.Б. Осмонова// Вестник КРСУ. – 2014. – том 14,№4.– С. 28-31.*

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРНЫХ УСЛОВИЯХ

М.Н. Макеева

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Даны результаты обследования 91 больных, которые проживали в горных условиях, а оперированы в низкогорье, г. Бишкек из них женщин 66 (72,5%), мужчин 25 (27,5%) в возрасте от 19 до 89 лет но большинство старше 40 лет. С острым холециститом оперировано 30 больных и хроническим 61. В общем анализе крови у большинства больных отмечалось высокое содержание гемоглобина 159,4±2,18, а в лейкоцитарной формуле снижение количества лимфоцитов. При остром холецистите лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) в момент поступления составлял 1,8±0,02, а к моменту выписки 1,1±0,02. У 40 поступивших выполнена лапароскопическая холецистэктомия, а у 51 лапаротомная. После лапароскопический холецистэктомии осложнения имели место у 3х из 40 оперированных (7,5%), а после лапаротомной у 8 из 51 одного (15,7%).

Цель работы - оценить клинические и лабораторные результаты исследования больных с желчнокаменной болезнью проживающих в горных условиях и оперированных в низкогорье.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистит, операции, горные условия, осложнения.

ТООЛУУ ШАРТТА ЖАШАГАН ӨТ ТАШ ООРУСУНА ЧАЛДЫККАН ООРУЛУУЛАРГА ОПЕРАЦИЯ ЖАСАЛГАНДАН КИЙИН, КЛИНИКАЛЫК-ЛАБОРАТОРИЯЛЫК НАТЫЙЖАЛАРЫ

М.Н. Макеева
И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Жалпы хирургия кафедрасы комбустиология курсу менен
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Корутунду: тоолуу шарттарда жашаган 91 оорулууну, бирок жапыз тоолуу шарттарда, Бишкек шаарында 19 жаштан 89 жашка чейинки, бирок көбү 40 жаштан улуу 66 (72,5%) аялга, 25 (27,5%) эркегине операция жасалган оорулууну иликтөөнүн натыйжалары берилди. Курч холецистит менен 30 оорулууга жана өнөкөт холецистит менен 61 оорулууга операция жасалган. Көпчүлүк бейтаптардын канынын жалпы анализинде гемоглобиндин өлчөмүнүн жогорулашы 159,4±2,18, ал эми лейкоцитардык формуласында лимфоциттердин санынын азайышы белгиленди. Курч холецистит учурунда ууланнуунун лейкоцитардык көрсөткүчү (УЛК) келип түшкөн учурунда 1,8±0,02, ал эми ооруканадан чыгаруу учурунда 1,1±0,02 түздү. Келип түшкөн оорулуулардын 40ына лапароскопиялык, ал эми 51ине лапаротомиялык холецистэктомия жасалды. Лапароскопиялык холецистэктомиядан кийин операция жасалган 40 оорулуунун ичинен үчүндө (3) кошумча оору пайда болсо (7,5%), ал эми лапаротомиялык холецистэктомиядан кийин операция жасалган 51 оорулуунун ичинен сегизинде (8) (15,7%) кошумча оору пайда болду.
Изилдөө максаты – тоо шартында жашаган жана жапыз тоолуу аймактарда операция жасалган өт таш оорусуна чалдыккан оорулууларды изилдөөнүн клиникалык жана лабораториялык натыйжаларын баалоо.
Негизги сөздөр: өт таш оорусу, холецистит, операциялар, тоолуу шарттар, кошумча оорулар.

CLINICAL AND LABORATORY RESULTS IN OPERATED PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS LIVING IN MOUNTAIN CONDITIONS

M.N. Makeeva
Kyrgyz State medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of General practice surgery with a course of combustiology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: There are given diagnostic results of 91 patients who lived in mountainous conditions and were operated on in the lowlands, Bishkek, among them 66 women (72.5%), 25 men (27.5%) aged 19 to 89 years, but most over 40 years old. 30 patients with acute cholecystitis and 61 patients with chronic cholecystitis were operated on. In the general blood test, most patients showed a high hemoglobin content of 159.4 ± 2.18, and in the leukocyte formula showed a decrease in the number of lymphocytes. In acute cholecystitis, the leukocytal intoxication index (LII) at the time of admission was 1.8 ± 0.02, and at the time of discharge 1.1 ± 0.02. 40 patients received laparoscopic cholecystectomy, and 51 laparotomy. After laparoscopic cholecystectomy, complications occurred in 3 out of 40 operated patients (7.5%), and after laparotomy in 8 out of 51 (15.7%).
The purpose of the research paper - is to evaluate the clinical and laboratory results of a study of patients with cholelithiasis living in mountain conditions and operated in low mountains.
Key words: cholelithiasis, cholecystitis, operations, mountain conditions, complications.

Введение: Желчнокаменная болезнь(ЖКБ) распространенное заболевание во всех странах мира и все исследователи отмечают ее неуклонный рост и частоту таких осложнении как холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха [1,2,3] вопросам оперативного лечения посвящены многие работы в которых отражены преимущества и недостатки применения лапаротомной и лапароскопической холецистэктоми [4] однако вопросам которые бы освещали особенности клиники и течение послеоперационного периода при ЖКБ у больных проживающих в горных условиях, в литературе не представлены. В Кыргызской Республике большой удельный вес занимают регионы, расположенные в горных условиях, климатические условия которы оказывают существенное влияние на многие органы и системы человека [5,6], на сердечно-сосудистую, легочную, кроветворную системы широко освещены в литературе. А что касается течения раневого процесса, то оно нашло отражение лишь в экспериментальных

исследованиях, посвящённых заживлению гнойных ран, при использовании различных медикаментозных средств[7,8,9,10]. В литературе нет сведении, которые бы отражали особенности клинико-лабораторных исследований у лиц, которые проживали в горных условиях, а операции им выполняли в низкогорье. Нам казалось, что изучение этого вопроса является важным, так как не только операция, но и перемещение больных из высокогорья в низкогорье, не может не влиять на состояние больных. Это положение явилось для нас основанием, для выполнения данного исследования.

Цель работы: оценить клинические и лабораторные результаты исследования больных с ЖКБ проживающих в горных условиях и оперированных в низкогорье.

Материал и методы обследования.

В разработку были взяты 51 история болезни больных, которые проживали в горных условиях и оперированы в хирургических отделениях ГКБ №1 города Бишкека (ретроспективный материал) и 40 больных обследованных и наблюдаемых авторам (проспективный материал). Все они оперированы в период с 2018 по 2019гг. включительно. В разработку были взяты больные, которые ранее постоянно проживали в горных условиях (Нарынская область), а на оперативное лечение поступили в ГКБ№1 города Бишкека. Их распределение по полу и возрасту дано в таблице 1

Таблица 1 - Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего		из них в возрасте (в годах)					
	абс.ч	%	До-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 и старше
жен	66	72,5	1	4	10	8	23	16
муж	25	27,5	-	2	1	6	7	9
Всего: абс.ч %	91 100,0	100,0 %	1 1,1	6 6,6	11 12,1	14 15,4	30 32,9	25 27,5

Возраст оперированных колебался от 19 до 86, но большинство составили пациенты в возрасте старше 40 лет. Женщин было в 2,5 раза больше, чем мужчин.

С острым холециститом было 30 больных и с хроническим 61. При анализе сроков заболевания установлено, что больных с острым холециститом до 24 часов было всего 3, от 24 до 72 13 , и позже 3х суток 14. Большой удельный вес поступивших позже 3х суток явился основанием для выполнения у большинства лапаротомной холецистэктомии. При хроническом холецистите большинство больных поступили с давностью заболевания до 6 месяцев (14 чел), а более 5 лет - 21.

В результате обследования сопутствующие заболевания выявлены у 41 больного (45,1%), большинство из которых были бронхолегочные (хроничсекий бронхит, хроническая пневмония) и сердечно-сосудистые (гипертоническая болезнь, КБС)

В обследовании больных выполняли общеклинические исследования (общий анализ крови и мочи, ЛИИ, ЭКГ, свертываемость крови) и показатели функционального состояния печени и почек (билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба, общий белок, мочевина и креатинин). Основным методом диагностики было УЗИ при котором оценивали размеры печени и ее структуру, размеры желчного пузыря, толщину его стенок, характер содержимого пузыря и состояние желчных протоков. В оценке лечения использовали клинические показатели (сроки нормализации температуры, количество лейкоцитов, исчезновение болевого синдрома, частоту осложнении и сроки стационарного лечения). Полученные результаты статически обработаны с определением средней арифметической(M), средней квадратичной (σ) величин и ошибки ряда (m).

Результаты и их обсуждение.

Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием, в предоперационной подготовке нуждались лишь двое больных которые поступили с механической желтухой, им выполнена кратковременная подготовка, которая включала инфузионную терапию и лечение сопутствующих заболевании.

Из 91 больного у 40 выполнена лапароскопическая холецистэктомия, а у 51 лапаротомная, у двух она дополнена холедохолитомией с наружным дренированием холедоха по Вишневскому. Характер осложнении после этих операции дан в таблице 2

Таблица 2. Характер осложнений при различных типах холецистэктомии.

Тип операции	Всего больных	Из них возникшие осложнение				
		кровотечение	желчеистечение	инфильтрация раны	нагноение раны	Всего
Лапаротомия: Холецистэктомия Холецистэктомия+ наружное дренирование	 49 2	 - -	 1 -	 3 -	 3 -	 8 -
Лапароскопическая холецистэктомия	40	1		2		3
Итого	91					11(12,%)

После лапароскопической холецистэктомии осложнения отмечены у 3х больных(7,5), из них у одного возникло внутрибрюшное кровотечение, выполнена повторная операция, кровотечение связано с соскальзыванием лигатуры с пузырный артерии, кровотечение остановлено. И еще у двух возник инфильтрат троакарных ран им проведено физиолечение. Среднее пребывание в стационаре составило 6,2±0,17 койка дней. Местожительства не позволяло выписку в ранние сроки.

После лапаротомной холецистэктомии из 49 больных осложнения имели место у 8 (15,7): у двух желчеистечение, которое прекратилось самостоятельно и по 3 наблюдения были инфильтрат и нагноение операционной раны. Из двух больных, которым выполнены холецистэктомия с наружным дренированием холедоха осложнении в послеоперационном периоде не наблюдали. Среднее пребывание в стационаре составило 8,1±0,21 койка дней. В целом из числа оперированных осложнения были у 11, что составило 12,1 %, летальных исходов не было.

Мы проследили за показателями лейкоцитоза и ЛИИ. До операции при остром холецистите количество лейкоцитов составило 12,4±1,12х10^9/л, а к моменту выписки 8,2±0,38х10^9/л. При хроническом холецистите количество лейкоцитов было на уровне 6-7х10^9/л, но в лейкоцитарной формуле отмечено снижение количества лимфоцитов как при остром, так и хроническом холецистите (18,5±0,92). Содержание гемоглобина в обеих группах было выше нормы и составляло 159,4±2,18. Однако судить о клинико-лабораторных особенностях у больных проживающих в горных условиях затруднительно без данных у пациентов низкогорья, что будет выполнено нами в ближайшее время.

На основании выполненного анализа можно сделать следующие **выводы**:

1. У лиц проживающих в горных условиях частота сопутствующих заболевании составляет 45,1%.
2. Результаты лабораторных исследовании показали, что у больных ЖКБ, проживающих в горных условиях повышен уровень гемоглобина и низкое содержание лимфоцитов.
3. После лапароскопической холецистэктомии осложнения составили 7,5%, а после лапаратомной 15,7%.

Литература

1. *Ветшев, П.С Желчно-каменная болезнь и холецистит/ П.С. Ветшев// Клинические перспективы гастроэнтерологии и гепаталогии. – 2005. -№1 – С.16-23.*
2. *Смаков, С. Организация хирургического лечения пациентоам с заболеванием желчевыводящих путей/ С. Смаков// Вестник хирургии Казахстана. – 2012. -№1. – С. 71-72.*
3. *Tozzati, J. Predictor factors for Choledocholithiasis [Text]/ J. Tozzati, A.L.Mello, O.Frazon// Arq Bras cir.Dig. – 2015. -Vol. 28, #2. – P.109-112.*
4. *Оморов, Р.А. Хирургия желчекаменной болезни: эволюция доступов, щадящие технологии/ Р.А. Оморов, Б.А. Авасов, Р.К. Бейшенбаев. Бишкек: “Maxima”, 2006. – 128 с.*

5. *Шназаров, А.С. Природно-географические и биоклиматические особенности горных территорий Кыргызстана/ А.С. Шаназаров, Ш.Ю. Айсаева, М.Ю. Глушкина// Ульяновский медико-биологический журнал. – 2011. - №4. – С. 60-68.*
6. *Миррахимов, М.М. Горная медицинв/ М.М. Миррахимов, П.Н. Гольдберг// Фрунзе: Кыргызстан, 1978. – 184 с.*
7. *Аралбаев, Т.А. ожоговая болезнь в условиях высокогорья/ Т.А.Аралбаев, С.В.Боронбаев, Б.Д. Дюшеналиев// Горная медицина: сб.научн.тр. посвященный 50-летию мед.ин-та. – Фрунзе, 1989. – С. 83-90.*
8. *Джумабеков, С.А. Морфофункциональная характеристика посттравматической регенерации трубчатой кости в условиях высокогорье/ С.А. Джумабеков, К.М. Мамакеев, Р.А. Рачков// Центрально – Азиатский медицинский журнал. – 2003. – Том IX, №2-3. – С. 126-129.*
9. *Ниязов, Б.С. Сравнительная характеристика течения раневого процесса в период дедадаптации к высокогорью/ Б.С. Ниязов, С.Б. Динлосан, С.Б. Ниязов// Вестник Алмаатинского гос.ин-та усовершенствованный выпуск. – 2016. - №3. – С. 46-50.*
10. *Nusrat, S. Cholecystitis for biliary dyskinesia in gastroparesis: mimic or misfortune [Text]/ S. Nusrat, S. Mahmood, P. Kastens// South Med.J. – 2014. – Vol. 107, #12. – P. 7575-761.*

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мамышов А.Дж., Абдурахманов Н.С., Жумабаев А.Ж., Суйунбаев Р.Т. Муратов К.К.
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.*

КАНТ ДИАБЕТИНЕ ЧАЛДЫККАН БЕЙТАПТАРДЫН ӨНӨКӨТ ОСТЕОМИОЛИТИНДЕ СӨӨКТҮҮ ТЕШҮҮ ЫКМАЛАРЫН ЖАКШЫРТУУ

Мамышов А.Дж., Абдурахманов Н.С., Жумабаев А.Ж., Суйунбаев Р.Т., Муратов К.К.
И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын анестезиология жана реаниматология курсу бар пропедевтикалык хирургия кафедрасы

Резюме: макалада кант диабетине чалдыккан 106 бейтаптын өнөкөт остеомиелиттин оперативдик даарылоонун натыйжалары талданат. ошондой эле кант диабетине чалдыккан оорулардын остеомиелитин дарылоодо комплекстүү ыкма дарылоонун салтту ыкмаларына караганда алдаканча натыйжалуу экени айтылат. Комплекстүү ыкма дарттын кайра жаңырууларын кыскартууга мүмкүндүк берет жана дарылоонун орточо моонотүн 2.5 эсэ кыскартат.
Негизги сөздөз*: өнөкөт остеомиелит, кант диабети, оперативдик дарылоо.*

IMPROVED METHODS OF OSTEOPERFORATION AT CHRONIC OSTEOMYELITIS IN PATIENTS WITH DIABETES

Mamyshev A.J., Абдурахманов N.S., Djumabaev A.J., Sujunbaev R.T., Muratov K.K.
Department propedeutic surgery with the course of anesthesiology and reanimatology of I.K. Akhunbaev KSMA

Resume: We analyze the results of surgical treatment of chronic osteomyelitis in 106 patients with diabetes. Comprehensive treatment of chronic osteomyelitis in patients with diabetes was more effective compared to traditional methods of treatment, which has reduced the average time of relapse and treatment in 2.5 times.
Keywords: *chronic osteomyelite, diabetes, surgical 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 ивозникновению 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 антибиотико-резистентностью 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 их 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 лаваж 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.*

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД РАННЕГО ЗАКРЫТИЯ ГНОЙНЫХ РАН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мамышов А.Ж.

Кафедра пропедевтической хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева

Резюме: В статье проанализированы результаты оперативного лечения 106 больных с хроническим остеомиелитом длинных трубчатых костей, у которых сопутствующим заболеванием являлся сахарный диабет. Модифицированный метод раннего закрытия ран при хроническом остеомиелите у больных сахарным диабетом оказался более эффективным по сравнению с традиционными методами лечения, который позволил сократить средние сроки лечения в 2,5 раза.

Ключевые слова: остеомиелит, сахарный диабет, хирургия.

MODIFICATION METHODS OF EARLY CLOSING FESTERING WOUNDS WITH A METAL HOOKS AND LOOPS IN CASE OF CHRONIC OSTEOMYELITIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Mamyshov A.J.

Department of propaedeutic Surgery I.K. Ahunbaev KSMA

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

Keywords: osteomyelitis, diabetes, surgery.

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

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

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

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

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

Материал и методы исследования: С 2008 по 2014 годы в отделении гнойной хирургии клиники им. И. К. Ахунбаева НГ МЗ КР прооперировано 106 больных с хроническими остеомиелитами длинных трубчатых костей, у которых сопутствующим заболеванием являлся сахарный диабет.

При поступлении больным проводились общеклинические исследования (общий анализ крови, мочи, биохимические показатели крови) и специальные методы обследования: рентгенография длинных трубчатых костей, фистулография в двух проекциях, при необходимости - рентген томографии костей, кроме того, обязательное микробиологическое исследование отделяемого из свищей. С помощью рентгенологического исследования выявили наличие в костной ткани репаративных процессов в виде периостальной реакции, проявляющееся утолщением и отслойкой надкостницы, изменение конфигурации и диаметра пораженных костей, деструктивных изменений, а также наличие секвестров в остеомиелитической полости.

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

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

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

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

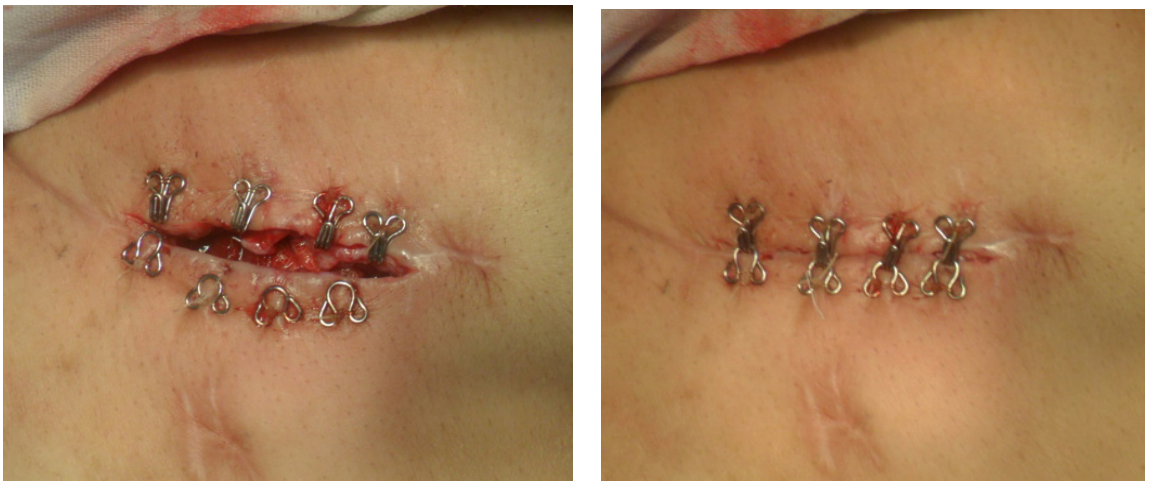


Рис. Метод раннего закрытия раны с помощью крючков и петель

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Выводы

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

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

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

Литература

1. *Амирасланов Ю.А., Светухин А.М., Митиш В.А., Борисов И.В. Хирургическое лечение хронического остеомиелита длинных костей // Хирургия. - 2001. - № 8. - С. 30.*
2. *Борисов И.В. Антибактериальная терапия при остеомиелите // Антибиотики и химиотерапия. - 2003. – Т. 48, № 9. - С. 37-40.*
3. *Дьячкова Г.В. Компьютерно-томографическая семиотика костной деструкции при хроническом остеомиелите, развившемся после гематогенного // Медицинская визуализация. - 2008. - № 5. - С. 104-110.*
4. *Коваль А.Н. Гематогенный остеомиелит длинных трубчатых костей у лиц молодого возраста // Вестник хирургии. - 2008.- Т. 167, № 5. - С. 114-118.*

5. *Agaja S.B. Chronic osteomyelitis in Ilorin, Nigeria // S. Afr. J. Surg. - 2008. - Vol. 46, N. 4. - P. 116-118.*
6. *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.*
7. *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*

ОДНОРЯДНЫЙ КИШЕЧНЫЙ ШОВ КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

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

Резюме: Проанализированы результаты лечения 36 больных, которым были наложены однорядные кишечные ручные анастомозы, оперированных в экстренном и неотложном порядке по поводу острой кишечной непроходимости (75%), различных ранений кишечника (16,7%) и тромбоза брыжеечных артерий (8,3%). Для профилактики несостоятельности швов кишечных анастомозов использовали аппликацию фибрин-коллагеновой субстанции на линию кишечных швов, интра- и послеоперационную лимфостимуляцию.

Благодаря разработанному комплексу мероприятий ни одного случая несостоятельности швов кишечных анастомозов не было зафиксировано. Выявлен один случай анастомозита, который был излечен консервативным путем.

Ключевые слова: кишечный анастомоз, несостоятельность, однорядный шов, меры профилактики, фибрин-коллагеновая субстанция, лимфостимуляция.

ШАШЫЛЫШ ХИРУРГИЯДАГЫ БИР КАТАР ИЧЕГИ ТИГИШТЕРИ ИЧЕГИ АНАСТОМОДОРУНУН ТУРУКСУЗДУГУН АЛДЫН АЛУУ ЧАРАСЫ КАТАРЫ

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

Корутунду: Курч ичегинин өтө алгыстыгында (75%), ичегинин ар түрдүү жаракаттарында (16,7%) жана чычыркай артерияларынын тромбозунда шашылыш операция жасалган бейтаптарга бир катар ичеги анастомоздору колго тигилген 36 оорулууну дарылоонун жыйынтыктары анализденген. Ичеги анастомоздорунун тигиштеринин туруксуздугун алдын алуу үчүн ичеги тигиштеринин сызыгына фибрин-коллагендик субстанциянын аппликациясын, операция учурунда жана андан кийин лимфостимуляцияны колдонушкан.

Иштелип чыккан чаралар комплексине байланыштуу ичеги анастомоздорунун тигиштеринин туруксуздугу менен бир дагы учур катталган эмес. Бир гана учурда анастомозит катталган, ал консервативдик жол менен дарыланган

Негизги сөздөр: ичеги анастомозу, туруксуздук, бир катар тигиш, алдын алуу чаралары, фибрин-коллагендик субстанциясы, лимфостимуляция.

UNIQUE INTESTINAL SUT AS A MEASURE FOR PREVENTION OF INTESTINAL INTESTINOSIS INSULATORY SURGERY

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

Resume: The results of treatment of 36 patients were analyzed, which were imposed single-row manual intestinal anastomoses, operated on in an emergency or urgent order for acute intestinal obstruction (75%), various intestinal injuries (16.7%) and mesenteric artery thrombosis (8.3%). Application of fibrin-collagen substance to the intestinal suture line, intra-and post-operative lymphostimulation were used to prevent the failure of intestinal anastomosis sutures,
Thanks to the developed complex of measures of any case of incompetence of sutures of intestinal anastomoses has not been fixed. There was one case of anastomositis that was treated conservatively.
Key words: intestinal anastomosis, insolvency, single row seam, preventive measures, fibrin-collagen substance, lymphostimulation.

Введение. Формирование соустий между полыми органами является неотъемлемой частью абдоминальной хирургии. Несмотря на значительные успехи современной абдоминальной хирургии, одним из тяжелейших осложнений в раннем послеоперационном периоде после резекций и реконструктивных операций на полых органах брюшной полости является несостоятельность швов анастомоза. По данным разных авторов, она колеблется от 3 до 32,1 % с летальностью, достигающей от 5,7 до 89,0 % [1, 2]. Многообразие видов кишечного шва – более 450 (В.Н. Егиев, 2002) [3] и появление новых методов его наложения (аппаратный шов, использование компрессионных устройств, клеевых композиций и т.п.) свидетельствуют об известной неудовлетворенности хирургов достигнутыми результатами.
В настоящее время в абдоминальной хирургии по-прежнему доминируют разновидности ручного шва. При этом среди хирургов растет число сторонников применения однорядного его варианта. Они считают, что увеличение числа рядов шва не снижает риска его несостоятельности [4, 5].
Настоящим испытанием для любой хирургической техники является ее применение в экстренных условиях и в колоректальной хирургии. Сравнение результатов экстренных резекций желудка и тонкой кишки, выполненных с применением однорядного непрерывного и двухрядного швов, показало значимые преимущества первого [6].
Высокая частота осложнений и летальности явились основанием для выполнения нашего исследования.
Цель – Изучить эффективность наложения однорядного кишечного анастомоза в неотложной хирургии и разработать меры профилактики несостоятельности кишечного анастомоза.
Материалы и методы
В нашем исследовании, которое проводилось с 2017 по 2019 гг. приняли участие 36 больных в возрасте старше 20 лет. Чаше всего обращались больные в возрастной группе от 51 до 60 лет, по полу - преимущественно поступали женщины (табл. 1).

Таблица 1 - Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего	из них в возрасте						
	абс.	%	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	старше 60
Муж	14	38,9	-	1	3	-	7	3
Жен	22	61,1	1	4	4	6	3	4
Всего	36	100	1	5	7	6	10	7
%	100		2,7	14	19,4	16,6	27,7	19,4

Все больные госпитализированы в экстренном порядке. По срокам заболевания самой многочисленной группой явились больные, поступившие с давностью заболевания от 12 часов до суток, которые составили 50 % всех исследуемых (табл. 2).

Таблица 2 - Сроки заболевания экстренных больных

Срок	до 6ч	от 7-12ч	от 13-24ч	от 25-72ч	позже 3- суток
Всего 36	9	5	18	3	1
%	25	14	50	8,3	2,7

По характеру патологии: 75,0% всех исследуемых поступили с клиникой острой кишечной непроходимости, 8,3% с тромбозом мезентериальных сосудов, 16,7% с различными ранениями кишечника.
Проанализировав причины, приведшие к острой кишечной непроходимости, выяснено, что самой частой причиной явились спаечная болезнь брюшной полости, которая составила 27,7%, ущемленные грыжи составляли 22,2% и по 5,5% - заворот сигмовидной кишки, инородное тело ЖКТ, инвагинация кишечника и рак толстого кишечника (табл. 3).

Таблица 3 - Характер патологии

Заболевание	абс.	%
Кишечная непроходимость из них:	27	75
Ущемленные грыжи	8	22,2
Заворот сигмовидной кишки	2	5,6
Спаечная болезнь	10	27,7
Инвагинация	2	5,6
Инородное тело ЖКТ	2	5,6
С-r толстого кишечника	3	8,3
Тромбоз мезентериальных артерий	3	8,3
Различные ранения кишечника	6	16,7
Всего	36	100

Всем больным проведена предоперационная подготовка, которая по времени длилась не более одного часа и включала в себя инфузионную терапию для восполнения объема циркулирующей крови (ОЦК) и поддержания водно-электролитного состава крови, для декомпрессии желудочно-кишечного тракта устанавливали назогастральный зонд, проводились очистительные клизмы.

Результаты и их обсуждения

Все больные оперированы в экстренном порядке, под эндотрахеальным наркозом. Больным проведены следующие виды операции: правосторонняя гемиколэктомия 7 (19,4%) больным, левосторонняя гемиколэктомия – 6 (16,6%), резекция сигмовидного отдела толстого кишечника – 8 (22,2%), резекция тонкого кишечника 15 (41,6%) больным. Всем больным были наложены однорядные ручные анастомозы.
Однорядный кишечный шов не лишен недостатков, и в связи с тем что
больные были прооперированы в экстренном порядке, без подготовки кишечника в должной мере, с целью профилактики несостоятельности кишечных анастомозов, мы использовали разработанные нами меры профилактики - это аппликация фибрин-коллагеновой субстанции (ФКС) на линию швов и проведение региональной лимфостимуляции. Операции проводится следующим образом: после этапов резекции кишечника, проводили обработку анастомозируемых концов кишечника 70% спиртом, отсепаровывалась брыжейка от серозной оболочки кишки на 5-6 мм с целью четкой визуализации сло-

ев кишечной стенки. Далее формировали однорядный анастомоз серозно-мышечно - подслизистыми узловыми швами. ФКС предварительно смачивали в физиологическом растворе натрия хлорида комнатной температуры, далее размещали на линию швов и придерживали в течение трех – пяти минут. Аппликация ФКС проводилась в самом конце операции, во избежание отслойки аппликата во время санации и дренирования брюшной полости.

Из 36 больных 15 (41,6 %) больным применили ФКС, показанием применению ФКС явились: срок заболевания 24 часа и более, наличие серозно-гнойного и гнойного выпота в брюшной полости и инфильтрированная брыжейка кишечника.

Кроме того, для профилактики несостоятельности однорядного ручного кишечного анастомоза мы использовали интра- и послеоперационную лимфостимуляцию, которая проводилась следующим образом: После этапов резекции кишечника, наложения анастомоза и аппликации ФКС, проводились инъекции лимфотропной смеси, в брыжейку кишечника, ближе к зоне анастомоза, в зону максимального расположения лимфатических узлов и сосудов. Далее в брыжейку кишечника фиксировали микроирригатор, периферический конец которого выводили наружу. Через этот микроирригатор в послеоперационном периоде один раз в сутки вводилась лимфотропная смесь в течение 4 – 5 дней.

В послеоперационном периоде оценивали такие клинические показатели, как исчезновение боли, нормализация температуры тела, нормализация количества лейкоцитов, отхождение газов и первый стул после операции (таблица 4).

Таблица 4 - Результаты клинических показателей

Клинические показатели	сутки после операции
	M±m
Исчезновение боли	5,6 ± 0,31
Нормализация температуры тела	4,2 ± 0,42
Нормализация количества лейкоцитов	5,3 ± 1,4
Отхождение газов	3,8 ± 0,22
первый стул после операции	4,9 ± 0,29

Также прослеживалась динамика лейкоцитарного индекса интоксикации. Как видно из графика максимальное значение ЛИИ приходилось на 3-е сутки, после 3-х суток наблюдалось его снижение (рис.1).

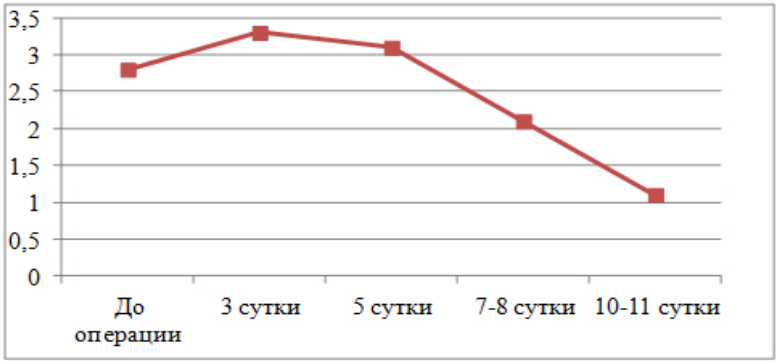


Рис. 1. Динамика ЛИИ.

Всем больным в послеоперационном периоде проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ), при котором определяли наличие свободной жидкости в брюшной полости, на осадки в отлогих местах, наличие газа вне просвета кишки, утолщение стенок приводящей и отводящей петель кишки, резкое ослабление или отсутствие перистальтики кишечника. Результаты УЗИ даны в таблице 5.

Таблица 5 - Результаты УЗИ

n-36								
Сутки после операции	наличие свободной жидкости		наличие газа вне просвета кишки		утолщение стенки кишок		ослабление или отсутствие перистальтики	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
3 сутки	3	8,3			2	5,5	5	13,8
5 сутки	2	5,5			2	5,5	1	2,7
7 сутки					1	2,7	1	2,7
Итого	5	13,8			5	13,8	7	19,4

На 3-е сутки наличие свободной жидкости определялось у троих больных, утолщение стенки кишок у 2-их, ослабление и отсутствие перистальтики у 5-х. Наличие газов вне просвета кишки не определялось ни в одном случае за все время нашего наблюдения. На 7-е сутки у 1-го больного наблюдалось как утолщение стенки кишок, так и ослабление перистальтики. Случай расценен как анастомозит, который был излечен консервативным путем.

Таким образом, из немногочисленных наших исследований, мы пришли к следующим выводам:

1. При резекции кишечника в неотложной хирургии, наиболее предпочтительным является наложение однорядного шва;
2. Фибрин коллагеновая субстанция усиливает механическую прочность, обеспечивает герметичность линий швов и ускоряет репаративные процессы, тем самым предотвращает несостоятельность швов анастомоза.
3. Для профилактики несостоятельности швов у больных с первичными анастомозами на фоне острой кишечной непроходимости и распространенного перитонита целесообразно проведение региональной лимфотропной терапии в интра- и послеоперационном периодах.

Литература

1. *Бадиков, В.Д. Антибиотикопрофилактика хирургической инфекции / В.Д. Бадиков, Г.Н. Цыбуляк, И.П. Минуллин // Вестн. хирургии. – 2002. – №4. – С. 95–101.*
2. *Выбор метода оперативного лечения больных с паховыми грыжами / [В.Г. Сахаутдинов, О.В. Галимов, Е.И. Сендерович и др.] // Хирургия. – 2002. – № 1. – С. 45–48.*
3. *Егиев, В.Н. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии. – М.: Медпрактика, 2002. – 100 с.*
4. *Применение кишечного шва в абдоминальной хирургии / [Ю.С. Винник, Л.В. Кочетова, Н.М. Маркелова и др.] // Фундаментальные исследования. – 2014. – №7-1. – С. 177-180.*
5. *Postoperative complications following surgery for rectal cancer / [B.C. Paun, S. Cassie, A.R. MacLean et al.] //Ann Surg. – 2010. – №251. – P.807.*
6. *Брискин, Б.С. Внутрибольничные инфекции и их профилактика: взгляд хирурга / Б.С. Брискин, Н.Н. Хачатрян // Consilium Medicum. – 2001. – №6. – С. 309–312.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФРАКРАСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Оморов Р.А., Толоров Ж.Ж., Мусаев У.С., Осмоналиев Б.К., Кенжекулов К.К., Каримов М.Б.

Кыргызская Государственная Медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Городская клиническая больница №1, г. Бишкек, Кыргызская Республика.
Кафедра факультетской хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева

Резюме: цель исследования – представить анализ результатов использования двух способов инфракрасного излучения в профилактике раневых осложнений после холецистэктомии при деструктивном холецистите.

Выделены три группы: первая (102чел) меры профилактики традиционные, вторая (84 чел) в послеоперационном периоде больные получали инфракрасное облучение послеоперационной раны, третья (34 чел) – получали инфракрасное облучение крови. Оценку проводили по клиническим тестам (нормализация температуры, исчезновение боли, частота осложнений и сроки стационарного лечения) и инструментальным (УЗИ) с определением размера зоны инфильтрация (эхоморфометрия) в динамике. Анализ результатов показал преимущество использования инфракрасного излучения в сравнении с традиционным методом, а при сравнении облучения раны и крови, лучшие результаты были при использовании облучения крови. Осложнения в контрольной группе составили 15,6%, в первой основной 8,3%, второй основной 2,9%.
Ключевые слова: острый холецистит, оперативное лечение, осложнения, инфракрасное облучение раны и крови.

ӨТКҮР ХОЛЕЦИСТИТТИН ЖАРААТЫНЫН КАБЫЛДООСУУНУН АЛДЫН АЛУУДА ИНФРАКЫЗЫЛ НУРЛАНУУСУН КОЛДОНУУНУН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ

Оморов Р.А., Толоров Ж.Ж., Мусаев У.С., Осмоналиев Б.К., Кенжекулов К.К., Каримов М.Б.
И.К. Ахунбаева атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Кыргыз Республикасы Бишкек ш.
И.К. Ахунбаева атындагы КММА Факультеттик хирургия кафедрасы

Корутунду: Изилдөөнүн максаты – Деструктивдүү холециститте жана холецистоэктомиядан кийинки жараттын кабылдоолорун, инфракызыл нурлануусу колдонулган 2 ыкма анализдердин жыйынтыктарын берди.
Үч тайпага бөлүнүп алынды: биринчи (50 киши) алдын алуу ыкмалары салттуу түрдө, экинчи (94 киши), инфракызыл нурларын операциядан кийин, үчүнчү (24 киши) канды инфракызыл нурдануусу. Сезгенуунун коломун аныктоо инструменталдык (УДИ) ультра добуштук изилдөөдө байкалды (дене табынын нормалдашуусу, оруунун жоголуусу, кабылдоонун жыйынтыгы жана бейтап калдагы дарылоонун мөөнөтү) Клиникалык тесттин негизинде баа коюлду.Тери менен кан тамыр ичиндеги нурлануунун салыштырганда канды нурландырууну колдонуу эң жакшы жыйынтыктарды берди, салттуу ыкманы колдонууга караганда инфракызыл нурлануунун колдонуу артыкчылыгы жыйынтыктардын натыйжалуулугун корсотту. Кабылдоонун жыштыгын 15,6% 4,2% төмөндөтүү.
Негизги сөздөр: өткүр холецистит, оперативдүү дарылоо, кабылдоо, кан жана жаранын инфракызыл нурлануусу.

THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF INFRARED RADIATION IN THE PREVENTION OF WOUND COMPLICATIONS IN ACUTE CHOLECYSTITIS

Omorov R.A., Tolorov J.J., Musaev U.S., Osmonaliev B.K., Kenjekulov K.K., Karimov M.B.
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaeva.
Department of Faculty Surgery Kyrgyz State Medical Academy I.K. Ahunbaeva.

Summary: the purpose of the study is to analyze the results of using two methods of infrared radiation in the prevention of wound complications after cholecystectomy, with destructive cholecystitis.
Three groups were identified: the first (50 people) traditional preventive measures, the second (94 people) in the postoperative period received infrared irradiation of the postoperative wound, and the third (24 people) infrared blood irradiation. The assessment was carried out according to clinical tests (normalization of temperature, the disappearance of pain, the frequency of complications and the timing of inpatient treatment) and instrumental investigation (ultrasound) with determination of the size of the infiltration zone (echomorphometry) in dynamics. The analysis of the results showed the advantage of using infrared radiation in comparison with traditional methods, and comporation between skin and intravenous radiation, showed that the best results were by using at blood irradiation. The complication rate should be specifically reduced from 15.6% to 4.2%.
Key words: acute cholecystitis, surgical treatment, complications, infrared irradiation of the wound and blood.

Введение. Острый холецистит и обусловленные им осложнения в послеоперационном периоде является актуальной и до конца не решенной проблемой. Основным методом лечения является оперативный при котором длительное время применялся широкий лапаротомный доступ, но при этом хирурги отмечали высокую частоту осложнений, которую объясняли травматичностью операции [1,2].При этом наибольшей удельный вес отмечены раневые осложнения, для предотвращения которых разрабатывали меры профилактики [3,4]. Были разработаны доступы для выполнения холецистэктомии (правом подреберье, верхне-срединный, косо-поперечный, продольный и др.), но их использование не улучшило результаты, раневые осложнения возникали часто.

Более широко был внедрен и обоснован минилапаротомный доступ [5,6] и лапароскопический, использование которых позволило снизить частоту осложнений, но не решило проблему, так каки при них отмечаются раневые осложнения.При остром деструктивном холецистите лапароскопическая холецистэктомия имеет свои ограничения из за позднего поступления больных (позже 3 суток) выявление осложнения в виде перивезикулярного абсцесса, местного и общего перитонита [7,8,9].

С целью профилактики широко использовали антибиотики с различными способами их введения: внутримышечно, внутривенно, прямая и непрямое лимфотропная [10] терапия, внутривенное введение антибиотиков до операции и к концу ее оказывали положительный эффект, но в последние годы отмечен высокий уровень устойчивости микрофлоры к антибиотикам, что явилось причиной их снижения эффективности.

В профилактике раневых осложнений используют и физические факторы (лазер, магнит,ультразвук, озон), но они чаще применяются в лечении раневых осложнений, а не с целью профилактики.

В литературе мы обнаружили сведения о высокой эффективности инфракрасного излучения(ИК) в лечении многих гнойно – воспалительных заболеваний и многокомпонентном его действий на организм больного [11,12,13]. Было установлено, что ИК излучение проникает в глубину ткани 2-3 см, оказывает бактерицидный эффект и противовоспалительный . Учитывая эти сведения мы использовали ИК излучение в профилактике раневых осложнений при деструктивных формах холецистита.

Цель исследования – представить анализ результатов использования ИК излучения в профилактике раневых осложнений после холецистэктомия при деструктивном холецистите.

Материал и методики исследования

Под наблюдением находились 220 больных, оперированных по поводу деструктивных форм холецистита в хирургических отделениях ГКБ №1, г.Бишкек в период с 2014 по 2019 год включительно. Для оценки использованных нами мер профилактики были выделены 3 группы: первую группу (102 чел) составили пациенты, которым с целью профилактики выполнены традиционные меры в момент операции брюшную полость орошали раствором фурацилина, а после операции получали антибиотики внутримышечно (гентамицин, ампициллин), вторую группу (84 чел) составляли пациенты, которым в момент операции брюшную полость также орошали раствором фурацилина, до операции за 15-20 минут вводили антибиотик внутривенно (цефтриаксон или цефазолин 1,0) и к концу операции еще раз внутривенно. На вторые сутки после операции начинали ИК облучение операционнойраны аппаратом «Матрикс», экспозиция 10 минут, на курс лечения 5-6 сеансов. И третью группу составили 34 пациента им также вводили антибиотик внутривенно и выполняли ИК облучениекрови, с экспозицией 20 минут, курс лечения 5-6 сеансов. Эту методику использовали при гангренозном холецистите и при перивезикулярном абсцессе.

Для оценки эффективности мер профилактики учитывали клинические показатели и результаты эхоморфометрия ран в динамике.

Из числа всех наблюдаемых больных женщин было 150 (68,2%), мужчин 70 (31,8%) большинство составили лица старше 40 лет. Наибольшее число больных поступило с давностью заболевания более 3 суток, что явилось причиной применения лишь лапаротомной холецистэктомии. Сопутствующие заболевания обнаружены у 62,4% пациентов. Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. У всех доступ был лапаротомный, у подавляющего большинства минилапаратомный и лишь у 16 холецистэктомия произведена из широкого лапаротомного доступа в связи с наличием перитонита.

Полученные результаты обработаны с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (σ)величен иошибки ряда (m), степень достоверности вычисляли по таблице Стьюдента.

После проведенного лечения былавыполнена оценка клинических результатов (табл.1).

Таблица 1. Клинические показатели трех групп больных оперированных по поводу деструктивного холецистита (в сутках)

Показатели	Контр.гр. $M_1 \pm m_1$	Первая основная $M_2 \pm m_2$	Вторая основная $M_3 \pm m_3$	Р – степень достоверности
Нормализация температуры	n-102 4,2±0,37	n-84 3,1±0,21	n – 34 2,4±0,18	M_1-M_2<0,05 M_2-M_3>0,05
Исчезновение боли	3,5±0,31	2,3±0,09	2,0±0,07	M_1-M_2<0,01 M_2-M_3>0,05
Нормализация лейкоцитов	5,4±0,62	4,4±0,04	2,9±0,05	M_1-M_2<0,05 M_2-M_3 <0,01
Сроки стационарного лечения	8,8±0,64	6,1±0,17	5,3±0,12	M_1-M_2<0,05 M_2-M_3<0,01

При оценке клинических показателей установлено, что клинические тесты обеих основных групп достоверно отличались от больных контрольной группы, а при сравнении первой и второй основной группы достоверные различия имели место в сроке нормализации количества лейкоцитов и стационарного лечения, они были короче во второй основной группе, где использовали ИК облучение крови.
Также сопоставили размеры зоны инфильтрации операционной раны всех трех групп (табл.2.), которые определяли УЗИ.

Таблица 2. Показатели эхоморфометрии ран трех групп больных с деструктивными формами холецистита.

Группы обследования	Сроки обследования (сутки)		
	1	3	5-6
Контрольная $M_1 \pm m_1$, n – 48	2,1±0,09	2,8±0,03	2,3±0,03
Первая основная $M_2 \pm m_2$,n– 82	2,2±0,17	2,1±0,12	1,8±0,13
Вторая основная $M_3 \pm m_3$, n– 32	2,2±0,11	2,0±0,09	1,3±0,05
Р – степень M_1-M_3	>0,05	<0,05	<0,01
достоверности M_1-M_3	>0,05	<0,01	<0,001
M_2-M_3	>0,05	>0,05	<0,05

Анализ показателей эхоморфометрии был выполнен у больных трех групп. В контрольной эхоморфометрия выполнена была у 48 больных, в первой основной у 82 и во второй основной у 32 оперированных. Через сутки после операции зона инфильтрация операционной раны была одинаковой у всех обследованных. На 3 сутки у больных контрольной группы зона увеличилась в сравнения с первыми сутками, а на 5-6 сутки при благоприятном течении шло уменьшение зоны инфильтрации. У больных первой основной группы на 3 сутки после операции увеличение зоны инфильтрации было на уровне первых суток, а к 5-6 суткам она снизилась. У больных второй основной группы показатели эхоморфометрии в динамике, были как и в первой основной, но уменьшение размеров инфильтрации было более выраженное. Следовательно использование инфракрасного излучения для профилактики раневых осложнений оправдано, что нашло подтверждение в оценке течения раневого процесса, но более выраженный эффект отмечен при использовании ИК крови. В контрольной группе раневые осложнения выявлены у 15,6%, в первой основной у 8,3% и во второй основной у 2,9%.

Обсуждение результатов.

Основным направлением в исследовании было улучшение результатов лечения у больных с деструктивными формами холецистита за счет снижения частоты раневых осложнений. В этом плане мы обратили внимание на работы, посвящённые эффективности применения ИК излучения в лечении заболеваний челюстно-лицевой области и шеи и гинекологии. Мы использовали ИК в виде облучения операционной раны и крови. Результаты исследования были сопоставлены с группой больных с деструктивным холециститом у которых с целью профилактики использованы были антибиотики. Сравнение результатов с пациентами, получавшими ИК излучение показало, что метод улучшает результаты лечения, но более выраженный эффект при ИК облучении крови.

Выводы:

1. Использования традиционных мер профилактики с применением антибиотиков не эффективна, осложнения составили 15,6%.
2. Применение ИК облучения операционной раны и крови способствует снижению раневых осложнений в 5 раз. Что является основанием для рекомендации применения Ик облучения в широком плане.

Литература

1. *С.П. Федоров Желчные камни и хирургии желчных путей./ Федоров С.П..// Л. - М. – 1934. –С.392.*
2. *О.Б. Милонов Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии/ Милонов О.Б, Тоскич К.Д, Жебровский В.В. – М: Медицина, 1990. – С.559.*
3. *Р.А. Оморов Хирургия желчнокаменной болезни: Эволюция доступов, щадящие технологии/ Оморов Р.А, Авасов Б.А, Бпейшенбаев Р.К.// Бишкек, ОсОО «Maxima», 2009. – С.127.*
4. *М.И. Прудков Минилапаротомна и «открыты» лапароскопические операции в лечении больных желчнокаменной болезнью/ Прудков М.И.// Хирургия, 2007. - №1. – С.32-35.*
5. *Э.А. Маматов Малоинвазивная холецистэктомия при острых и хронических холециститах/ Маматов Э.А, Бойторов С.Ж. // Медицина Кыргызстана. – 2013. – №1. – С.35-37.*
6. *Д. Розин Малоинвазивная хирургия/ Розин Д, Рассель Е, Чеслаин-Куртис С.//М:Медицина, 1998. – С.275.*
7. *D. Brosseuk, J. Demetrik. Laparoscopic cholecystectomy for symptoms of colic in the absence of gallstones// Am J. Surg. – 2003. – Vol. 186, №1. – P. 1-3.*
8. *M.J. Hyser, V. Chaudhry, M.P. Byrne. Laparoscopic transcystic management of choledocholitiasis// Am. Surg. – 1999. – Vol. 65, №7. – P. 606-610.*
9. *М.М. Мамакеев Проблема и перспектива хирургического лечения острого холецистита/ Мамакеев М.М. // Хирургия Кыргызстан. – 1998. - №1. – С.19-25.*
10. *С.У. Джумабаев Лимфатическая терапия в хирургии/ Джумабаев С.У, Джумабаев Э.С. // Ташкент: Ибн Сина, 1992. – С.208.*
11. *Походенько – И.О. Чудакова Современная физиотерапия в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболевании в челюстно-лицевой области и шеи/ Походенько И.О.– Чудакова, Н.Н. Чешно. Минск: БГМУ 2-13. –С.26.*
12. *А.О. Атыканов Эффективность лечения воспалительных заболеваний придатков матки у женщин репродуктивного возраста/ Атыканов А.О, Осмонова М.Б. // Вестник КРСУ. – 2014. – том 14,№4.– С. 28-31.*
13. *А.З. Азарова Совершенствование диагностики и реабилитации женщин со спаечными процессами в малом тазу/ Азарова А.З: автореф.дисер.канд.мед.наук. Бишкек, 2006. – С.22.*

СТРЕССОВЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Оморов Р.А., Абдиев А.А., Акешов А.Ж., Абдрасулова М.С.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра факультетской хирургии им. К.Р. Рыскуловой

(Зав.кафедрой член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор Оморов Р.А.)

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Цель – оценить результаты лечения и мер профилактики стрессовых язв после повторных операций на печени. В обследовании, помимо общеклинических методов, использовано УЗИ до операции и после нее, эзофагогастродуаденоскопия. Представлены результаты лечения 10 больных, у которых после операции возникли стрессовые язвы, осложненные кровотечением (из 208 оперированных стрессовые язвы у 10 – 4,8%). У всех использована гемостатическая терапия (хлористый кальций 10%

– внутривенно, аминокапроновая кислота, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса), из них умерло 3. На основании неудовлетворительных результатов лечения, разработаны меры профилактики стрессовых язв, которые включали следующие меры: орошение желудка озонированным раствором хлорида натрияс концентрациейозона 8-10 мкг/мл, в первые 3-4 дня периодически ингаляции кислорода по 20-30 мин, назначали квамател внутривенно по 20 мг на 400 мл физиологического раствора хлорида натрия на протяжении 7-10 дней и раннее энтеральное питание. Из 102 оперированных, у которых осуществляли меры профилактики, стрессовые язвывозникли у одного (0,9%), осложненные кровотечением, которое остановлено гемостатическими средствами.
Меры профилактики стрессовых язв, осложненных кровотечением, позволили снизить их частоту с 4,8 до 0,9%.
Ключевые слова: заболевания печени, повторные операции, осложнения, стрессовые язвы, лечение, меры профилактики.

ИЧ-КОНДОЙ ХИРУРГИЯСЫНДА АШКАЗАНДЫН СТРЕСС ЖАРАЛАРЫ КАТАРЫ ОТУШУПК КЕТУУЛОРУ

Оморов Р.А., Абдиев А.А., Акешов А.Ж., Абдрасулова М.С.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медицина Академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Максат – боорго кайра кайталанып жасалган операциялардан кийинки ашказанда стресс жаралардын пайда болушун алдын алуу шарттарын жана жыйынтыгын аныктоо.
Изилдөөдөөө жалпы клиникалык ыкмалардан тышкаары, операцияга чейинки жана кийинки убакытта ультрадобуштук изилдөө жана эзофагогстродуоденоскопия колдонулду. Операциядан кийинки убакыттагы 10 бейтаптын ашказанында стресс жаралары пайда болуп, канап кетүү түрдө өтүшүп кетүүсү берилди (операция болгон 208 бейтаптын ичинен 10-4,8% да стресс жарасы катталды). Баардыгына гемостатикалык терапия колдонулуп (хлордуу кальций 10% венага, аминокапрон кычкылдыгы, жаңы тоңдурулган плазма, эритроциттик масса) көз жумганы 3. Канааттандырбаган жыйынтыктардан улам, ашказанда стресс жара пайда болуусун алдын алуу шарттарды иштеп чыгарылды, алар: 8-10 мкг/кг концентрациясындагы озондоштурулган физиологиялык хлордуу натрий менен ашказанды жуу, баштапкы 3-4 күндөрүндө 20-30 мүнөткө чейин кычкылтек менен ингаляция, 400 мл физиологиялык хлордуу натрийге 20 мг квамател кошуп 7-10 күнгө чейин венага куйуу жана эрте энтералдык тамак берүү.
Алдын алуу шарттарын колдонуп операция болгон 102 бейтаптын ичинен стресс жарасынын канап кетүүсү 1 - 0,9% бейтапта катталды, аны гемостатикалык дарылар менен токтоттук.
Ашказан стресс жарасынын канап кетүү түрдө өтүшүп кетүүсүнүн жыштыгын 4,8 ден – 0,9% чейин алдын алуу шарттар түшүрдү.
Негизги сөздөр: Боор оорусу, кайталанган операция, өтүшүп кетүү, стресс жаралары, дарылоо, алдын алуу шарттары.

STRESSFUL STOMACH ULKERS AS A COMPLICACHION IN ABDOMINAL SURGERY

Omorov R.A., Abdiev A.A., Akeshov A.Zh., Abdrasulova M.S.
Kyrgyz State Medical Academy n. a. I.K. Akhunbaeva,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The goal is to evaluate the results of treatment and measures to prevent stress ulcers after repeated liver operations.In the examination, in addition to general clinical methods, ultrasound was used before and after the operation, esophagogastroduodenoscopy. The results of treatment of 10 patients with stress ulcers complicated by bleeding after operation (from 208 operated, stress ulcers in 10 - 4.8%). All used hemostatic therapy (10% calcium chloride - intravenously, aminocaproic acid, freshly frozen plasma, erythrocyte mass), 3 of them died.Based on the unsatisfactory results of treatment, measures were developed for the prevention of stress ulcers, which included the following measures: irrigation of the stomach with an ozonized sodium

chloride solution with an ozone concentration of 8-10 mg/ml, periodically oxygen inhalation of 20-30 minutes for the first 3-4 days; 20 mg per 400 ml of physiological solution of sodium chloride for 7-10 days and early enteral nutrition. Of the 102 operated patients in whom preventive measures were taken, stress ulcers occurred in one (0.9%), complicated by bleeding, which was stopped by hemostatic agents.
Measures to prevent stress ulcers complicated by bleeding have reduced their frequency from 4.8 to 0.9%.
Key words: liver diseases, repeated operations, complications, stress ulcers, treatment, preventive measures.

Введение: Одним из наиболее сложных осложнений, которые наблюдаются при многих заболеваниях являются стрессовые язвы, осложненные перфорацией, кровотечением и эти осложнения отмечены у больных с обширными ожогами, тяжелыми черепно-мозговыми травмами[1], инфаркте миокарда [2], после тяжелых продолжительных операцией с массивным кровотечением [3,4,5]. Все исследователи указывают, что стрессовые язвы, как правило, множественные и располагаются в основном в теле и антральном отделе желудка [6,7].

Основным механизмом в их возникновении являются нарушения взаимодействия агрессии и защиты слизистой оболочки желудка и в этом важную роль играет ишемия слизистой оболочки, а также не маловажное место отводится нервно-психологическим факторам [8,9]. Основную роль в патогенезе стрессовых язв играет увеличение уровня цитокинов, которые способствуют снижению кровотока в слизистой оболочке желудка и угнетению защитных свойств[10,11].

Стрессовые язвы протекают бессимптомно и только при возникновении кровотечения они проявляются рвотой кровью, а при перфорации язв – перитонитом. Лечение этих осложнений сложное, так как они возникают чаще всего у тяжелых больных.При перфорации выполняется операция, а при осложнении кровотечением среди хирургов нет единого мнения, но большинство используют консервативное лечение, хотя и оно не всегда эффективно. Ряд исследователей [12] указывают, что нужно как можно раньше выполнить гатродуаденоскопию для диагностики кровотечений и выбрать адекватную терапию. Учитывая сложность диагностики стрессовых язв, осложненных кровотечением, низкой эффективности терапии, нами обращено внимание на разработку и использование мер профилактики[13].

Цель исследования: оценить результаты лечения и мер профилактикистрессовых язв после повторных операции и на печени.

Материал и методы обследования

Выполнен анализ 208 пациентов, оперированных на печени по поводу альвеококкоза, эхинококкоза и гемангиом и повторных операции в период с 2010 по 2014, в хирургических отделениях ГКБ №1, г. Бишкек им производили радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе, резекции печени при альвеококкозе и гемангиоме и повторные операции по поводу осложнении, возникших в послеоперационном периоде и потребовавших хирургического лечения (лапароскопическая холецистэктомия у 2х и кишечная непроходимость у одного).

Вторую группу составили 108 пациентов, которым также выполняли операции на печени и повторные операции. Обе группы по характеру заболевания, объёму выполненных операции были равнозначны. Больным этой группы выполнены меры профилактики стрессовых язв.

В обследовании больных, помимо общеклинических исследовании (анализ крови и мочи, свертываемость крови, ЭКГ) использовали УЗИ для определения характера заболевания, а в послеоперационном периоде для выявления осложнений брюшной и грудной полости. При подозрении на возникновение стрессовых язв применяли эзофагогастродуеноскопию.

Полученные результаты исследовании обработаны с определением относительных величин (в %).

Результаты исследования

В результате выполненного анализа течения послеоперационного периоде из 208 оперированных у 10 возникли стрессовые язвы, осложненные кровотечением, что составило 4,8%. Из них мужчин- 6, женщин – 4, в возрасте от 32 до 60 лет. Ни у одного из них стрессовые язвы не установлены до возникновения кровотечения, а лишь после появления рвоты с кровью заподозрили это осложнение. С целью выявления источника кровотечения у 6 больных выполнена гастродуоденоскопия при которой в области тела и антрального отдела желудка выявлены множественныекровоточащие изъязвления слизистой размером 0,3х0,4см, а у 4 – эндоскопическое исследование не выполнено из- за тяжести состояния. Из 10 больных у 4 кровотечение возникло на 3 сутки после операции, еще у 3 на 4 сутки и у 3 на 5 сутки. Это осложнение проявилось резким ухудшением общего состояния больных, падением артериального

давления до 80/60 мм рт.ст., частым пульсом, снижением уровня гемоглобина, а затем возникла многократная рвота кровью.

Выполняли гемостатическую терапию у всех пациентов, введение хлористого кальция 10%-10,0 внутривенно, викасол, аминокапроновая кислота, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса и добиться улучшения и остановить кровотечение удалось у 7, а трое умерли от продолжающегося кровотечения и нарастания полиорганной недостаточности.

Учитывая эти результаты, нами было обращено внимание на профилактику стрессовых язв, которое было направлено на снижение агрессии желудочного содержимого.

До операции больным, которым планировали обширное вмешательство, за 3-4 дня назначали квамател по 20мг на 400мл на физиологическом растворе хлорида натрия.

К концу операции вводили в желудок назогастральный зонд, отмывали содержимое, зонд оставляли на 2-3 суток в течение которых ежедневно многократно орошали желудок озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл, а внутривенно по 400мл озонированного раствора с концентрации 3-4 мкг/мл.

После операции ежедневно назначали ингаляции кислорода по 20-30 минут, 3-4 раза в сутки. Через сутки после операции больные получали квамател по 20мг внутривенно на протяжении 7-10 суток, в зависимости от тяжести состояния больных, а затем продолжали назначение кваматела в таблетках на 2-3 недели. Мы назначали этот препарат, так как по данным многих исследователей[1,2,13] этот препарат вызывает быстрое и выраженное торможение желудочной секреции, продолжительность действия составляет 10-12 часов, препарат не токсичен для печени. Мы считаем необходимым в комплексе профилактических мер включать раннее энтеральное питание (на 2 сутки), оно препятствует проникновению бактерий через слизистую оболочку, связывает соляную кислоту и пепсин, снижая ацидопептическую агрессию.

Эти меры профилактики были использованы нами у 102 больных, у которых выполнены обширные операции. В результате проведенных мер у одного больного на 4 сутки после операции появилась слабость, снизилось артериальное давление и однократная рвота кровью. После гемостатической терапии улучшилось общее состояние, выполнена гастродуоденоскопия при которой выявлены мелкие эрозивные, кровоточащие участки в области тела желудка. Продолжена гемостатическая терапия и введение кваматела и озонированных растворов внутривенно. Состояние больного постепенно улучшалось, стабилизировались гемодинамические показатели и на 14 сутки после операции выписан в удовлетворительном состоянии.

Результаты группы больных, которым провели меры профилактики показали целесообразность их применения в абдоминальной хирургии.

Обсуждение и результаты исследования

Анализ случаев возникновения стрессовых язв, осложненных кровотечением показал, что это осложнение не является редкостью, особенно после травматичных, продолжительных операций и по нашему материалу это осложнение составило 4,8%. Консервативное лечениемало эффективно, из 10 больных умерли 3, а оперативное лечение было невозможным из-за тяжести состояния больных. Это осложнение в основном обусловлено нарушением взаимодействия факторов агрессии и защиты слизистой оболочки желудка, а также возникновением ишемии слизистой и повреждение стенки желудка соляной кислотой. Учитывая эти факторы мы и строили меры профилактики для предотвращения возникновения стрессовых язв.

Так как немаловажное значение имеет нервно-психологический фактор, то перед операцией обязательно беседовали с больными, в доступной форме объясняли сущность операции и какое должно быть поведение больного после операции, чтобы снизить агрессию желудочного содержимого. Выполняли орошения желудка озонированным раствором, которое было направленно на снижение концентрации соляной кислоты и пепсина в желудочном содержимом. Для снижения гипоксии, которое как правило имеет место после травматичной операции, назначили ингаляции кислорода, что существенно улучшало состояние больных. Раннее энтеральное питание также было направлено на снижение концентрации соляной кислоты и пепсина и кроме того инфицирование брюшной полости. Квамател способствовал снижению агрессии слизистых. Этот комплекс мер оказал существенное влияние на частоту возникновения стрессовых язв и развития такого осложнения как кровотечение. Поэтому после травматичных

операции в абдоминальной хирургии значительно легче предотвратить возникновение стрессовых язв, чем их лечение, которое сложное и малоэффективное.

Выводы:

1. После операций на печени и повторных операции, стрессовые язвы, осложненные кровотечением, составили 4,8%.
2. Разработанные и внедренные меры профилактики стрессовых язв позволили снизить их частоту возникновения с 4,8 до 0,9%.
3. Меры профилактики могут быть использованы в абдоминальной хирургии после травматичных операций.

Литература:

1. Шагивалеев, Н.А. Острые «стрессовые» язвы желудочно – кишечного тракта у пациентов с черпно-мозговыми травмами [текст]/ Н.А. Шагивалеев, В.Г. Самодай // Сб.научн.тр.академии травматологии и ортопедии им Бурдеино. – М., 2010. – С. 28-31.

2. Бокерия, Л.А. Острые гастродуоденальные кровотечения в сердечно сосудистой хирургии [текст]/ Л.А.Бокерия, М.Б.Ярустовский, Е.А.Шипова. – М.: Медицина, 2004. – 112с.

3. Бебезов, Х.С. Результаты хирургического лечения, осложненного альвеококкоза печени [текст]/ Х.С. Бебзов, Б.Х.Бебезов, Н.Д.Мамашев// Актуальные проблемы хирургической гепатологии: материалы XIX международного конгресса хирургов – гепатологов России и стран СНГ. Иркутск, 2012 – С.89-90

4. Кровосберегающие аспекты при обширных резекциях печени [текст]/ М.А. Алиев, Б.Б.Баймаханов, Т.Ч. Самратов и др.// Анналы хирургической гепатологии. – 2006. - №3 – С.138 – 149.

5. Кубышкин, В.А. Эрозивно – язвенное поражение верхних отделов желудочно – кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде [текст]/ В.А.Кубышкин, К.В. Шишин // Хирургия. – ConsiliumMedicum. – 2004. - №1. – С. 17-20.

6. Опыт резекционных вмешательств при альвеококкозепечени [текст]/ М.А. Сексембаев, М.Е.Рамазанов, Д.С. Токсанбаев и др.// Вестник хирургии Казахстан. – 2012. - №1. – С. 101 – 103.

7. Батырова, А.Н. Эрозивно – язвенное поражение гастродуоденальной зоны при стрессовых ситуациях (операция, травма, шок) и тяжелых заболеваниях внутренних органов [текст]/ А.Н.Батыров, Г.С. Бердалина// Вестник КазНГУ. – 2014. - №2. – С. 22-24.

8. Vojrabukka,T. Postoperative problems and management after hepatic resection for bent injuzy to the liver[text]/T. Vojrabukka, A.L.Bloom, M.Sussman//Br.d/Surg. – 2005. – vol. 62, №4. – P. 189 – 200.

9. Шептулин, А.А. Симптоматические гастродуоденальные язвы [текст]/ А.А. Шептулин // Гастроэнтерология. – 2016. - №4. – С. 72-75.

10. Althazzariw. Stressulzesprophylakis in criticatypatierts review of the…[text]/ W.Althazzori// Arch.med. – 2012. - Vol. 122 – P. 107-114.

11.Криохирургия очаговых поражений печени [текст]/ Б.И. Альперович, Н.В. Мерзликин, В.Н. Сало и др.// Бюллетень Сибирской медицины. – 2011. - №1 – С. 143-149.

12. Профилактика стресс – повреждений верхнего отдела желудочно – кишечного тракта у больных в критических состояниях [текст]/ Б.Р. Гельфанд, А.Н. Мартынов, В.А. Гурьянов и др.// Хирургия. – ConsiliumMedicum. – 2003. – приложение 2. – С. 16-20.

13. Логинов, А.Ф. Обоснование и основы применениякваматела для лечения гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением [текст]/ А.Ф. Логинов, А.Б. Калинин, Е.В. Мороз // Язвенные болезни желудка: тезисы респуб. конф. – Анапа, 1996. – С. 98 – 100.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЦИДИВА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Р.А. Оморов, Б.К.Осмоналиев, Б.А. Авасов, Б.А. Атакулов

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

Резюме: Представлены результаты оперативного лечения ахалазии кардии у 20 пациентов. Возраст больных составил от 18 до 66 лет. Мужчин было 9, женщин – 11, с длительностью заболевания от 1 года до 8 лет. III стадия заболевания по классификации Б.В. Петровского установлена у 15 пациентов, II стадия – 5, что было подтверждено рентгеноскопией пищевода и ЭГДС. Всем пациентам произведена эзофагокардиомиотомия по Геллеру – De Brune Groeneveldt и эзофагокардиогастропластика в моди-

фикации нашей клиники. Во время операции и в раннем послеоперационном периоде специфических осложнений, связанных с операцией, не отмечено. Летальных случаев не было. Отдаленные результаты изучены у 14 больных (от 6 месяцев до 5 лет). Все пациенты чувствовали себя удовлетворительно, дисфагии и изжоги не выявлено, отмечено восстановление массы тела, улучшение общего самочувствия.
Ключевые слова: ахалазия кардии, рефлюкс-эзофагит, эзофагокардиомиотомия, эзофагокардиогастропластика, антирефлюксные вмешательства**.**

ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООГО УЧУРАГАН КАРДИЯ АХАЛАЗИЯСЫНЫН КАБЫЛДООЛОР ЖАНА КАЙТАЛАНЫШЫНЫН АЛДЫН АЛУУСУ

Р.А. Оморов, Б.К. Осмоналиев, Б.А. Авасов, Б.А. Атакулов
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Факультеттик хирургия кафедрасы, (кафедра башчысы – м. и. д., профессор, КР УИА мүчө-корр. Р.А. Оморов), Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Макалада 20 бейтапта аныкталган кардия ахалазиясынын хирургиялык дарылоосунун натыжайсы берилди. Бейтаптардын курагы 18ден 66 жашка чейин түзүп, эркектери – 9, аялдары – 11, оорунун узактыгы 1 жылдан 8 жылга чейин созулган. Оорунун 3-стадиясы 15 бейтапта, 2-стадия 5 бейтапта Б.В.Петровскийнин классификациясы боюнча аныкталып, кызыл өңгөч рентгеноскопиясы менен ЭГДС аркылуу тастыкталган. Бардык бейтаптарга Геллер-De Drune Groeneveldt эзофагокардиомиотомиясы менен биздин клиниканын модификациясы боюнча кылынган эзофагокардиогастропластика операциясы жасалган. Операция учурунда жана андан кийинки мөөнөттө операцияга байланыштуу кабылдоолор байкалбай, өлүмгө алып барган учурлар болгон эмес. Алыстатылган натыйжалар (6 айдан 5 жылга чейин) 14 бейтапта иликтенип, бардыгы канааттангандык сезишип, дисфагия жана зарнанын жоктугу, салмагы калыбына келүүсү, жалпы абалынын жакшырганы байкалган.
Негизги сөздөр: кардия ахалазиясы, рефлюкс-эзофагит, эзофагокардиомиотомия, эзофагокардиогастропластика, антирефлюкстук кийлигишүү.

PREVENTION OF COMPLICATIONS AND RELAPSE AT THE OPERATIVE TREATMENT OF ACHALASIA CARDIA

R.A. Omorov, B.K. Osmonaliev, B.A. Avasov, B.A. Atakulov
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Faculty surgery Department, (Head of Department – D.M.Sc., Prof.,
corresponding member of NAS KR R.A. Omorov), Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume: The study includes results of surgical treatment of Achalasia Cardia in 20 patients at the age of 18-66, male – 9, female – 11. The duration of disease was from 1 year to 8 years. The 3rd stage of disease was confirmed on 15 patients, 2nd stage – 5 patients. The confirmation defined with esophagus fluoroscopy and gastroscopy. All patients underwent Heller esophagocardiomyotomy - De Brune Groeneveldt and esophagocardiogastroplasty in a modification of our clinic. During the operation and early post-operative periods a specific complications, related to the surgery, were not detected. Lethal cases were absent. The long-term results were studied among 14 patients (from 6 months to 5 years). All of the patients felt satisfactorily themselves, dysphagia and pyrosis were not detected, recovery of body mass and improvement of general health condition were observed.
Key words: achalasia cardia, reflux esophagitis, oesophagocardiomyotomy, esophagocardiogastroplasty, antireflux interventions.

Введение. Ахалазия кардии (АК) – идиопатическое нервно-мышечное заболевание, проявляющееся функциональным нарушением проходимости кардии вследствие дискоординации между глотком, рефлекторным раскрытием нижне-пищеводного сфинктера (НПС) и двигательной и тонической активностью гладкой мускулатуры пищевода [1, 2, 3] .

Распространенность АК составляет 10 случаев на 100 000 населения, а заболеваемость от 0,5 до 2 на 100 000 населения или 3,1–20 % среди заболеваний пищевода. В качестве причины дисфагии она занимает третье место после аденокарциномы пищевода и ожоговых стриктур. АК является предраковым заболеванием, при котором риск возникновения рака увеличивается в 33 раза [2, 3, 4] .

Если диагностика АК на современном этапе не представляет особых трудностей, то лечение АК до настоящего времени продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем хирургии. Метод передней и задней эзофагокардиомиотомии предложенный E.Heller (1913г.), в настоящее время применяющийся в виде его односторонней передней модификации по De Brune Groenveldt при лапаротомном и трансторакальном доступах является достаточно травматичным вмешательством. Осложнения при трансторакальном доступе составляют 4–15%, при лапаротомном – 1,5–10%, а летальность составляет 3–4% и 0,5–1,4% соответственно, это в первую очередь связано с перфорацией слизистой оболочки пищевода в области миотомии, не замеченное во время операции, и с дальнейшим развитием перитонита и медиастинита. Другими сложными послеоперационными проблемами являются: возникновение рецидива заболевания до 36-50% случаев и частое развитие рефлюкс-эзофагита в результате недостаточности кардии у 14-37% пациентов [3, 5, 6].

Это обусловило широкому использованию кардиодилятации в лечении АК. Вместе с тем, различные методики кардиодилятации эффективны только у 51-65% пациентов. Кардиодилятации присущи осложнения, такие как: перфорация и кровотечения в момент растяжения, повышение этих осложнений при последующей миотомии во время операции, а также рецидив АК и появление рефлюкс-эзофагита более 30% [7, 8].

Развитие пероральной эндоскопической миотомии (ПЭМ) выполненная впервые в 2011 году, претендует на право стать «золотым стандартом» в лечении АК. ПЭМ доказала свою безопасность, эффективность и хорошие функциональные результаты, но надо отметить, что при данном методе не предусмотрено выполнение антирефлюксной операции (фундопликации), а, следовательно, риск развития в послеоперационном периоде гастро-эзофагеального рефлюкса остается высоким, до 46% случаев [7, 8, 9].

Таким образом, неоднозначность мнений относительно выбора хирургических методов лечения АК, высокий процент перфораций слизистой в области эзофагокардиомиотомии с развитием тяжелых форм перитонита и медиастенита, отсутствие надежной профилактики рефлюкс-эзофагита и рецидива в отдаленном послеоперационном периоде являются основной проблемой хирургического лечения АК.

Материалы и методы. Представлены результаты хирургического лечения АК у 20 пациентов в период с 2013 по 2020гг в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1 г. Бишкек. Возраст пациентов составил от 18 до 66 лет. Мужчин было 9, женщин – 11. Длительность заболевания составила от 1 года до 8 лет. В соответствии с классификацией Б.В. Петровского (1962г.) преобладали пациенты с 3 стадией заболевания - 15 (75%), со 2 стадией было 5 (25%) случаев (Таблица 1).

Таблица 1 - Стадии АК по Петровскому Б.В. (1962 г.)

Стадии АК	**Проявления АК**	**Количество пациентов**
I	функциональный непостоянный спазм кардии без расширения пищевода.	-
II	стабильный спазм кардии с нерезко выраженным расширением пищевода и усиленной моторикой стенок.	5 (25%)
III	рубцовые изменения мышечных слоев НПС с выраженным расширением пищевода и нарушениями тонуса и перистальтики.	15 (75%)
IV	резко выраженный стеноз кардии со значительной дилятацией, удлинением, S-образной деформацией пищевода, эзофагитом и периэзофагитом.	-

Диагноз АК был подтвержден рентгеноскопией пищевода, показывающей равномерное сужение нижней части пищевода, переходящего в закрытый НПС и напоминающее «писчее перо» и симптом «мышиного хвоста», когда часть контраста через небольшое отверстие поступает в желудок. У 15 пациентов с III стадией АК отмечалось выраженное супрастенотическое расширение пищевода. Эзофагога-

стродуоденоскопия (ЭГДС) проведена всем пациентам для подтверждения диагноза АК и исключения аденокарциномы пищевода. У 16 пациентов (80%) индекс массы тела был ниже 18,5кг/м², у 5 (25%) пациентов имелась сопутствующая патология: КБС (3), общий атеросклероз (1), гипертоническая болезнь (1), которые до операции были проконсультированы специалистами для коррекции сопутствующей патологии.

Предоперационное обследование проводилось по общепринятым правилам и включало в себя: общеклинические и биохимические анализы, свертываемость крови, глюкозу крови, группу крови и резус-фактор, маркеры вирусного гепатита В и С, ИФА на ВИЧ и RW, ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ до и после операции.

Была выполнена внеслизистая эзофагокардиомиотомия по Геллеру-De Brune Groeneveldt в модификации нашей клиники (получено рац. предложение №1/19-20). Операции проведены под эндотрахеальной анестезией. После верхне-срединной лапаротомии, ревизии органов брюшной полости и мобилизации в кардиоэзофагеальной зоне суженный участок пищевода низводили в брюшную полость через диафрагмальное отверстие. На первом этапе производилась передняя эзофагокардиомиотомия. Рассекали мышечную оболочку на протяжении всей суженной части пищевода, не менее чем на 2 см выше и ниже ее с переходом на стенку желудка (рис. 1). Рассеченные края мышечного слоя с помощью тупфера отделяли от слизисто-подслизистого слоя на ½ окружности пищевода, после чего отмечали пролабирование слизистой пищевода виде «паруса». Анестезиологом под контролем оператора устанавливался назогастральный зонд (НГЗ) в область пролабирующей слизистой и ведением стерильного физиологического раствора для исключения перфорации, при перфорации слизистой, рана на слизистой оболочке ушивалась (викрил 3.0), зонд проводился в желудок для энтерального питания в послеоперационном периоде. Закрытие дефекта мышечного слоя пищевода, эзофагокардиогастропластику, производили передней стенкой желудка в виде треугольной складки непрерывным швом в модификации нашей клиники (рис. 2). Далее производилось дренирование кардиоэзофагеальной зоны через контраппертуру и послойное ушивание операционной раны.

Результаты и обсуждение

У двух пациентов во время операций произошла перфорация слизистой оболочки пищевода на этапе эзофагокардиомиотомии, которые были диагностированы и устранены ушиванием слизистой интраоперационно. Данные осложнения были вызваны вследствие выраженного спаечного процесса в результате ранее произведенных кардиодилятаций. Осложнений со стороны других органов не отмечено. Летальных случаев не было.

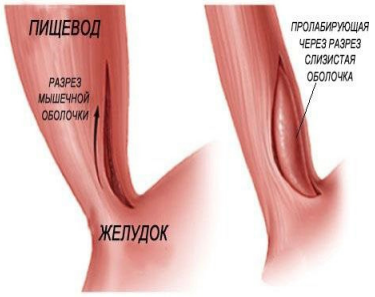


Рис. 1. Эзофагокардиомиотомия по Геллеру - DeBruneGroeneveldt.

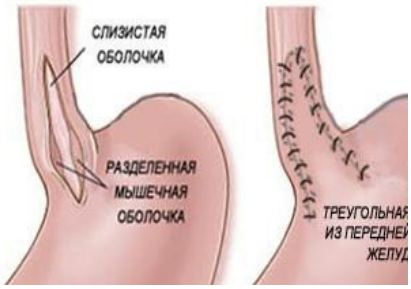


Рис. 2. Эзофагокардиогастропластика стенкой желудка в модификации нашей клиники.

Ведение послеоперационного периода проводилось по общепринятым правилам: инфузионная терапия в объеме 1000-2000 мл в течение первых двух суток, ранняя активизация, что способствовало профилактике тромбообразования и спаечному процессу. НГЗ удаляли на 2-3 сутки после операции при восстановлении моторики кишечника, с переводом на энтеральное питание (вода без газа, супы, бульоны). С помощью рентгеноскопии пищевода проводился контроль проходимости кардиоэзофагеальной зоны и оценки рефлюкс-эзофагита, во всех случаях отмечена положительная динамика. Пациенты на 1-3 сутки активизировались, дренажи удалялись на 2-3 сутки после контроля при УЗИ, а на 6-10 сутки после операции были выписаны из клиники с улучшением.

Отдаленные результаты прослежены у 14 (60%) пациентов в сроке от 6 месяцев до 5 лет. Всем пациентам проведены ЭГДС и рентгеноскопия пищевода с применением сульфата бария, при которых отмечено свободное прохождение эндоскопа через кардиальный жом в желудок, отсутствие эндоскопических признаков рефлюкс-эзофагита, отсутствие застоя контрастного вещества в пищеводе, значительное сужение ранее расширенного супрастенотического расширения пищевода и обратного рефлюкса в пищевод. Для анализа качества жизни пациентов после оперативного вмешательства была использована Модифицированная шкала оценки дисфагии при ахалазии (MADS), результаты которой расценены нами как хорошие, все пациенты на момент осмотра чувствовали себя удовлетворительно, не отмечали дисфагию твердой и жидкой пищей, исчезли боли за грудиной, отрыжка, горечь во рту и изжога, также отмечали восстановление массы тела и улучшение общего самочувствия.

Эзофагокардиомиотомия по E. Heller-De Brune Groeneveldt позволяет устранить основную проблему АК, препятствует образованию рубца между краями пересеченных мышц с восстановлением их тонуса, уменьшает риск развития рецидива заболевания.

Эзофагокардиогастропластика непрерывным швом в модификации нашей клиники способствует герметичности при перфорациях слизистой оболочки пищевода на этапе произведения эзофагокардиомиотомии; сохраняет антирефлюксные свойства в кардиоэзофагеальной зоне, что имеет немаловажное значение в отдаленном послеоперационном периоде.

Заключение

Таким образом, полученные хорошие результаты в клинических наблюдениях, улучшение самочувствия пациентов оправдывает выбранный нами метод хирургического лечения АК. И хотя было предложено множество оперативных методик, поиск новых методов хирургического лечения является актуальным и подлежит дальнейшему изучению.

Литература:

1. *Абдулсамедов Г.А.. Хирургическое лечение ахалазии пищевода с использованием сетчатого имплантата из никелид титана (экспериментально-клиническое исследование): Дисс. ...канд. мед.наук. Тюмень, 2009. - 125 с.*
2. *Гаджиев А.Н. Клиника, диагностика, лечение кардиоспазма, ахалазиикардии и диффузного эзофагоспазма: Дисс. ... д-ра мед.наук. М., 2001. - 97 с.*
3. *Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2000. - 350с.*
4. *Муравьев В.Ю., Бурмистров М.В., Иванов А.И. Эндоскопическое лечение ахалазиикардии // Эндоскопия. - 2013. - №2. - С. 2-6.*
5. *Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К. Результаты хирургического лечения ахалазиикардии // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2018. - № 3. - С. 100-105.*
6. *Петровский Б.В. Кардиоспазм и его хирургическое значение / Б.В. Петровский // Труды 27-го Всесоюзного съезда хирургов. – М., 1962. – С. 162-173.*
7. *Campos G.M, Vittinghoff E, Rabl C., Takata M., Gadenstätter M., Lin F., Ciovica R. Endoscopic and surgical treatments for achalasia: a systematic review and meta-analysis. Annals of Surgery. 2009;249(1):45-57.*
8. *Inoue H., Minami H., Kobayashi Y. et al. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. Endoscopy. 2010;42:265-271.*
9. *Vaezi M.F., Richter J.E. Diagnosis and management of achalasia. American College of Gastroenterology Practice Parameter Committee. American Journal of Gastroenterology. 1999;94(12):3406–3412.*

ФУНДОПЛИКАЦИЯ ПО НИССЕНУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

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

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

Резюме: представлены результаты лечения 64 пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Диагноз был подтвержден при помощи эндоскопического и рентгенологическогометодов обследования и международного стандартизирован-

ного опросникаGerdQ. Всем пациентам выполнена операция в объеме дорсальной крурорафии и фундопликации по Ниссену. В раннем послеоперационном периоде у 4 пациентов наблюдалась нестойкая проходящая дисфагия. Летальных случаев не отмечено.Отдаленные результаты прослежены у 45 пациентов, в сроке от 6 месяцев до 4 лет, полученные хорошие результаты, улучшение качества жизни пациентов и отсутствие рецидива заболевания оправдывает выбранные нами метод лечения ГЭРБ и ГПОД.
Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, фундопликация по Ниссену.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛДЫКРЕ ФЛЮКСТУК ООРУУСУН НИССЕН БОЮНЧА ФУНДОПЛИКАЦИЯ ДАРЫЛООСУ

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

Корутунду: Гастроэзофагеалдык рефлюкс оорусу жана боор эттеги кызыл онгоч ачылышынын чуркуну менен жабыркаган, 64 оорулуунун дарылануу жыйынтыгы берилди. Диагноз, эндоскопиялык жана рентгенологиялык изилдоо ыкмаларынын жана Gerd Q аралык стандарт аштырылган анкетанын жардамы аркылуу ырысталган. Оорулуулар дынбаарына Ниссен боюнча дорсалдык крурорафия жана фундопликация көлөмүндө операция жасалды. Операциядан кийинки баштапкы мезгилде 4 оорулууда туруксуз, атуучу дисфагия байкалган.Олум катталган учурлар катталган жок. Узак моонотту натыйжалар 45 оорулуудан алынды , 6 айдан 4 жылгачейинки, алынган жакшы натыйжалар, оорулуулардын жашоо сапатынын жакшыруусу жана оорулардын кайталануусунун жоктугу , гастроэзофагеалдык рефлюкс оорусу жана боор эттеги кызыл онгоч ачылышынын чуркун даарылоо биз тандаган ыкма аркылуу болгондугун тастыктапырастап жатат.
Негизги создор: гастроэзофагеалдык рефлюкс оорусу жана боор эттеги кызыл онгоч ачылышынын чуркуну, Ниссен ыкмасы боюнча фундопликациясы

NISSEN FOUNDATION IN THE TREATMENT OF GASTROESOPHAGEL REFLUX DISEASE

R.A. Omorov, B.K. Osmonaliev, Z.T. Konurbaeva, R.K. Kubatbekov
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva, Department of Faculty Surgery, (Head of Department – MD, Professor, Corresponding Member of the National Academy of Sciences of the Kyrgyz Republic Omorov R.A.), Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: the results of the treatment of 64 patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) and hiatal hernia (HAP) are presented. The diagnosis was confirmed using endoscopic and radiological examination methods and the international standardized GerdQ questionnaire. All patients underwent surgery in the amount of dorsalcruroraphy and fundoplication according to Nissen. In the early postoperative period, 4 patients had unstable passing dysphagia. There were no fatal cases. Long-term results were monitored in 45 patients, ranging from 6 months to 4 years, good results, improved quality of life for patients and the absence of disease recurrence justify our treatment of GERD and HPOD.
Key words: gastroesophageal reflux disease, hiatal hernia, Nissen fundoplication.

Введение.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) в настоящее время считается одним из самых тяжелых и распространенных заболеваний ЖКТ. От нее страдают 5% всего взрослого населения, в Северной и Южной Америке до 10-20%, в странах Азии до 5%, в Российской Федерации от 13 до 23,6%,а в некоторых странах Европы до 42%.[1]

Основной этиологией ГЭРБ является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы(ГПОД). Длительное время термины ГЭРБ и ГПОД считались синонимами, но в процессе исследования ГЭРБ было уста-

новлено, что данная патология вызывается не только ГПОД, но и недостаточностью замыкательной функции пищеводно-желудочного перехода.ГПОД наблюдается у 10-12% взрослого населения. В связи с этим в последнее время количество выполняемых антирефлюксных операций по поводу данных заболеваний постоянно увеличивается.[2,3]

Наиболее характерными симптомами ГЭРБ являются изжога и регургитация, наиболее распространенным осложнением – рефлюкс-эзофагит. Кроме рефлюкс-эзофагита, выявляемого примерно у трети пациентов, к осложнениям ГЭРБ относят пищевод Барретта.

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

Антирефлюксные операции стали «золотым стандартом» при лечении ГЭРБ. В арсенале антирефлюксных методов насчитывается более 40 способов оперативного лечения ГЭРБ,[4] позволяющих восстановить функцию нижнего пищеводного сфинктера и, следовательно, устранить гастроэзофагеальный рефлюкс с целью профилактики его осложнений. Основным методом вантирефлюксной хирургии, по мнению большинства хирургов, остается фундопликация по Ниссену. Однако этот метод имеет ряд осложнений, которые возникают как во время хирургического вмешательства, так и после него, достигая 17,2-37,5%. Наиболее частыми и значимыми осложнениями считаются дисфагия (29%), gas-bloat синдром (задержка газа в желудке – 24%),[5,6] миграция фундопликационной манжеты в средостение (4%). Рецидив рефлюкса у оперированных наблюдаются от 6 до 15%, а в 3-6% случаев необходимо выполнение повторных операций.

Цель: изучить непосредственные и отдаленные результаты применения фундопликации по Ниссену у пациентов с ГЭРБ и ГПОД в Кыргызстане .

Материалы и методы. В данное исследование включены 64 пациентов с диагнозом ГЭРБ и ГПОД, по поводу которого все были прооперированы в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1 г. Бишкек, за период с 2015 года по 2020 год включительно. Средний возраст пациентов составил 51 (31-81) год, мужчин было 14 (21,8%) и женщин - 50 (78,1%).

Диагноз ГЭРБ устанавливали в соответствии международным консенсусом 2006 г. (г. Монреаль, Канада) на основании жалоб, клинико-анамнестических данных, международного стандартизованного опросника GerdQ (Gastroesophagealrefluxdiseasequestionnaire, 2009г),эндоскопического и рентгенологического исследований.

У 62 (96,8%) пациентовбыли жалобы на изжогу и регургитацию, отрыжку воздухом, боли верхней половине живота и за грудиной, а также необходимость пребывания в вертикальном положении после еды. Всеми пациентами был заполнен опросник GerdQ(табл. 1).

Таблица 1. **Международный стандартизованный опросник GerdQ** (the Gastroesophagealreflux disease questionnaire 2009 г.)

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

По опроснику GerdQ результаты оценивались в баллах: если сумма баллов по результатам анкеты достигает 8 и выше, вероятность ГЭРБ составляет больше 80%. У опрошенных пациентов при применении опросника GerdQ, баллы достигали от 8 и выше.

Перед операцией всем пациентам выполнена видеоэзофагогастродуоденоскопия (ВЭГДС) аппаратами FUJINON VP-3500HD и PENTAX EPK-1000, а также рентгенологическое контрастное исследование с бариевой взвесью в положении Тренделенбурга.
При оценке эндоскопической картины эзофагита использовали классификации Савари-Миллера (1978г) и Лос-Анжелесскую (1994г). Классификация Савари-Миллера отражает преимущественно глубину поражения эпителия, Лос-Анжелесская классификация - распространенность поражения эпителия при эзофагите. II-III степени по Савари-Миллеру и C-D стадии по Лос-Анжелесской классификациям являются патогномоничными при ГЭРБ. Данные проведенных нами эндоскопических исследований представлены в таблице 2, 3.

Таблица 2. **Классификация рефлюкс-эзофагитов по M. Savary и G. Miller (1978 г.).**

стадия	**критерии**	**n = 64**
I	округлые и продольные поражения, которые не сливаются и распространяются от Z-линии к слизистой оболочке пищевода.	2
II	сливающиеся транзиторные поражения в зоне Z-линии, не захватывающие всю поверхность слизистой оболочки.	20
III	язвенные поражения, сливающие в нижней части пищевода и охватывающие всю поверхность слизистой оболочки.	42
IV	хронические язвенные поражения пищевода, фиброзный стеноз, укорочение пищевода, пищевод Барретта.	-

Таблица 3.**Данные проведенных исследований по Лос-Анжелесской классификации рефлюкс-эзофагитов (1994 г.).**

степень	критерии	n = 64
A	одно (или более) поражение слизистой оболочки менее 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки.	2
B	одно (или более) поражение слизистой оболочки более 5 мм, ограниченное пределами складки слизистой оболочки	10
C	одно (или более) поражение слизистой оболочки, распространяющееся на 2 и более складки слизистой оболочки, но занимает менее 75% окружности пищевода.	47
D	одно (или более) поражение слизистой оболочки, распространяющееся на 75% и более окружности пищевода.	5

При ВЭГДС также проводилась и оценка гастроэзофагеального створчатого клапана (ГСК) Губарева по классификации Hill LD и соавторов (1996г.). Во время ВЭГДС дистальный конец эндоскопаретрофлексировалсяна 180° в желудке, чтобы визуализировать нижнепищеводный сфинктер (НПС). Оценивали закрытие клапана от 1 до 4 в соответствии с длиной клапана и плотностью прилегания к эндоскопу. ГПОД должна измеряться как в верхне-нижнем, так и в боковых измерениях. I, II степени оценивали как норму, III, IV степени определяли как патологию (табл. 4).

Таблица 4. **Эндоскопический метод определения состояния ГЭСК поHill LD и соавт., (1996 г).**

степень	критерии	n = 64
I	складка-створка по малой кривизне желудка, рядом с эндоскопом и плотно охватывает его.	-
II	складка-створка также определяется, но наблюдаются периоды открытия и быстрого закрытия отверстия вокруг эндоскопа.	-

III	складки-створки не было видно и эндоскоп не был обжат тканями – отмечается зияющее отверстие пищевода, ось которого будет не параллельна, а чаще перпендикулярна малой кривизне, со смещением ближе ко дну желудка.	53
IV	складка-створка отсутствует, просвет пищевода постоянно зияет рядом с эндоскопом и находится в самой верхней части желудка, которая, как правило, будет выше контурирующих через стенку желудка ножек диафрагмы.	11

По данным проведенного рентгенологического обследования у 87,5% выявлены грыжи I степени, у 9,5% - II степени, у 3% - гигантские грыжи III-IV степени

Всем пациентам в плановом порядке выполнена лапаротомия, низведение желудка, дорсальная крурорафия и фундопликация по Ниссену. Операции проводились под эндотрахеальным наркозом. После верхне-срединной лапаротомии, ревизии органов брюшной полости и мобилизации левой треугольной связки печени, анестезиологом через ротовую полость в желудок проводился специальный буж №36 (применяемый для бужирования пищевода, получено рац. предложение №2/19-20 от 27 сентября 2019г.). Затем производилась мобилизация в кардиоэзофагеальной зоне, наличие зонда в пищеводе способствовала лучшей ориентации при мобилизации кардиальной части пищевода и предотвращению интраоперационного осложнения как перфорация пищевода. Далее со стороны малого сальника за пищеводом выделялись обе ножки диафрагмы, пищевод брался на держалку (рис. 1). Обе ножки диафрагмы сшивались 2-3 узловыми нерассасывающими швами позади пищевода (рис. 2). В области угла Гиса мобилизовали пищеводно-желудочный переход, и производилась фундопликацию по Ниссену на 360° из дна желудка протяженностью 2,5-3 см на толстом специальном зонде (не менее 35 Fr) с 2-3 швами с обязательным «захватом» - прошиванием стенки пищевода (рис. 3). Данная манипуляция применялась для предотвращения такого осложнения как, миграция антирефлюксной манжетки. Если большую кривизну желудка удерживали спайки или короткие желудочные сосуды, их предварительно рассекали до тех пор, пока проведение желудка позади пищевода не было совершенно свободно. После сшивания стенок желудка производился окончательный осмотр операционного поля, замена специального бужа на назогастральный зонд, дренирование брюшной полости и ушивание послеоперационной раны.

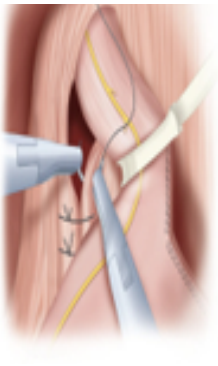


Рис. 1. Схема крурорафии для устранения ГПОД.

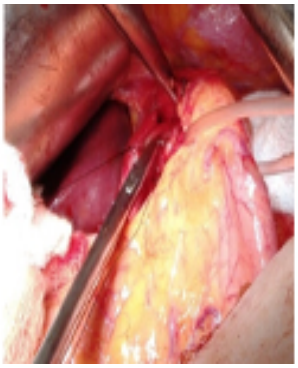


Рис.2. Крурорафия с толстым зондом в пищеводе. Собственное наблюдение.

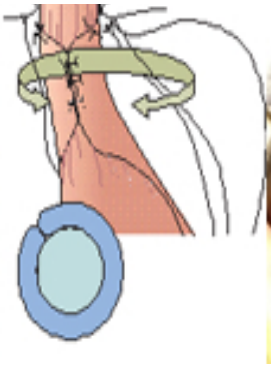


Рис. 3. Схема фундопликации по Ниссену, 360°.

Рис. 4. Завершение фун-допликации по Ниссену. Собственное наблюдение.

Результаты и обсуждение. Применение специального бужа интраоперационно (у 15 пациентов) позволило осуществлять контроль при мобилизации пищевода в кардиоэзофагеальной зоне, дало возможность контроля силы сжатия пищевода при формировании фундопликационной манжеты по Ниссену. Метод предотвращает дисфагию igas-bloat синдром в послеоперационном периоде. Обязательное прошивание – «захват» стенки пищевода при формирование фундопликационной манжеты предотвращает миграцию манжеты в средостение.

Ведение послеоперационного периода проводилось по общепринятым правилам, с ранней активизацией,назогастральный зонд удаляли на 2-3 сутки после операции спереводом на энтеральное питание, дренажи из брюшной полости удаляли на 2-4 сутки после УЗИ контроля, на 8-11 сутки после операции пациенты были выписаны из клиники с улучшением.Летальности не отмечено. Нестойкая проходящая дисфагия наблюдалась у 4(6,2%) пациентов, которое было купирована после ВЭГДС. В результате опроса пациентов через 1 год после вмешательства установлено, что дисфагии у них не наблюдалось.
Отдаленные результаты прослежены у 45 (70,3%) в сроке от 6 месяцев до 4 лет после операции. Результаты расценены как хорошие, все они чувствовали себя удовлетворительно, не отмечали изжогу, регургитацию, боли за грудиной, отрыжку, горечь во рту, дисфагию.
Фундопликация по Ниссену позволяет устранить основную причину ГЭРБ, предотвращаетриск развития рецидива заболевания и длительного приема ИПП. Крурорафия устраняет ГПОД, препятствуя перемещению кардиальной части пищевода, кардии и фундальной части желудка в средостение.
Заключение. Таким образом, фундопликация по Ниссену является эффективным современным методом лечения пациентов с ГЭРБ и ГПОД. Она имеет низкий процент осложнений и хорошие отдаленные результаты. Несмотря на то, что были предложены различные методы лечения ГЭРБ и ГПОД, поиски и внедрение новых этапов лечения являются актуальными и подлежат дальнейшему изучению.

Литература:

1. *J. Janssens Update on pathophysiologi and management of GERD / – Berlin. - 1995. – С. 123.*
2. *И. Г. Пахомова Изжога: современные принципы обследования и лечения пациентов РМЖ. 2015. - № 21. - С. 1249-1252.*
3. *Л.Б. Лазебник / Гастроэзофагеальнаярефлюксная болезнь у пожилых: эпидемиология, клиника, лечение / Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Васнев О.С., Бордин Д.С., Валитова Э.Р., сборник ГЭРБ - 2003. – С.178*
4. *О.Б.Машерук / Экспериментальная и клиническая гастро-энтерология. - 2010. - № 12. - С. 10–16.*
5. *W.A. Wolf , Incidence of esophageal adenocarcinoma and causes of mortality after radiofrequency ablation of Barrett's esophagus. Gastroenterology Pasricha S.J., Cotton C.N., Li N.L., et al. 149:1752–1761.e1. - 2015. - №10. – С. 154-155.*
6. *D.G. Oleynikov / Total fundoplicationis the operation of choice for patients with gastroesophageal reflux and defective peristalsis. SurgEndoscopic. Eubanks T.R., Oelschlager B.K., et al. - 2002. № 16. – С. 909 –1303.*
7. *К. В. Пучков , Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы Пучков К. В., Филимонов В. Б., Медпрактика – М. – 2003. – С. 172*
8. *И.С. Волчкова / Современное состояние проблемы гастроэзо-фагеальной рефлюксной болезни Оспанов О.Б. Медицинская наука и образование Урала. - 2012. - № 1. - С. 171-175.*

УДК 616.348-002.4-053-31

ДИНАМИКА РОСТА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Т.О. Омурбеков, У.Д. Орозоев, В.Н. Порощай, М.Ж. Самсалиев, А.А.Сапарбеков
Кыргызская Государственная Медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье проведен анализ частоты оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита и его осложнённых форм. Применение перчаточного дренажа в комплексном лечении аппендикулярного перитонита улучшает конечные результаты в раннем и позднем послеоперационном периоде у детей.
Ключевые слова: острый аппендикулярный, перитонит, дети.

БАЛДАРДЫН СОКУР ИЧЕГИ ИЛДЕТИНДЕТИНИН ПЕРИТОНИТИНИН ӨСҮҮ ДИНАМИКАСЫ ЖАНА АНЫ ДАРЫЛООДОГУ ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

Т.О. Омурбеков, У.Д. Орозоев, В.Н. Порощай, М.Ж. Самсалиев, А.А. Сапарбеков.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Макалада. Сокур ичегинин курч сезгениши жана анын татаалдашкан формаларын оперативдик кийлигишуулорунун санына анализ жасалган. Аппендикулярдык перитониттерде мээлей дренажын пайдалануу операциядан кийинки мезгилдеги акыркы жыйынтыктарды жакшыртат.
Керектуу создор: Курч аппендикулярдык перитонит, балдар, мээлей дренажы.

DYNAMICS OF GROWTH OF APPENDICULAR PERITONITIS AT CHILDRENAND THE RESULTS OF HIS TREATMENT

T.O. Omurbekov, U.D. Orozoev, V.N. Poroshchi, M.Zh. Samsaliev, A.A. Saparvekov.
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaeva.
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The article analyzes the frequency of surgical interventions for acute appendicitis and complicated forms. The use of glove drainage in the complex treatment of appendicular peritonitis improves end results in the early and late postoperative period in children.
Key words: acute appendicit's, peritonitis, children.

Актуальность. Острый аппендицит у детей – одно из наиболее частых заболеваний, требующих хирургического лечения и занимает первое место среди всех экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости [1,2,3]. Трудности диагностики аппендицита, связанные с особенностями детского организма, часто приводят к деструктивным изменениям червеобразного отростка, перфорации и развитием перитонита[4,15,3]. Аппендикулярный перитонит является основной причиной развития у детей сепсиса и синдрома полиорганной недостаточности [6], летальность при данной патологии в разных возрастных группах составляет в среднем 0,2-2,3%, а у новорожденных достигает 80% случаев [7]. Лечение является достаточно сложной задачей и включает в себя устранение причины вызывающей патологический процесс, улучшение функции органов, снижение послеоперационных осложнений, а также косметический результат. Но, не смотря на значительное улучшение результатов диагностики и лечения аппендицита у детей, послеоперационные осложнения в последние годы сохраняются на уровне 10-15%, и не имеют тенденции к снижению [7,2,8,9], что свидетельствует необходимость дальнейшего изучения вопроса диагностики, лечения и профилактики осложнений аппендикулярного перитонита.
Цель исследования: изучить частоту осложнённых форм аппендицита и результаты лечения детей с аппендикулярным перитонитом.
Материалы и методы исследования. Нами на базе городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Бишкек за период 2014-18гг., наблюдались 3580 детей с острым аппендицитом в возрасте от 1 года до 16 лет, длительность заболевания составляла от нескольких часов до 7 суток. Больным проведено комплексное лечение включавшее: экстренное хирургическое вмешательство в брюшной полости с удалением патологического очага инфекции и интенсивная терапия. Осложнённые формы аппендицита выявлены у 627(17,5%) пациентов. Всем больным проводились общепринятые методы обследования: общий анализ крови, мочи; УЗИ органов брюшной полости, почек; Обзорная рентгенография брюшной полости, грудной клетки, и биохимические анализы крови по показаниям. Частота оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита и осложнённых форм, представлена на рисунке 1.

Как видно из рис. 1, за последние годы, отмечается увеличение хирургических вмешательств у детей по поводу острого аппендицита и незначительное снижение его осложнённых форм. Это, видимо, связано с увеличением детского населения, ранней диагностикой и своевременным обращением пациентов в специализированные медицинские учреждения.

Рис. 1. Динамика роста оперативных вмешательств и осложнённых форм аппендицита у детей.

Результаты и их обсуждение. Во время обследования пациентов выявлены сопутствующие заболевания у 268 (7,5%) ОРВИ, у 106 (2,9%) ДЖВП, у 48 (1,3%) пневмония, 22 (0,6%) мочекаменная болезнь, 12 (0,3%) врождённые пороки развития мочевыделительной системы, что требовало проведения дополнительных методов исследования с целью дифференциальной диагностики. Всем больным аппендэктомия выполнялась по классической методике, открытым способом из доступа по Волковичу-Дьяконову. Вопрос оперативного доступа связан с оснащённостью больницы и наличием сертифицированных кадров [4]. Основными критериями в рамках классификации острого аппендицита мы рассматривали клинико-морфологические изменения червеобразного отростка и осложнения связанные с распространением гнойного экссудата с учётом деления брюшной полости на анатомические области. Структура морфологических изменений червеобразного отростка и осложнённых форм аппендицита представлена в таблице 1.

Таблица 1- Деструктивные и осложнённые формы острого аппендицита у детей

Деструктивные формы аппендицита		Осложнённые формы			
		Перитонит		Абсцедирующая	
Флегмонозный	26 (4,1%)	Местный	132 (21%)	Периаппендикулярный абсцесс	72 (11,5%)
Гангренозный	49 (7,8%)	Разлитой	176 (28,1%)	Аппендикулярный инфильтрат	16 (2,5%)
Гангренозно-перфоративный	552 (88,1%)				
		Диффузный	319 (50,9%)		

Как видно из таблицы 1, в наших наблюдениях наиболее часто из деструктивных форм аппендицита у детей, выявлялась гангренозно-перфоративная, осложнённая диффузным или разлитым перитонитом, при этом тифлит отмечен у 195 (31,1%), оментит у 165 (26,3%), илеит у 36 (5,7%) пациентов. Во многом, характер и тяжесть изменений зависят от выраженности микробной агрессии и их ассоциаций [1,7]. В наших наблюдениях микрофлора брюшной полости была представлена ассоциациями кишечной палочки (19,8%) с кокковой флорой (49,3%) и другими штаммами (30,9%) представляющие

условно-патогенную флору, колонизирующуюся в кишечнике. Повышение вирулентности и антибиотикорезистентность штаммов зачастую затрудняет проведение антибактериальной терапии, что может привести к развитию сепсиса [2,8,10]. Данные исследования учитывались при проведении лечения пациентов с осложнёнными формами аппендицита. Многообразие патологических процессов при аппендикулярном перитоните требует комплексного подхода в лечении данной категории больных, направленное на устранение источника инфекции, рациональная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, коррекция нарушений гомеостаза. Лечение пациента начинали по установлению диагноза с предоперационной подготовки, направленной на коррекцию водно-электролитных нарушений и внутривенным введением антибиотиков за 30 минут до операции. В качестве стартовой терапии использовали цефалоспоринов II, III поколения, что позволяло эффективно воздействовать на многие аэробные и анаэробные микроорганизмы и могло использоваться в качестве монотерапии. При необходимости применялась комбинированная терапия с метронидазолом и аминогликазидами. Основным звеном в лечении аппендикулярного перитонита - является своевременное хирургическое вмешательство, направленное на санацию очага инфекции. Мы придерживаемся отработанной за многие годы методики, которая зависит от формы перитонита и включает в себя: лапаротомию, эвакуацию экссудата, устранение источника инфекции, санацию и дренирование брюшной полости. Устранение источника инфекции и тщательная санация брюшной полости путём аспирации гнойного выпота без промывания [2] и установления перчаточного дренажа во многом определяет эффективность и благоприятное течение послеоперационного периода. На сегодняшний момент много вопросов и обсуждений о наиболее эффективном дренировании брюшной полости для обеспечения адекватной эвакуации содержимого. Но дренирование брюшной полости при перитоните, должно проводиться по строгим показаниям. Предлагается множество вариантов и материалов для осуществления поставленных вопросов – применение марлевых тампонов, «сигарных», полихлорвиниловых или силиконовых трубок, резиновых выпускников, коллагена, лизосорбента, декстраны, углеродных сорбентов и другими материалами [3,11,13]. Но пассивное дренирование брюшной полости не обеспечивает адекватного оттока экссудата, а дренажные трубки теряют проходимость в 80% случаев в первые сутки после операции [2], что приводит к неполной санации источника перитонита [4,15]. Нами в послеоперационном периоде при аппендикулярном перитоните для адекватного оттока экссудата из брюшной полости используется перчаточный дренаж, который подводится к ложу червеобразного отростка (не закручивая) и выводится наружу. Послойные швы на рану, отсроченные на кожу. Суть дренирования заключается в том, что на следующий день после операции проводится прокручивание дренажа по часовой стрелке в три оборота, таким образом, создавая своеобразный насос (активный дренаж), а повышение давления в брюшной полости, формирует условия для полноценного оттока содержимого. Сроки дренирования колебались от 4 до 6 суток, при этой методике дренирования значительно сократились случаи ранней и поздней спаечной непроходимости и формирования внутрибрюшного абсцесса. Смену антибиотика проводили при развитии послеоперационных осложнений и неэффективности проводимой антибактериальной терапии. Полноценное обеспечение питательными ингредиентами необходимый элемент в лечении аппендикулярного перитонита. Энтеральное кормление назначали через 6-8 часов после операции в зависимости от функции желудочно-кишечного тракта, а парентеральное питание сразу после операции. Проведение интенсивной терапии включало, улучшение реологии крови, микроциркуляции, моторики кишечника, профилактику и коррекцию иммунодефицита. В обязательном порядке после стихания острого процесса в брюшной полости назначали специфическую противовоспалительную терапию 2-3-х недельным курсом, с целью профилактики спаечной кишечной непроходимости.

Таким образом, за последние годы отмечается увеличение активности оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита у детей, но наряду с этим его осложнённые формы имеют тенденцию к снижению.

Комплексное лечение аппендикулярного перитонита с применением перчаточного дренажа брюшной полости, позволило улучшить течение послеоперационного периода и уменьшить число осложнений, связанных с формированием абсцесса и спаечной непроходимостью до 3,8%.

Литература.

1. *Гельфанд Б.Р. Абдоминальный сепсис /Б.Р.Гельфанд, М.И.Филимонов, С.З.Бурневич //Русский медицинский журнал. – 1999. – 5/7. – 6 с.*
2. *Гостищев В.К. Антибактериальная профилактика инфекционных осложнений в хирургии/ В.К. Гостищев// Методические рекомендации. Изд. При поддержке Glaxo Wellcjme – 2001. – 8р*
3. *Prince M.R., Haase G.M., Sartorelli K.H. et al. lervstive man cons Recurrent appendicitis after intia Gement of appendiceal abscess, J. Pediatr. Surg. 1996. Voi. 31. No. 2. P. 291 – 294.*
4. *Долецкий С.Я. Осложнённый аппендицит у детей. / С. Я. Долецкий, В. Е. Щитинина, А. В. Арапова. – М.: Медицина, 1982. 96с.*
5. *Макоха Н.С. Открытый метод лечения разлитого перитонита гнойного перитонита / Н.С. Макоха. – М.: Медицина, 1967. 45с.*
6. *Карасёва О.В. Лечение аппендикулярного перитонита у детей/ О.В.Карасёва, Л. М. Рошаль, А.Б. Брянцев [и др.] // Детская хирургия. – 2007. - №3. – С. 23-27.*
7. *Гисак С.Н. Современные причины поздней диагностики острого аппендицита у детей / С. Н. Гисак // Детская хирургия. – 2017. – Т 21, №4. –С.-123.*
8. *Диагностика и лечение острого аппендицита и аппендикулярного перитонита у детей / К.Т. Турсунов, А.К. Ормантаев, Д.Б. Рузиддинов [и др.] // Российский вестник детской хирургии и анестезиологии.-2014.-Т. 4, №2. – С. 37-40.*
9. *Этапная диагностика и лечебная тактика при хирургических заболеваниях детского возраста /В. Ф. Доронин, Ю. М. Вереютин, С. В. Минаев [и др]: Учебно-методическое пособие. – Ставрополь: Изд. СтГМА, 2003. – 131 с.*
10. *Тараканов В.А. Принципы комплексного лечения детей раннего возраста с гнойно-септическими заболеваниями / В.А. Тараканов, И.В. Нестеров, А.Н. Луняка // Детская хирургия. – 1998. - №2. – С. 15-18.*
11. *Генералов А.И. О дренировании брюшной полости у детей при аппендикулярном перитоните. Вопросы охраны материнства и детства. 1977; 12: 16-22.*
12. *Mikulicz G. Uber die Anwenduhg der Antisepsis bie Laparotomien, mit besonderer Rucksicht auf die Drainage der Poritonealhole / G.Mikulicz // Arch. Klin. Chir. – 1881. – Bd. 26. - №1. – S. 111-150.*
13. *Брожик В.Н. Оптимизация комплексного лечения местного перитонита аппендикулярного генеза у детей// Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук, Донецк, 2001. 27 с.*
14. *Буянов В.М. Комплексное лечение острого разлитого перитонита /В.М. Буянов, Т.И. Ахметели, Н.Б. Ломидзе //Хирургия. 1997. -№8. – С. 4-8.*

УДК 616.348-002.4-053.31

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Омурбеков Т.О., Самсалиев А.Ж., Передереев Р.А.
Кафедра детской хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева,
(заведующий кафедрой д.м.н., профессор Омурбеков Т.О.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Оценивается с позиции современных подходов в медицине одно из наиболее тяжелых заболеваний у новорожденных – некротический энтероколит. Показаны особенности патогенеза и микробиологических результатов у новорожденных. В деталях описана клиническая картина некротического энтероколита, разобраны клинические стадии процесса. Выделено, что выбор врачебной тактики зависит от тяжести состояния ребенка и стадии процесса. Операцией выбора является наложение декомпрессивных кишечных стом, за счет чего снижается риск развития послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: некротический энтероколит, некрозы кишечника, заболевания кишечника у новорожденных.

НЕКРОТИКАЛЫК ЭНТЕРОКОЛИТИ ЖАНЫ ТӨРӨЛГӨН ЫМЫРКАЙЛАДЫН ӨЗГӨЧО ООРУАРЫН ЖАНА АЛГОРИТМИН ДИАГНОСТИКАЛОО ЖАНА ДАРЫЛОО

Омурбеков Т.О., Самсалиев А.Ж., Передереев Р.А.
Балдар хирургиялык И.К. Ахунбаев атындагы КММА кафедрасы,
(кафедра башчысы, д.м.н., профессор Омурбеков Т.О.)
г. Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Азыркы заманбап ыкмалардын көз карашы менен баа бергенде, эр оор орулардын бири болуп, ымыркайлардын эн оор оорулардын бири – некротикалык энтероколити саналат. Бул жерде ымыркайлардын патогенези жана микробиологиялык натыйжалардын өзгөчөлүктөрү корсотулгон. Некротикалык энтероколит клиникалык жагы, майда-чүйдөсүнө чейин жазылган, клиникалык жагы оздоштурулгон.Дарыгердин дарылоо ыкмасы, ымыркайдын оор аквалына жана азыркы стадиясына жараша болот. Операция жасоодо озгочо болуп, декомпрессиялык ичеги стома киргизүү бул тандоо ыкмасы аркылуу, кейин балада операциядан кийинки коркунучун азайтуу.
Негизи сөздөр: некротикалык энтероколити, ичеги некроз, ымыркайлардын ичеги оорулары

FEATURES OF THE COURSE AND ALGORITHM FOR DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF NECROTIC ENTEROCOLITIS IN NEWBORNS

Omurbekov T.O., Samsaliev A.Zh., Peredereev R.A.
Department of Pediatric Surgery, KSMA I.K.Akhunbaeva,
(Head of the Department, Ph.D., Prof. Omurbekov T.O.),
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. Evaluated from the perspective of modern approaches in medicine, one of the most severe condition in newborns - is necrotic enterocolitis. The features of pathogenesis and microbiological results in newborns has been demonstrated. The clinical picture of necrotic enterocolitis is described in detail, the clinical stages of the process are analyzed. It was emphasized that the choice of medical tactics depends on the severity of the child's condition and the stage of the process. The operation of choice is the imposition of decompressive intestinal stomas, thereby reducing the risk of postoperative complications.
Keywords: necrotic enterocolitis, intestinal necrosis, intestinal diseases in newborns

Введение. Некротизирующий энтероколит(НЭК) тяжелое и опасное заболевание кишечника детей первой недели жизни , возникающее в результате перенесенной острой гипоксии ,приводящее к некрозу и перфорации стенки кишки в 8-11% случаев, с развитием перитонита сопровождающаяся высокой летальностью до 40%у недоношенных детей. [1,2] Важную роль при этом заболевании играет генетический и микробный фактор, как аэробные и анаэробные бактерии, вирусы, часто - Kl.pneumonia, E.coli, Clostridium, коагулазонегативный стафилококк, Streptococcus и грибы рода Candida. [3]
Язвенно-некротический энтероколит в большинстве случаев развивается у недоношенных детей на фоне снижения барьерной функции кишечника с высокой концентрацией патогенной микрофлоры. [4] При этом может развиться гипоксическое повреждение кишечника, причинами которого могут быть внутриутробная инфекция, патология плаценты или пуповины, сопутствующие пороки сердечно-сосудистой системы. Вследствие повреждения слизистой кишечника, незрелости механизмов защиты наблюдается избыточный рост грамотрицательной кишечной флоры, которые проникают в мезентеральные лимфоузлы и системный кровоток в результате чего воспалительные изменения происходят преимущественно в терминальном отделе подвздошной кишки и восходящей части поперечно-ободочной кишки вплоть до поражения всего кишечника. [5]
Как правило, состояние пациента нормализуется после своевременной диагностики и лечения. Однако возможно стремительное течение язвенно-некротического энтероколита, особенно при наличии предрасполагающих факторов или глубокой недоношенности ребенка. Смертность, по разным данным, составляет от 10 до 40%. Кроме того, если проводилась операция, и резецированный участок был достаточно обширным, развивается синдром «короткой кишки», которое значительно снижает качество

жизни ребенка, а часто – и ее продолжительность, поскольку усвоение пищи значительно и необратимо ухудшается. [6,7]

Материалы и методы исследования.

В клинику ГДКБСМП г. Бишкек в отделение патологии новорожденных с 2015 по 2019 год поступило 46 детей с некротически-язвенным энтероколитом, из них 14 (30 %) недоношенных. У 40 (87%) болезнь развивалась в первые две недели жизни, однако у 6 (13 %) новорожденных симптомы возникли сразу после рождения. У 14(30%) новорожденных обнаружена гипоксия во время родов, из-за длительного безводного периода, у 18(39%) новорожденных обнаружена внутриутробная инфекция, у 14(30%) недоношенность, которые могли предрасполагать к развитию данного заболевания.

Из 46 новорожденных в 1и 2 стадии заболевания поступило 28 новорожденных, что составило 60,9% случаев. В 3 стадии заболевания поступили 14 новорожденных -30,4%.

С четвертой стадией перитонита доставлены 4(8,7%) новорожденных в крайне тяжелом состоянии, с проявлениями перитонеального шока, олиго-и анурией и развитием ДВС-синдрома. В анализе крови определялись лейко- и тромбоцитопения, сдвиг формулы крови влево, выраженный ацидоз, признаки сепсиса. Живот резко вздут, болезненный, отмечались отек и гиперемия передней брюшной стенки и наружных половых органов, рвота застойным содержимым, явления пареза кишечника с выбуханием в эпигастральной области и исчезновением печеночной тупости при перкуссии, аускультативно перистальтика кишечника отсутствовала, задержка стула с выделением крови из прямой кишки. Рентгенологически выражены признаки непроходимости кишечника, распространенный пневматоз кишечной стенки, большое количество свободной жидкости в полости малого таза и в латеральных каналах, признаки пневмоперитонеума, определялся симптом «серпа». Эхографически визуализировалось значительное количество гетерогенной жидкости в брюшной полости характерного для гнойно-калового выпота. Перистальтические волны отсутствовали.

У 3х из этих доношенных новорожденных с крупным весом диагностировано молниеносное течение заболевания, дети поступали в агональном состоянии, закончившийся летальным исходом в течении первых суток что составило 6,5%.

В рисунке ниже представлены результаты бак. посевов. Обнаружена большая высеваемость Staphylococcus и Streptococcus, которые наиболее чувствительны к группе цефалоспоринов («Цефтриаксону», «Цефотаксиму»), аминогликозидов («Гентамицину», «Амикацину»), группе фторхинолонов («Ципрофлоксацину»), группе трициклических гликопептидов («Ванкомицину»), группе карбопенемов «Меропенему» и «Имипенему», а меньшая чувствительность часто применяемому «Ампициллину» (всего 5 случаев)

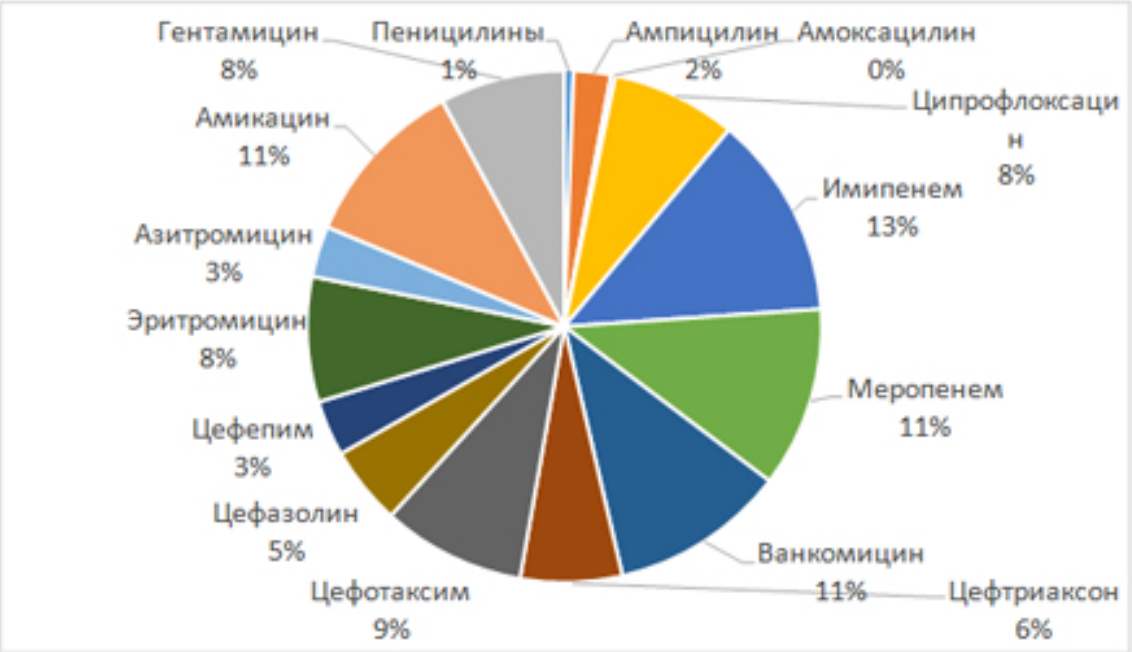


Рис.1. Результаты бактериологических посевов у новорожденных с НЭК.

Результаты.

Всем детям, поступившим при 1,2 и 3 стадии проведена консервативная терапия, основанная на результатах бактериологических исследований с благоприятным исходом заболевания.

Одному ребенку с IV стадией была произведена экстренная операция после предоперационной подготовки в течении 3 ч. с коррекцией функций жизненно важных органов. Операция была выполнена из срединного доступа. После ревизии органов брюшной полости произведена резекция измененного участка кишки с созданием двойной энтеростомы которая закрыта через 2 месяца, послеоперационный период протекал без осложнений, больной выздоровел.

Выводы:

1. Некротизирующий энтероколит тяжелое и опасное заболевание кишечника детей первой недели жизни, приводящее к некрозу и перфо- рации стенки кишки с развитием перитонита сопровождающаяся высокой летальностью до 40% у недоношенных детей.
2. Язвенно-некротический энтероколит в большинстве случаев развивается у недоношенных детей на фоне снижения барьерной функции кишечника. с высокой концентрацией патогенной микрофлоры.
3. Соблюдение алгоритма диагностических и лечебных действий при подозрении на некротизирующий энтероколит, позволяет эффективно произвести лечение данной патологии новорожденных.
4. На этапе хирургического стационара учитывая результаты бактериологических исследований оправдана тактика применения деэскалационной терапии антибактериальных препаратов.

Литература:

1. *Ашкрафт К.У. Холдер Т.М. Детская хирургия – СПб, 1997.Т2, с93-98*
2. *И.Ю. Карпова «Некротический энтероколит у новорожденных: клиника, диагностика и лечение» -лекции, современные технологии в медицине, 2012, №1, с138-142*
3. *Neonatal Guidelines 2013-15, NEC 2 April 2014*
4. *Хамраев А.Ж, Каримов И.М. и соавт. «Тактика и лечение новорожденных с некротическим энтероколитом» - Абдоминальная хирургия, Российский вестник 2014, т4, №1, с 54-55*
5. *Красовская Т.В., Кобзева Т.Н. Хирургия новорожденных: диагностика и интенсивная терапия, М., издатель Мокеев, 2003г*
6. *Evidence Search, Necrotising Enterocolitis, Patient UK, 17 November 2011*
7. *Necrotizing Enterocolitis Risk: State of the Science Sheila M. Gephart RN, BSNJacqueline M. McGrath PhD, RN-Judith A. Effken PhD, RNMelissa D. Halpern PhDLinda Ikuta Advances in Neonatal Care April 2012 Volume 12 Number 2 Pages 77 – 87*

УДК 617.53:616-089

ФИБРООПТИЧЕСКАЯ ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ШЕИ

Толбашиева Г.У., Сабиркулов У.А., Эсенова А.К., Муратбекова К.М., Джумабекова Н.Д.
Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева
Кафедра Анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии до- и последипломного обучения, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье представлена оценка результатов лечения флегмоны шеи. В Национальном госпитале в отделении челюстно- лицевой хирургии Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики с 2016 по 2019 год была оказана медицинская помощь 15 пациентам с флегмоной шеи. Во время интубации и после ее проведения специфических осложнений, связанных с фиброоптической интубацией трахеи не отмечено. Летальных случаев не было. Все больные после проведенной манипуляции чувствовали себя удовлетворительно.

Ключевые слова: фибробронхоскопия, интубация трахеи, трахеостомия, флегмона шеи.

МОЮН ФЛЕГМОНАДАГЫ ФИБРООПТИКАЛЫК ИНТУБАЦИЯ

Толбашиева Г.У., Сабиркулов У.А., Эсенова А.К., Муратбекова К.М., Жумабекова Н.Д.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Анестезиология, реанимация жана интенсивдуу дарылоо
дипломго чейинки жана андан кийинки билим кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада, моюн флегмонасын даарылоодо жыйынтыктар корсотулгон. 2016-жылдан баштап 2019 жылга чеийн Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги Улуттук оорукана бет-жаак болумундо, моюн флегмонасы менен 15 бейтаптарга жардам корсотулгон. Интубация учурунда жана интубациядан кийин фиброоптикалык интубация менен байланыштуу озгочолук оорлошуулар байкалган эмес. Олум учурлар болгон эмес. Баардык бейтаптар жасалган манипуляциядан кийин оздорун канатандыраарлык сезишкен.

FIBEROPTIC TRACHEA INTUBATION WITH NECK FLEGMONA

G.U. Tolbashieva, U.A. Sabirkulov, A.K. Esenova, K.M. Muratbekova, N.D. Djumabekova
I.K. Akchunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department of Anesthesiology and Intensive Care before and after clinical training
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: This article presents an assessment of the results of treatment of neck phlegmon. From 2016 to 1019, the national hospital of maxillofacial surgery of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic provided medical care to about 15 patients with neck phlegmon. During intubation and after the operation specific complications associated with fiberoptic intubation of the trachea is not marked. There were no fatalities. All patients felt satisfactory after the manipulation.
Key words: fiberoptic bronchoscopy, intubation, tracheostomy, flegmona of the neck.

Актуальность. Проблема обеспечения проходимости верхних дыхательных путей и поддержания адекватного газообмена всегда актуальна. От правильного и своевременного предупреждения или устранения критической гипоксии напрямую зависит качество и конечный результат оказания медицинской помощи пациентам в критических состояниях. В последние годы интубация с помощью фибробронхоскопа пациентам, находящегося в сознании, стала «золотым стандартом» в ситуациях, когда трудная интубация предвидели заранее .

Цель исследования.

- Провести анализ эффективности фиброоптической интубации трахеи у больных с флегмоной шеи.
- Изучить состояние пациентов после проведенной техники

Материалы и методы исследования. На основе ретроспективного анализа, который проводился в отделении челюстно- лицевой хирургии на базе Национального госпиталя Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики, с 2016 по 2019 год, всего поступило около 15 пациентов.

Результаты. Проведено сопоставление эффективности различных методов интубации трахеи, традиционно применяемых в челюстно- лицевой практике, с оценкой их достоинств и недостатков применительно к специфике выполняемых операций. Тот факт, что подавляющее большинство манипуляций производится не фиброоптической интубацией, а путем трахеостомии. Последняя в свою очередь имеет ряд осложнений в послеоперационном периоде. Осложнения трахеостомии могут быть как и в интраоперационном, так и в раннем и позднем послеоперационном периоде. К наиболее серьезным осложнениям относятся: повреждение сосудов шеи, распространение инфекционно- воспалительного процесса, рассечение полуколец трахеи и повреждению возвратного гортанного нерва, приводящие к инвалидизации человека. Поэтому данные обстоятельства служат основанием замене на более щадящий и безопасный метод. Фиброоптическая интубация трахеи как раз-таки является тем самым «золотым стандартом» ведения пациентов с трудной интубацией. В случаях индивидуальных анатомических особенностей человека, прямая ларингоскопия невозможна и в этих случаях наиболее безопасный и эффективный метод - фиброоптическая интубации трахеи. Но в силу дороговизны и потребности ане-

стезиолога-реаниматолога с навыками в бронхоскопии или отдельного бронхоскописта в операционном блоке, метод используется редко.

Методика фиброоптической интубации трахеи.

1. Согласие. Перед процедурой необходимо спокойное и неторопливо объяснить. «Будет не болезненно, а слегка некомфортно». Получить устное согласие.

2. Преоксигенация. В течение 5 мин проводится ингаляция 8 л/мин кислорода через маску наркозно-дыхательного аппарата.

– До начала анестезии для предотвращения носового кровотечения, уменьшения секреции и увеличения их проходимости в оба носовых хода вводятся сосудосуживающие капли.

3. Премедикация. Для обеспечения психоэмоционального комфорта при манипуляции, уменьшения бронхиальной секреции и саливации, облегчения действия местного анестетика, лучшей визуализации анатомических ориентиров и достижения седации в сознании проводится премедикация внутривенно (фентанил 0,1 мг + атропин 500 мкг + сибазон 5 мг).

Местная анестезия носовых ходов, корня языка и задней стенки глотки 1 дозой спрея 10 % раствора лидокаина по общепринятой методике.

4. Этап интубации трахеи под контролем фибробронхоскопии. После достижения анестезии эндотрахеальная трубка с надувной манжетой вводится через более проходимый нижний носовой ход в ротоглотку.

– Затем дистальная часть фибробронхоскопа, предварительно обработанная гелем (например, Медиагель, Гельтек-Медика), вводится через просвет эндотрахеальной трубки в ротоглотку. Визуально определяют вход в гортань, надгортанник и голосовые связки.

– Анестезия «орошением по мере продвижения» болюсным введением 1–2 мл 2 % лидокаина по биопсийному каналу фибробронхоскопа на голосовые складки дробно 4 мл 2 % лидокаина, 1 мл в трахею и 1 мл на карину бифуркации трахеи (максимальная доза лидокаина не должна превышать 4 мг/кг). После каждой анестезии следует подождать 30 секунд и затем продвигать фибробронхоскоп, если голосовые связки реагируют, нужно повторить анестезию. При наступившем медикаментозном парезе голосовых складок просвет голосовой щели становится широким, создаётся возможность для проведения фибробронхоскопа и дыхания пациента. Диаметр 6,0 мм устраняет возможность ларингоспазма.

– ФБС продвигается плавно, медленно, под постоянным визуальным контролем анатомических ориентиров через окуляр, в нижнюю треть трахеи, не доходя до карины на 1–2 см. Катетер удаляется, при необходимости выполняется санация трахеобронхиального дерева.

– Эндотрахеальная трубка по фибробронхоскопу под контролем продвигается в нижнюю треть трахеи.

– Фибробронхоскоп удаляется плавно, под постоянным визуальным контролем через окуляр.

– Эндотрахеальная трубка присоединяется к дыхательному контуру.

Вывод: Таким образом, мы пришли к выводу, о необходимости шире осваивать и внедрять фиброскопическую технику при предполагаемой трудной интубации у пациентов с флегмоной шеи. Поэтому данные обстоятельства служат основанием для дальнейшего обоснования опыта использования фиброоптической интубации трахеи для анестезиологического обеспечения операций.

Литература:

1. *Вильсон И. Х., Копф А. Прогноз и тактика при трудной интубации трахеи // Медицина неотложных состояний. 2009. № 3–4 (22–23);*
2. *А.В. Миронов, В.Х. Тимербаев «Фиброоптическая интубация трахеи»*
3. *П.Ю. Столяренко, Е.В. Насырова. «Фиброоптическая назотрахеальная интубация трахеи в сознании при сложных ситуациях в челюстно-лицевой хирургии».*
4. *Методика интубации трахеи при помощи фиброскопа. Учебный фильм. 6.02.2012; [Электронный ресурс]. URL: http://www.youtube. com/watch?v=ZwRAkCsGxcY*
5. *1. Голубь И.В. «Анестезиологическое обеспечение операций при флегмонах челюстно-лицевой области»*

УДК 616.24-00-89

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Г.У. Толбашиева, Ж.К. Касымбеков, А.О. Зибирова, У.П. Саттарова, А.Т. Базарбаева, А.К. Абжалилова
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
Кафедра Анестезиологии и интенсивной терапии до- и последипломного обучения,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье предоставлен анализ анестезиологического пособия у 52 больных с диагнозом «буллезная болезнь легких».
Ключевые слова: буллезная болезнь легких, анестезиология

ӨПКӨНҮН БУЛЛА ОРУУСУНДА АНЕСТЕЗИОЛОГИЯЛЫК КОЛДОНМОЛОРДУН ЭФФЕКТИВДҮҮЛГҮ

Г.У. Толбашиева, Ж.К. Касымбеков, А.О. Зибирова, У.П. Саттарова, А.Т. Базарбаева, А.К. Абжалилова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.)
Анестезиология жана интенсивдуу дарылоо дипломго чейинки жана
дипломдон кийинки билим кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: бул макалада «өпкөнүн булла оорусу» менен ооруган 52 бейтаптын анестезиологиялык колдонмосу көрсөтүлдү.
Ачкыч сөздөр: өпкөнүн булла оорусу, анестезиология

EFFECT OF ANESTHESIOLOGICAL SUPPORT USED ON BULLOUS LUNG DISEASE

G.U. Tolbashieva, Zh.K. Kasymbekov, A.O. Zibirova, U.P. Sattarova, A.T. Bazarbaeva, A.K. Abzhalilova
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Anesthesiology and Intensive care under and post graduate education,
Bishkek city, Kyrgyz Republic

Summary: in this article presents an analysis of anesthesiological support of 52 patient with diagnosis of bullous lung disease.
Key words: bullous lung disease, anesthesiology

Актуальность: Буллезной болезнь легких называют заболевание дыхательной системы, при котором происходит сильное растяжение альвеол. В результате этого разрушаются их стенки, и происходит образование булл, в которых скапливается воздух. Буллезной болезнью болеют 5% населения всего мира (1). В Кыргызстане количество больных с буллезной болезнью легких увеличилось в 4 раза по сравнению с 2014 годом (2). Наиболее частым фактором развития является пассивное и активное курение, загрязненность атмосферного воздуха, легочные инфекции. Кроме того существуют ряд не до конца выясненных теорий возникновения такие, как генетическая, ферментативная, обструктивная, механическая, инфекционная, сосудистая.

Цель исследования. Изучить эффективность анестезиологических пособий при торакотомии с иссечением и ушиванием булл; Провести статистическое исследование по половым, возрастным и географическим фактором влияющие на формирование данного заболевания. Определить и сопоставить количе-

ство рецидивов к анестезиологическому пособию, при применение какого вводного наркоза возникает в большем случаи рецедивов.

Материалы исследования. Были изучены архивные материалы и истории болезни пациентов с диагнозом «буллезная болезнь легких» по данным Национального госпиталя Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики за 2015-2019 годы.

Методы исследования. Ретроспективный анализ, описательно-оценочный, статистический.

Результаты исследования.

Проведено исследование 52 больных находящихся на лечении в отделении торакальной хирургии Национального госпиталя Министерства Здравоохранении Кыргызской Республики в период с 2015 по 2019 года с клиническим диагнозом: «Буллезная болезнь легких»». Из 52 больных мужчин было 37 (73%), женщин 15(27%). Возраст их колебался от 19 до 71 лет, большинство из них были в наиболее трудоспособном возрасте от 19 до 51 лет. Практические все являлись либо активными курильщиками со стажем более 5 лет, либо очень часто подвергались воздействию табачного дыма. Если опираться на географические данные то наиболее подвержены к данному заболеванию люди проживающие в Чуйской области, это связано с повышенным уровнем загрязнения атмосферного воздуха, вследствие наличие огромного количества промышленных объектов, большого количества машин и скученности населения. Загрязнение атмосферного воздуха изменяют ткань легкого , что приводит к формированию буллы.

Из 52 больных 30 людям было проведено оперативное вмешательство: торокотомия с ушиванием булл. При проведение анестезиологического пособия у разных больных были использованы разные препараты во время вводного наркоза и поддерживающей общей анестезии. Из них в большинство случиях были использованы раствор Пропофола 1% . Данный препарат обеспечивает быстрое пробуждение вследствие быстрого распределение и кратковременного полувыведения и минимальную частоту развития послеоперационных побочных эффектов(3,4). Пропофол лишен обезбаливающих свойств поэтому как правило его комбинируют с опиоидными анальгетиками в качестве которого использовался 0,005% раствор Фентонила. Сочетанние действие этих препаратов позволяет провести необходимое анестезиологическое пособие. В остальных случаях были использованы другие анестезиологические препараты, такие как сомнопол, морфин и другие.

Выводы.

1. Встречаемость буллезной болезни за последние 5 лет увеличилось 4 раза, и в большинство случаях болели мужчины, это связано с активным и пассивным курением, так же загрязнением атмосферного воздуха.
2. Наиболее больше использованный анестезиологический препарат был пропофол, позволило снизить риск развития отдаленных реакций и осложнений у больных с диагнозом буллезная болезнь легких.
3. При операции буллезной болезни легких анестезиологические препараты дали хорошую эффективность, особенно можно отметить препарата пропофол, при использовании анестезиологических препаратов летальные исходы во время операции не наблюдалось.

Литература:

1. *Bullous Emphysema/ Siddigui N.A., Nookala V.//11.11.2019*
2. *Анализ анестезиологического пособия при буллезной болезни легких осложненным спонтанным пневмотораксом/ ., Г.У.Толбашиева, Ж.А.Чынгышова, А.Т.Осмонова // -2019. -№2-. С. 20-21.*

3. *Анализ анестезиологических пособия при буллезной болезни легких, осложненной спонтанным пневмотораксом// Г.У.Толбашиева,Ж.А.Чынгышова, А.Т.Осмонова, А.А.Аликжанов/ -2019 г.*
4. *Виктория Гунгер «В Кыргыстане увеличивается количество тяжелых заболеваний легких» // «Вечерний Бишкек» // 07.08.2019 г.*
5. *Этиология и патогенез буллезной эмфиземы легких Высоцкий А.Г., //Моногарова Н.Е., Пацкань И.И., Ярошенко О.В., Гринцов Г.А.// Вестник Украинской Медицинской Академии // Том 7*

ОСОБЕННОСТИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ОТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕСТНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

К.Т. Туратбекова, Максут у. Э., Э.Б. Исаев
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель. Представить результаты бактериологического исследования экссудата брюшной полости при остром аппендиците, осложненным местным перитонитом. Обследовано 70 больных, установлен характер микрофлоры и ее чувствительность к антибиотикам.
Ключевые слова: острый аппендицит, местный перитонит, интраабдоминальная инфекция, лечение.

ЖЕРГИЛИКТҮҮ ПЕРИТОНИТ МЕНЕН ООРЛОШКОН КУРЧ АППЕНДИЦИТ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН ИНТРААБДОМИНАЛДЫК ИНФЕКЦИЯЛАРДЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

К.Т. Туратбекова, Максут у. Э., Э.Б. Исаев
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Жалпы практикадагы хирургия кафедрасы жана комбусиология курсу
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Максаты. Жергиликтүү перитонит менен оорлошкон курч аппендицитте ич көңдөйүнүн экссудатынын бактериологиялык изилдөөлөрүнүн натыйжаларын сунуштоо. 70 бейтап каралып, микрофлоранын белгилери жана алардын антибиотиктерге карата сезгичтиги орнотулган.
Негизги сөздөр: курч аппендицит, жергиликтүү перитонит, интраабдоминалдык инфекция, дарылоо.

FEATURESOF INTRAABDOMINAL INFEKTIONS IN PATIENTS WITH ACUTE APPENDICITIS COMPLICATED BY LOCAL PERITONITIS

K.T. Turatbekova, Macsut uulu E., E.B. Isaev
Kyrgyz State Medical Academy named after. I. K. Akhunbaev
Department of General Practice Surgery with Combustiology Course
Bishkek,the Kyrgyz Republic

Resume. Objective. Present the results of a bacteriological study of abdominal exudate in acute appendicitis complicated by local peritonitis. 70 patients were examined, the nature of microflora and its sensitivity to antibiotics were established.
Keywords: acute appendicitis, local peritonitis, intraabdominal infection, treatment.

Введение. Интраабдоминальная инфекция является актуальной и до конца нерешенной проблемой современной хирургии, она играет роль в изменении микробного пейзажа, в том числе и при остром аппендиците.

В последние годы многие исследователи отмечают увеличение числа больных, поступающих в стационар с деструктивными формами, нередко осложненных местным или общим перитонитом [1,2].

Развитие воспалительного процесса в брюшной полости имеет свои особенности в силу морфофункционального строения брюшины, обладающей повышенной проницаемостью внутрибрюшного содержимого, которое быстро оказывается в циркулирующей лимфе и крови. Нарушение регионарного брыжеечного лимфо- и кровотока при перитоните также отрицательно влияет на функцию автономных нервных сплетений, обеспечивающих моторную функцию кишечника, что ведет к развитию синдрома внутрибрюшной гипертензии [3,4]. Локальный процесс воспаления брюшины при этом становится не только распространенным, но и системным определяя развитие полиорганной недостаточности и неблагоприятного исхода. Поэтому в основе современных представлений реакции организма на интраабдоминальную инфекцию лежит концепция абдоминального сепсиса [5].

Идут поиски мер, которые бы предотвратили прогрессирование воспалительного процесса и интоксикации.

Клинически важная особенность интраабдоминальной инфекции – это быстрое развитие генерализованной реакции макроорганизма в ответ на инфекционный процесс, обусловленной действием бактериальных эндо-и экзотоксинов и медиаторов воспаления. В последние годы расширяющиеся возможности использования антибактериальных препаратов (АБП) в лечении хирургических инфекций сопряжены с необходимостью решения ряда проблем, основными из которых являются нерациональное использование антибактериальных препаратов и, как следствие, изменение микробного пейзажа [6,7].

Цель исследования- представить результаты бактериологического исследования экссудата брюшной полости при остром аппендиците, осложненным местным перитонитом.

Материалы и методы.

Проведен проспективный анализ результатов диагностики и лечения 70 больных с острым аппендицитом осложненным местным перитонитом, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГКБ№1 г. Бишкек за период с 2018 по 2019 год включительно. Мужчин -32 (45,7%), женщин- 38 (54,2%). Большинство были в возрасте от 20 до 40 лет.

В разработку включили больных с деструктивными формами аппендицита, осложненных местным перитонитом. Их удельный вес представлен в таблице 1.

Таблица 1- Удельный вес форм аппендицита при остром аппендиците.

Формы аппендицита	Всего больных 70	
	абс.ч.	%
Острый флегмонозный аппендицит	45	64,2
Гангренозный аппендицит	25	35,7

Из числа поступивших пациентов все оперированы по поводу деструктивного аппендицита- 70. Все больные оперированы в экстренном порядке.

Местный перитонит выявлен у 70 пациентов. Из них у 32- серозный, у 16 серозно-фибринозный, у 22-гнойный.

Бактериологическое исследование выпота брюшной полости выполнено у 70 больных на предмет наличия микроорганизмов, на питательные среды с целью идентификации вида возбудителя. Чувствительность к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом с набором дисков, соответствующих выделенным группам микроорганизмов. Полученные результаты исследования обработали с определением относительных величин (%).

Результаты и их обсуждение.

Из 70 выполненных посевов, с серозно-фибринозным и гнойным перитонитом имел место деструктивный аппендицит: флегмонозный у 45, гангренозный у 25 больных. Основные выделенные возбудители интраабдоминальной инфекции представлены на рисунке 1.

Основным возбудителем интраабдоминальной инфекции была E.coli (28,5%). По частоте встречаемости за ней следуют Staphilococcus spp. (24,2%), Klebsiella spp. (21,4%), P.aeruginosa (12,8%), Enterococcus spp. (5,7%).

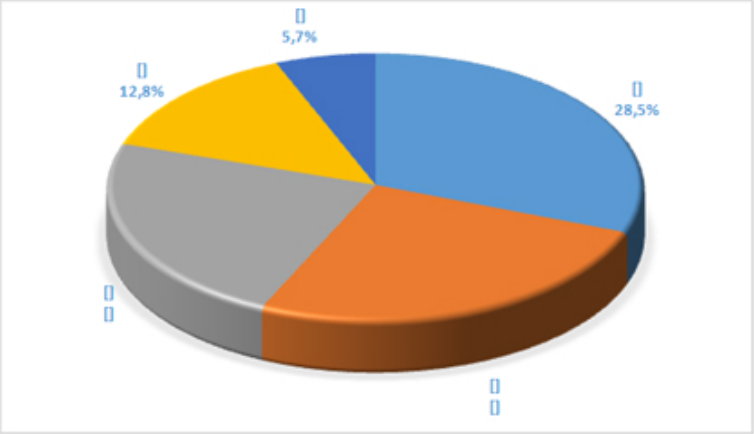


Рис.1 Характер микрофлоры экссудата у больных острым деструктивным аппендицитом.

Чувствительность E.coli к антибактериальным препаратам представлена на рис.2.

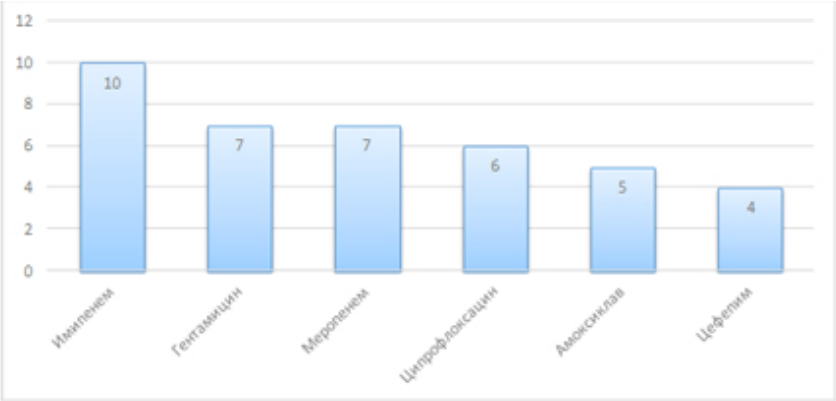


Рис. 2. Чувствительность E.coli к антибактериальным препаратам.

Из 20 больных с выделенным *Staphylococcus spp.* у 3 имели место метициллинрезистентные формы с хорошей чувствительностью к ципрофлоксацину, клиндамицину. Во всех случаях обнаружения Klebsiella spp. имели хорошую чувствительность к таким препаратам как: ципрофлоксацин, клиндамицин, эритромицин, гентамицин, линезолид, триметоприм. Резистентных штаммов Klebsiella spp. у больных с деструктивными формами острого аппендицита не наблюдали. Особую группу представляют грамположительные Enterococcus spp., которые чаще имеют хорошую чувствительность к большинству антибактериальных препаратов. Особенность заключается в том, что некоторые штаммы микроорганизма обладают уникальной полирезистетностью, а имеющиеся в арсенале антибактериальные препараты, для лечения такой инфекции -единичные.

Выводы

1. Основными возбудителями интраабдоминальной инфекции являются: E.coli, Staphilococcus spp., Klebsiella spp., P.aeruginosa, Enterococcus spp..
2. Чувствительность большинства выделенных штаммов микроорганизмов соответствует рекомендуемым стандартам эмпирической антибактериальной терапии.
3. В условиях возрастающей устойчивости микроорганизмов проводимой антибактериальной терапии, ее рациональное использование должно основываться исключительно на данных бактериологического исследования.

Литература

1. *Городов, С.Ю. Эффективность лимфогенных методов при перитонитах с различной степенью выраженности интоксикации/С.Ю. Городов, В.И. Вторенко, М.Ю. Богодаров// Хирургия. - 2008. - №7. – С. 35-39.*
2. *Зотова, Н.В. Применение нового интегрального показателя для оценки выраженности системной воспалительной реакции/Н.В. Зотова, Е.Ю. Гусев//Имммунология Урала. – 2006. - №1. – С. 54-55.*
3. *Алексеев, С.А. Абдоминальный хиругический сепсис/ С.А. Алексеев// Минск, - 2005. - 256 с.*

4. *Бородин, Ю.И. Очерки клинической лимфологии/ Ю.И. Бородин, В.А. Труфакин, М.С. Любарский // Новосибирск. - 2001.-191 с.*
5. *Федоров, В. Современные представления оценке тяжести состояния больных/В. Федоров, В.К. Гостищев, А.С. Ермолов // Хирургия. - 2000. -№4. – С. 58-62.*
6. *Ефименко,Н.А. Антимикробная терапия интраабдоминальных инфекций /Н.А. Ефименко, А.С. Базаров// Клин.микробиол. и антимикр. химиотер. - 2003. – Том 5, №2. - С.153-166.*
7. *Гарау, Х. Основы рационального выбора антимикробных препаратов при интраабдоминальных инфекциях /Х.Гарау//Клин.микробиол. и антимикр. химиотер. - 2002. - Т.4, №3. - С.278-287.*

УДК – 616.12-008.313.315.

ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ. К ВОПРОСУ О РОЛИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПРОИСХОЖДЕНИИ МАССИВНЫХ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ С ПРОРЫВОМ В СУБДУРАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО

М.Ш. Мукашев, Д. Искандеров, Б.Н. Айтмырзаев, Г.М. Калыбекова, Ж.Э. Мусабаев
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(Ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.) Кафедра судебной медицины и правоведения
(зав. кафедрой – д.м.н., профессор Мукашев М.Ш.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: kafsudmed@mail.ru

Резюме. На судебно – медицинском экспертном примере показана роль методически правильного судебно – медицинского исследования трупа и использование судебно – гистологического исследования в решении вопросов травматического и нетравматического генеза массивного субарахноидального кровоизлияния с прорывом в субдуральное пространство и роль цереброваскулярной патологии в наступлении скоропостижной смерти в молодом возрасте.
Ключевые слова: Скоропостижная смерть, цереброваскулярная патология, артерио – венозная мальформация, тромбоз, субарахноидальное кровоизлияние.

ЖАШ КУРАКТАГЫ МҮРТ КҮТҮҮСҮҮЗ ӨЛҮМ. ЧОҢ ӨЛЧӨМДӨГҮ СУБАРАХНОИДАЛДЫК КАН КУЮЛУУНУН БОЛУШУНДА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРДЫК ПАТОЛОГИЯНЫН МААНИСИ (РОЛУ)

М.Ш. Мукашев, Д. Искандеров, Б.Н. Айтмырзаев, Г.М. Калыбекова, Ж.Э. Мусабаев
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы (Ректор - м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.) Соттук медицина жана укук кафедрасы
(Кафедра башчысы – м.и.д., профессор Мукашев М.Ш.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Соттук медициналык экспертизанын мисалында туура колдонулган методикалык соттук медициналык жана соттук – гистологиялык изилдөөнүн натыйжасында баш – сөөк жаракаттын же жаракаты жок негизинде пайда болгон чоң өлчөмдөгү субарахноидалдык кан куюлуп, анын субдуралдык чөлкөмгө тарашы жаш курактагы мүрт өлүмгө алып келишине цереброваскулярдык патологиянын маниси жөнүндө көргөзүлгөн.
Негизги сөздөр: мүрт өлум, цереброваскулярдык патология, артерио – веноздук мальформация, тромбоз, субарахноидалдык кан куюлуу.

THE SUDDEN DEATH AT A YOUNG AGE. ON THE ROLE OF CEREBROVASCULAR PATHOLOGY IN THE OCCURRENCE OF MASSIVE SUBARACHNOID HEMORRHAGES WITH A BREAKTHROUGH INTO THE SUBDURAL SPACE

M.Sh. Mukashev, D.A. Iskanderov, B.N. Aitmyrzaev, G.M. Kalybekova, J.E. Musabaev
Kyrgyz State Medical Academy (Rector – MD, professor Kudaibergenova I.O.)
Department of Forensic Medicine and Law (Head of the department – MD, professor Mukashev M.Sh.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. An example of a forensic medical examination shows the role of a methodically correct forensic medical examination of a corpse and the use of forensic histological studies in solving the traumatic and non-traumatic genesis of massive subarachnoid hemorrhage with a breakthrough into the subdural space, as well as the role of cerebrovascular pathology in the onset of sudden death at a young age.
Key words: sudden death, cerebrovascular pathology, arteriovenous malformations, thrombosis, subarachnoid hemorrhage.

В структуре общей смертности населения внезапная (скоропостижная) смерть занимает значительную долю и на протяжении многих лет составляет свыше 60% [1,2,3].
Причинами внезапной смерти в 70% случаев являются различные заболевания и состояния, вызванные патологией сердечно – сосудистой системы, заболевания органов дыхания стабильно занимали второе место, однако за последние 5 лет имеет место тенденция к росту онкологической заболеваемости, которая в судебно - медицинской практике встречается все чаще [4]. Отсутствие прижизненной диагностики опухоли или бессимптомное течение опухолевого процесса приводит к внезапному наступлению смерти как от самого опухолевого процесса, так и от раннего метастазирования опухоли в жизненно важные органы [5].
Структура внезапной смерти за последние 10 лет значительно изменилась, при этом онкологическая патология заняла второе место после сердечно – сосудистой патологии. По данным Бюро судебно – медицинской экспертизы г. Москвы и Московской области, за последние 10 лет показатели смертности от онкопатологии выросли в 2,2 раза, заняв одно из ведущих мест в структуре смертности населения. Течение онкологических заболеваний различно в зависимости от локализации опухоли, степени дифференцировки, метастатических поражений, которые и определяют исход заболевания и наступление внезапной смерти на фоне мнимого благополучия. Причины наступления внезапной смерти у лиц, страдающих онкопатологией, разнообразные и они находятся в рамках диагностических возможностей судебно – медицинских экспертов [6].
У судебно – медицинских экспертов не всегда имеются сведения о прижизненной верификации онкологического процесса, а выявление данной патологии на вскрытии дает основание ставить ее непосредственной причиной смерти. И далее определять патогистологическую форму опухоли с последующим установлением причинно – следственной связи выявленной патологии и наступлением смерти [7].
Базальные субарахноидальные кровоизлияние могут возникать при различных условиях – при травмах головы, ударах области шеи, без видимой связи с внесшим воздействием, в состоянии алкогольного опьянения, физического напряжения или эмоционального возбуждения. Важной задачей эксперта в таких случаях является установление источника и причины кровоизлияния. Решение этих вопросов имеет особое значение, когда наступлению смерти от базального субарахноидального кровоизлияния предшествовала травма [8].
Факторами риска образования церебральных и оболочечных кровоизлияний различной локализации являются артериальная гипертензия, атеросклероз, курение, злоупотребление этанолом, наркомания, физическое или эмоциональное перенапряжение. Описаны случаи образования церебральных и оболочечных кровоизлияний на фоне патологии сосудов головного мозга, при заболеваниях крови, а также при приеме препаратов, влияющих на свёртываемость крови, в том числе после ранее перенесённых операций на головном мозге [9].
В данный статье приводим случай из экспертной практики обнаружения сосудистой патологии головного мозга с массивным субарахноидальным кровоизлиянием с прорывом в субдуральное пространство и наличии кровоизлияния в мягких тканях черепа и под апоневрозом в теменной области по сагитталь-

ной линии (фото №1). Фабула дела: Из постановления следователя о назначении судебно – медицинской экспертизы известно, что в УВД … района г. Бишкек поступило сообщение об обнаружении трупа К., 1985 г.р. в своей квартире. Других сведении не имеется. При наружном судебно – медицинском исследовании трупа (заключение № 954 от 14.09.2019г) каких – либо видимых телесных повреждений как в области головы, туловища, конечностей не обнаружены. При внутреннем исследовании органы грудной и брюшной полостей без особенностей. При исследовании черепа: под мягкими покровами в теменной области кровоизлияние неопределенной формы светло-красного цвета, толщиной 0.8 см, размером 6х4,5 см. Соответственно ему под апоневрозом теменной кости по сагиттальной линии очаговое кровоизлияние в количестве двух, не соединенных между собой квадратной (размером 3х3см.) и треугольной формы размером 1,5х1,0 см. При снятии апоневроза эти кровоизлияния также снимаются с поверхности кости. Толщина теменных костей 2,1 см, целостность костей как со стороны наружной так и внутренней пластинок не нарушена (фото №1). Твердая мозговая оболочка резко напряжена, под ней просвечивается темно – красное кровоизлияние, охватывающее практически всю поверхность полушарий. По снятии ее вывалился сгусток темно – красной крови весом примерно 150,0. гр. При этом на поверхности мозга остались рыхлые сгустки крови охватывающие практически всю поверхность полушарий, а в сторону основания мозга уходит толстый слой темно – красного сгустка крови. При отодвигании мозга с основания черепа сгустки крови охватывают область турецкого седла, намет мозжечка, мозжечок, нижние поверхности височных долей с переходом на нижнюю поверхность левой лобной доли. Мозг на ощупь мягкий, во время извлечения достаточно легко разваливается. Имеется обильное скопление крови в области продолговатого мозга, Варолиева моста, четверохолмия и сосудистого сплетения. Путем осторожного промывания области Виллизиева круга (основания мозга) слабой струей холодной воды по возможности смыты сгустки крови. При осмотре сосудистого сплетения обнаружены «опухолевидные» образования соединенные с сосудами. Одна из «опухолей» овальной формы, размером 0.9х 0,8 см. с белесоватыми точечными вкраплениями (фото №2). В верхней части этого сплетения (фото №3) обнаружено образование темного цвета, расценённые нами как тромб и рядом белесоватое округлое образование размером 0,4х0,4 см., соединённые с сосудистым сплетением. При разрезе желудочков мозга – в просвете кровянистая жидкость, в лобной доле слева ткань мозга размягчена, пропитана кровью (фото №4). Кора головного мозга различима, белое вещество в лобных долях значительно, по нижней поверхности височных долей незначительно пропитана кровью (возможно, вторичного характера). Продолговатый мозг с выраженной талией, мозжечок мягкий на ощупь, на разрезе древовидного строения. Кости свода и основания черепа целы. При судебно – медицинском гистологическом исследовании: сосуды основания мозга – просвет сосудов (артерий и вен) неравномерно расширен, стенка сосудов неравномерно утолщена, склерозирована. В просвете сосудов светлые тромбы и тромбы в разной стадии организации. В стенке сосудов и окружающей ткани лейкоцитарная инфильтрация. Головной мозг – отек, очаги кровоизлияния, со слабой клеточной реакцией (акт № 173/1570 от 15.10.2019 гр.). **Судебно-медицинский диагноз**: Цереброваскулярная патология (I 60,6): артерио – венозная мальформация (I 77,0) с тромбозом и воспалением, некрозом стенок сосудов. Разрыв сосуда. Массивное базальное субарахноидальное кровоизлияние с прорывом в субдуральное пространство. Вторичное кровоизлияние в вещество головного мозга. Выраженная жировая дистрофия гепатоцитов (гистологически). Очаговое кровоизлияние под мягкими покровами черепа в теменной области.

Данный экспертный случай интересен тем, что цереброваскулярная патология умершего выявлена на фоне наличия очагового кровоизлияния под мягкими покровами черепа, подозрительного на черепно – мозговую травму. В таких случаях основной задачей судебно – медицинского эксперта является установление травматического или нетравматического происхождения смертельного субарахноидального кровоизлияния. Выявление артерио – венозной мальформации с тромбообразованием, воспалением и некрозом стенки сосудов с массивным базальным субарахноидальным кровоизлиянием с прорывом в субдуральное пространство и отсутствие убедительных признаков черепно – мозговой травмы в виде ран, обширных кровоизлияний в и под мягкими покровами черепа, повреждении костей черепа, отсутствие каких – либо сведений о травме в постановлении следователя дали возможность исключить травматический генез внутричерепного кровоизлияния.

Таким образом, методически правильно проведенное судебно – медицинское исследование трупа дало возможность правильно решить вопрос танатогенеза при изначально неизвестной причине смерти лица в молодом возрасте.

Фото №1 Подапоневротическое кровоизлияние в теменной собласти

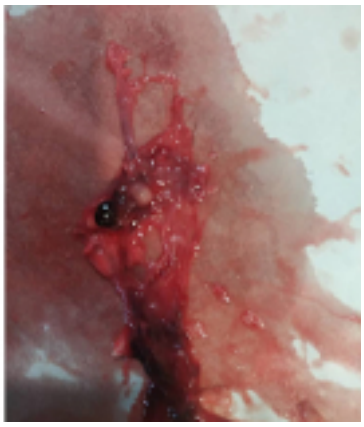


Фото №2 “Опухолевидные” образования сосудистого гененеза

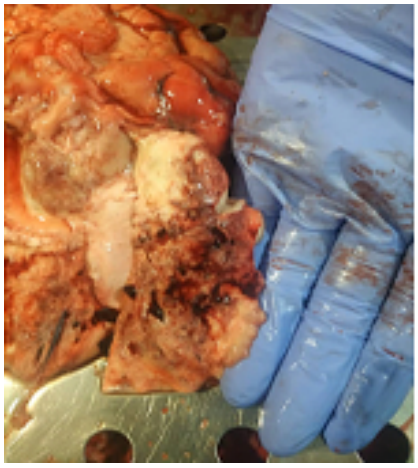


Фото №3 “Опухолевидные” образования и тромбированный сосуд

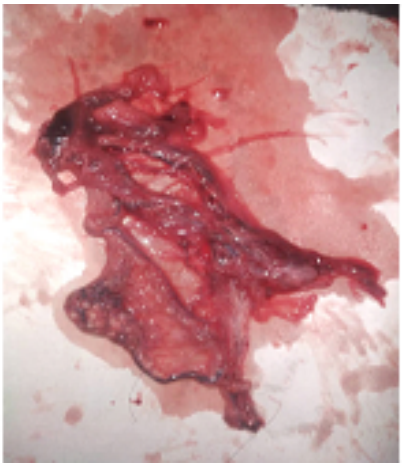


Фото №4 Очаговые кровоизлияния в вещество мозга

Литература:

1. *Акопов В.И. Особенности изменений структуры смертности на современном этапе по данным судебно – медицинской службы // Вестник судебной медицины. – 2013. – Т.2, № 3 – с. 9 – 11.*
2. *Новоселов В.П. Анализ деятельности судебно – медицинской службы СФО за период 2001 – 2011 гг. // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т.1.№4. – с. 6 – 11.*
3. *Пиголкин Ю.И., Сидорович Ю.В. Характеристика смертности в Российской Федерации// Судебно – медицинская экспертиза. – 2011. - №1. – с.14 – 18.*
4. *Шилова М.А., Мамедов М.Н.. Внезапная сердечная смерть лиц молодого возраста: факторы риска, причины, морфологические эквиваленты// Кардиология. – 2015. - №7. – с. 78 – 83.*
5. *Пиголкин Ю.И., Должанский О.В.. Трупное окоченение при острой кровопотере и его судебно – медицинское значение // Вестник судебной медицины. – 2014. Т.3, №4. – с. 8 -11.*
6. *Пиголкин Ю.И., Кильдюшов К.М., Шилова М.А., Боева С.Е., Захаров С.Н., Глоба И.В. Судебно – медицинская характеристика внезапной смерти при онкологической патологии. // Вестник судебной медицины. 2016. №2 – Т.5 – с.8 – 11.*
7. *Бабенко А.И., Новоселов В.П., Никифоров Д.Б., Бабенко Е.А.. Этапы оценки патологической пораженности населения по материалам вскрытия умерших в бюро судебно – медицинской экспертизы (на примере Новосибирской области)// Вестник судебной медицины. – 2012. – Т.1,№ 1 – с. 11 – 14.*
8. *Панов И.Е.. К вопроу о роли внутричерепных аневризм в происхождении базальных субарахноидальных кровоизлияний // Вопросы судебно – медицинской экспертизы и криминалистики. Горький, 1979, №8. Сборник научных статей. Под общей редакцией профессора А.П. Загрядской, с.22 -25.*
9. *Данилова Т.Д., Конохова А.Н., Короташ Н.В., Белокопытова Т.А., Исаченкова И.П., Титаренко Б.Ф. Экспертное наблюдение образования эпидуральной гематомы сосудистого генеза// Вестник судебной медицины, 2017. - №4, Т. 6,– с. 56 -58.*

УДК – 340.6:616.149-008.341

СИНДРОМ ДЬЕЛАФУА В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ КАК ПРИЧИНА СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ

М.Ш. Мукашев, Д.А. Искандеров, А.Э. Турганбаев, Г.М. Калыбекова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.)
Кафедра судебной медицины и правоведения (зав.кафедрой – д.м.н., профессор Мукашев М.Ш.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика
E-mail: kafsudmed@mail.ru

Резюме. В статье приведен экспертный случай диагностики редко встречающейся патологии-синдрома Дьелафуа как причины смерти. Данный синдром как причина желудочно-кишечных кровотечений встречается у 0,9%-5,8% больных и считается генетически обусловленным заболеванием, проявляющимся аномалией развития сосудов подслизистого слоя желудка с наличием эрозии с формированием острой язвы.
Ключевые слова: Синдром Дьелафуа, желудочно-кишечное кровотечение, толстый, тонкий кишечник, смерть.

СОТТУК-МЕДИЦИНАЛЫК ЭКСПЕРТИЗАДА ДЬЕЛАФУА СИНДРОМУ МУРТ ОЛУМДУН СЕБЕБИНИН БОЛУШУ

М.Ш. Мукашев, Д.А. Искандеров, А.Э. Турганбаев, Г.М. Калыбекова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д. ,профессор Кудайбергенова И.О.) Соттук медицина жана укук кафедрасы
(кафедра башчысы – м.и.д. профессор Мукашев М.Ш.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада абдан аз кезиге турган патология- Дьелафуа синдрому эксперттик тажрыйбада мурт олумдун себеби катары келтирилген.Бул синдром ашказан-ичегиден кеткен кан агуунун себеби катары 0,9%-5,8% ооруларда кезигет жана туубаса ашказандын кан тамырларынын аномалиялык тузулушунон пайда болгон эрозия курч онуккон жараны пайда кылат.
Негизги создор: Дьелафуа синдрому, ашказан-ичегиден кеткен кансыроо, ичке жана жоон ичегилер, олум.

DIEULAFOY'S LESION IN THE PRACTICE OF THE FORENSIC MEDICINE AS CAUSE SUDDEN DEATH

M.SH. Mukashev, D.A. Iskanderov, A.E. Turganbaev, G.M. Kalybecova, I.K. Akhunbaev
Kyrgyz State Medical Academy
(Rector, PhD, Assistant Professor in medicina,Professor Kudaybergenova I.O)
Department of forensic medicina and jurisprudence
(dep.head – doctor of medicine, professor Mukashev M.Sh.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. In the articie was conduct the expert case of diagnostic rarely found pathology is Dieulafoys lesion as the cause of death. The syndrome as cause of major gastrointestinal bleeding is found in the 0,9%-5,8% of patients and is considered as a genetically resulting from disease affect as a anomalies in the development of the vessels of the stomach lining with erosion and the formation of the acute peptic ulcer.
Key words: Dieulafoy's lesion, major gastrointestinal bleeding, large and small intestine, death.

Известно, что ряд заболеваний, к которым относятся язвенная болезнь желудка и двенадцати-перстной кишки, эрозивные гастриты, синдром Маллори-Вейсса, варикозное расширение вен пищевода и

желудка, опухоль пищевода и желудка осложняются кровотечением из желудочно-кишечного тракта и такие больные нуждаются в помощи ургентной хирургии. Внедрением в практику эндоскопии все чаще диагностируются пороки развития и сосудистые аномалии желудка и пищевода, которые так же осложняются профузными кровотечениями [1]. К таким порокам относится изолированное расширение артерио-венозных соустий подслизистой оболочки желудка-язва Дьелафуа. Эта патология впервые описана в 1884 году T.Gallard, а Дьелафуа в 1898 году первый выделил ее как отдельную нозологическую форму-“простое изьязвление”. В настоящее время в Европе и США используют разные названия данной патологии как “артерия желудка с персистирующим просветом”, ”аневризма желудочной артерии”, “аномалия подслизистой артерии”, “кирзоидная аневризма”, “артериосклероз желудка” и др.[2]. По мнению многих авторов, в основе синдрома Дьелафуа лежит аневризма мелких артерий подслизистого слоя желудка и относятся к разряду кровотечений неясного генеза.

По данным [3], язва или болезнь Дьелафуа является причиной острых желудочно-кишечных кровотечений у 0,9-5,8% больных. По их мнению, болезнь Дьелафуа считается генетически обусловленным заболеванием, проявляющимся аномалией развития сосудов подслизистого слоя желудка с наличием эрозии необычно крупной артерии без признаков васкулита и формированием острой язвы с массивным кровотечением. В 80% случаев источник кровотечения находится на растоянии 6-10 см от пищеводно-желудочного соустья, преимущественно по малой кривизне. В то же время описано поражение пищевода, тонкой, толстой кишки,желчного пузыря и прямой кишки [4,5].

Сведения об этиологии и патогенезе болезни Дьелафуа противоречивы. По одним данным, необычно извитая артерия подслизистого слоя желудка резко расширена, но признаков васкулита, атеросклероза или сформированной аневризмы обнаружить не удается даже при целенаправленном исследовании [6]. Соседние вены и сосуды среднего калибра также могут быть изменены и напоминают картину при артериовенозных аномалиях-ангиодисплазиях [7]. Одни авторы полагают, что расширенная артерия в процессе роста начинает извиваться и складываться в спираль, проникая в слизистую оболочку, другие утверждают, что первично измененный сосуд просто продолжается в слизистом слое [8,9]. В то же время в области дна и кардиального отдела подслизистые артерии отходят непосредственно от левой желудочной артерии. Эрозия слизистой оболочки, прилежащей к спиралевидной широкой артерии, - следствие давления ее ствола или локального гастрита с нарушением трофики и последующей эрозией стенки сосуда [10].

Средний возраст больных с язвой Дьелафуа – 54 года. Соотношение мужчин и женщин достигает 2/1 [11]. Практическим судебно-медицинским экспертам встречаются случаи скоропостижной смерти людей при явлениях желудочно-кишечного кровотечения. Зачастую при аутопсии источник кровотечения устанавливается. В данной статье мы приводим экпертный случай аутопсии трупа мужчины, 1941 года рождения, обнаруженного в квартире с признаками кишечного кровотечения неясного генеза. При исследовании трупа видимых явных источников в виде язв, опухолей, варикозных расширений вен пищевода, желудка не обнаружены. По данным постановления следователя от 19.09.2019г., гр. Ж., 1941г. доставлен по линии скорой мед. помощи в одно из лечебных учреждений г.Бишкек “в алкогольном состоянии”, в 22ч 45 м. константирована биологическая смерть. При осмотре трупа дежурным судмедэкспертом (по данным протокола осмотра трупа) трупное окоченение отсутствует во всех исследуемых группах мышц, трупные пятна малозаметные, бледно-синего цвета (осмотр производился при искусственном освещении), при надавливании исчезают и восстанавливаются через 7 сек. При ударе ребром тупого предмета по бицепсу – быстро визуально определяемый плотный тяж. Видимых телесных повреждений не обнаружено. При осмотре трупа в морге перед аутопсией бросающаяся в глаза бледность кожных покровов,кожные покровы суховатые,как бы шелущащиеся, трупные пятна практически отсутствуют, щеки впалые, кожа промежности и нижняя поверхность кожи мошонки испачканы темно-кофейного цвета помарками. При внутреннем исследовании трупа – землистого цвета мышцы, резко бледного цвета паренхиматозные органы и миокард. Просвет пищевода свободен, с синюшным оттенком, сосуды не выражены. Каких-либо изменений и в кардиальном отделе пищевода не обнаружены. В просвете желудка содержимого нет, слизистая равномерно покрыта кровянистым слизистым содержимым. При промывании слабой струей холодной воды кровянистая тягучая слизь смывается не полностью, обухом ножа снимается. При этом слизистая желудка резко бледно-розового цвета, гладкая. При разглаживании складок слизистой она выглядит также как остальная часть слизистой желудка. В кардиальном отделе (в месте перехода слизистой пищевода в стенку желудка) заметна более выра-

женная сеть сосудов без видимых нарушений слизистой. На протяжении тонкого кишечника следы геморрагического содержимого, а на растоянии 22см от трейцовой сязки-скопление крови красноватого цвета со следами крови в виде “дорожки” на дальнейшем протяжении. В просвете толстого кишечника обильное содержимое густого дегтеобразного с буроватым оттенком крови вплоть до выхода прямой кишки. Слизистая тонкого отдела и толстого кишечника без особенностей (при промывании водой содержимого). При судебно-гистологическом исследовании внутренних органов: легкое-очаги ателектаза, умеренное малокровие. Почка –полнокровие,дистрофия эпителия канальцев. Печень-выраженная диффузная жировая дистрофия гепатоцитов. Хронический гепатит. Сердце-гипертрофия, разволокнение и выраженная дистрофия кардиомиоцитов,умеренное малокровие. Отек стромы. Артериолосклероз, кардиосклероз. Головной мозг-умеренное малокровие, отек. Желудок-острый эрозивно-язвенный гастрит. Поджелудочная железа-хронический индуративный панкреатит. Коронарная артерия-атеросклеротическая бляшка в стадии атерокальциноза.

Таким образом, данный случай имеет судебно-медицинский интерес прежде всего потому, что при судебно-медицинском исследовании трупа макроскопических признаков повреждения слизистой желудка не было выявлено при выраженном значительном желудочно-кишечном кровотечении и мало выраженности признаков острого малокровия при микроскопическом исследовании кусочков внутренних органов.

Литература

1. *Заговеньев И.Г., Заговеньева С.Н., Дубовко В.Р., Полфунтиков А.А., Турушева Л.С. Язва Дьелафуа в практике хирургов больницы скорой медицинской помощи. Эндоскопическая хирургия, №1, 2013.-с.36-38.*
2. *Кузьмин И.В., Булычева И.В., Забазный Н.П. и др. Новый хирургический архив, 2002, №6-с15-17.*
3. *Кочуков В.П., Розанов А.Н., Островерхова Е.Г. и др. Редкая причина желудочно-кишечного кровотечения (язва Дьелафуа).Ж.Трудный пациент. 2012, №8-9-с*
4. *Schneider D.M., Barthel j.s.,King P.D. Dieylafoy-like. Lesion of distal esaphaqus. Am j Gastroenterol 1994; 89: 11: 2080-2081*
5. *Varze J. C., Schupp S.L., Fritz H.P., Lusignan D.N. Hemorrhage related to an anal Dieylafoy-like Lesion.Am Gastroenterol 2000:95:6:1593-1594*
6. *Mortensen N.J., Mountford R.A., Davies J.D. Jeans W.D. Dieulafoy disease: a distinctive arteriovenosus maeformation causing massive gastric haemorrage. Br J Surg 1983; 70: 76-78*
7. *Eids L.B., Rasuli P., Manion D.et al. Caliber persistent artery of the stomach (Dieulafoy vascular malformation). Gastroenterology 1990; 99: 1507-1510,*
8. *Milko T.L.,Thomazy V.A. The caliber persistent artery of the stomach: a unifying approach to gastric aneurisms. Dieulafoy lesion, and submucosal arterial malformation. Hum Pathol 1988; 19: 914-921.*
9. *Veldhuyzen van Zanten S.J.O., Bartelsman J.F.W.M., Schipper M.E.I., et al. Recurrent massive hematemesis from Dieulafoy vascular malformations-a review of 101 cases. Gut 1986; 27: 213-222.*
10. *Katz P.O., Salas L. Less frequent causes of upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Clin Nor Am 1993; 22: 875-889.*
11. *Baettig B., Haecki W., Lammer F., Jost R. Dieulafoys disease: endoscopic treatment and follow up. Gut 1993; 34: 1418-1421.*

THE CLINIC OF ACUTE HEMATOGENOUS OSTEOMYELITIS OF THE LONG BONES IN ADULTS

A.S. Beishenaliev, Turkmenov A.M., Turkmenov A.A., Paruchuri Harshini

Propaedeutic surgery of Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Resume: The article describes the experience of the clinical monitoring of adult patients with acute hematogenous osteomyelitis, marked clinical features and characteristics of the local nature of changes occurring in acute hematogenous osteomyelitis of the long bones in adults.

Key words: acute hematogenous osteomyelitis, clinical course, adults.

Relevance. In adults, acute hematogenous osteomyelitis (CSO) is rare and insufficiently studied. At the beginning of the last century, cases of adult disease thought CSO were casuistic. Literature data on the frequency of occurrence of CSOs, the features of the disease, in adult patients with localization process are scarce and con-

tradictory[1,4,6]. In a large hospital operation it is, as a rule, there are not more than one or a few cases per year. At the same time the share of the heavy disease after 18-20 years, not more than 20% of cases [1,2,3,5,6,7].

Subjects. We have studied the results of examination and surgical treatment of 70 adult patients with CSOs long bones were hospitalized in the department of purulent surgery of the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. The observation period was from 1988 to 2009. All patients were divided into study and control groups. The study group included 34 (48.6%) patients who had surgery using an original technique of osteoperforation with enhanced sanitation and drainage of purulent focus, followed by lavage of the medullary canal were produced. The control group consisted of 36 (51.4%) patients who were operated on by other surgical techniques.

Results and discussion. The distribution of patients by age group shows that the CSO in long bones in adults occur at any age, with a significant increase in young people. The largest number of patients were in the age group 20-29 years, 45 (64.3%) patients.

In studying the history of the disease in all patients received particular attention was paid to the patient's history of life, in particular children's anamnesis. It revealed that 5 (7.4%) patients aged from 1 year to 15 years earlier had diagnosed CSOs about which had surgery. Also attention is drawn to the fact that from 70 (100.0%) patients in the children's history 20 (28.6%) patients revealed the presence of suffering one or more septic disease. Thus, based on these data, we can assume that 25 (35.7%) patients, the development of long bones of CSOs is a consequence of being treated insufficiently or not diagnosed CSOs suffering in childhood.

Noteworthy is the fact that of all the 70 patients and control group admitted to the department of purulent surgery, the correct diagnosis of the guide - "Acute hematogenous osteomyelitis of the long bones", was installed in only 48 (68.6%) patients.

The remaining 22 (31.4%) patients received other (incorrect) diagnoses. In addition, 29 (41.4%) patients and control group were transferred from other departments and hospitals.

In our opinion, the prevalence in the study and control groups of patients in a state of moderate severity due to the long period of pre-hospital related to incorrect diagnosis and, consequently, the wrong tactics of treatment, which led eventually to the belated hospitalization. So, after 10 days from the onset of the disease are hospitalized 39 (55.7%) patients.

All of the above suggests considerable difficulties installing the correct diagnosis when CSOs long bones in adults. In this regard, I would like to reiterate that the CSO long bones in adults - a relatively rare pathology, even in surgical hospitals. And accordingly - not always have to "caution" about the CSO long bones physicians in their daily practice.

Another important in our opinion is the fact that out of 70 (100.0%) of patients in 46 (65.7%) cases, the disease occurred in the autumn-winter period, ie seasonality observed in the emergence of CSOs long bones and in 9 (12.9%) patients had a variety of acute purulent-septic diseases in62 (88.6%) patients - chronic inflammatory diseases, including trauma from 15 (21.4%) patients, against which developed CSOs.

In 16 (22.8%) patients, severity of the condition was exacerbated by the presence of concomitant pathology therapy - ischemic heart disease, hypertension, diabetes, peptic ulcer, bronchial asthma, etc. Serious condition at admission was noted in 9 (12.8%) patients. In most cases, the general condition of patients with CSOs long bones were of moderate severity - 41 (58.6%).

To determine the severity of the condition patients, we evaluated the severity of the syndrome of systemic inflammatory reaction of the body, as well as the shape of the clinical course CSO.

The study of the clinical manifestations of the disease in patients revealed the presence of CSOs long bones characteristic triad of clinical symptoms: acute and growing emerging localized pain, restricting segments of the musculoskeletal system functions, remitting fever. This triad occurred in all 70 (100.0%) of patients already on the pre-hospital stage. New limb pain in other areas of the body within a few days become constant and intense amplified overnight and analgesics were not removed. There was a growing concern of patients disturbed sleep.

Of the 70 (100.0%) of the patients and control group, 51 (72.9%) case, referred pain localized in adjacent joints and remote area assessed as a manifestation of another disease.

In most cases we diagnosed early form of the disease. At the same time dominated the symptoms caused by inflammation of the bone and soft tissues; general condition can be moderately severe or even satisfactory.

To characterize the changes occurring in the bone, we used the classification of CSOs long bones in adults, reflecting the pathogenesis of the disease with the most characteristic changes in the bone, the proposed AA

Kutin and NI Mosiyenko [70]. In this case the following results were obtained: 11 (15.7%) Patients 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.

Bibliography:

1. *Aytaliev D.E. Surgical treatment of chronic osteomyelitis [Text] / D.E. Aytaliev, B.A. Sabyrbekov, A.U. Kydybaeva // Central Asian medical zhurnal.- 2003.- T. IX (adj. 1) .- p. 19-21.*
2. *Akzhigitov G.N. Hematogenous osteomyelitis [Text] / GN Akzhigitov, Y.B. Yudin. - M .: Medicine, 1998. - 288 p.*
3. *A.N. Anipchenko Surgical treatment osteomyelitic defects of long bones of limbs [Text] / A.N. Anipchenko // Surgery. - 2007. - № 3. - P. 35-38.*
4. *Boyarintsev V. S. .The pathogenesis of osteomyelitis [Text] / V.S. Boyarintsev, S.I. Konovalenko A.A. Tsybin // Herald of new medical technologies. - 2003. -Number 1-2. - P. 61-63.*
5. *Kutin A. A. Hematogenous osteomyelitis in adults [Text] / A.A. Kutin, N.I. Moiseenko. - M .: Medicine and Life, 2000. - 224 p.*
6. *Особенности клинического течения острого гематогенного остеомиелита длинных костей у взрослых. Туркменов А.А. Современные тенденции развития науки и технологий. - Белгород, 2016. - №11. - С. 120 - 124.*
7. *Острый гематогенный остеомиелит длинных трубчатых костей у взрослых. Опыт хирургического лечения. Туркменов А.А. Вестник Кыргызско-Российского Славянского Университета. - 2009. - № 2. - С. 157 - 160.*

UDC:617.58:616.14-005.6-084

PREDICTION OF ACUTE VEIN THROMBOSIS OF THE LOWER EXTREMITIES

Beishenaliev A.S., Baysekeyev T.A., Turkmenov A.A., Sushmita Mondal
KSMA named after I.K. Akhunbaev

Summary: The main goal of this study was to identify the main causes of DVT in 1259 patients of various profiles who were treated at the Department of Surgery at the National Hospital of the Ministry of Health from 2010 to 2018.
Key words: acute venous thrombosis, hemostasis, thrombocythemia, extensive abdominal surgery, lower limbs.

Introduction: Deep vein thrombosis and pulmonary embolism are similar in terms of pathogenetic reasons, both pathologies are one of the most dangerous threats to human health and constitute a violation of blood flow in the human body [7].
20-59% is the frequency of the pathology of deep vein thrombosis after surgery [1, 2, 3, 4, 5, 9]. More than 70% of postoperative DVT have no symptoms and cannot be diagnosed [1, 3].
There are several factors that cause DVT after surgery, namely: inhibition of fibrinolytic activity both in general and fibrinolytic activity of the venous wall itself, the condition of increased readiness for thrombosis, which is natural for organisms during the period of "surgical aggression" [6,8], blood stasis and hypertension in the veins of the lower extremities [6,8].
Materials and methods:
1259 patients with DVT were in the Department of Vascular Surgery of the National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic from 2010 to 2018.
The dispersion of patients according to gender and age is indicated in table 1.

Table 1. Dispersion of patients by gender and age

Sex	Total patients								
	abs . number	%%	Up to 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	over 71
Male	428	34.00	6	33	62	82	121	95	92
Female	831	66.00	11	50	115	132	214	147	162
Total	1259	100	11	53	114	138	216	156	191
			1.35	6.59	14.06	17.00	26.61	19.22	15.17

There were 428 men (34%) and 831 women (66%). Their age category ranged from 18 to 79 years. As a rule, all patients were young and able-bodied. The mean disease duration was 8.9 + 0.9 years. The average age of the patients is 40.19 + 1.16 years; the duration of the disease is several days and 30 years; the average duration of the disease is 8.9 + 0.9 years.
Concomitant pathologies were observed in 201 patients (16%). Hypertension, atherosclerosis, coronary heart disease, pneumosclerosis — all these pathologies were the most common in these patients.
We have identified a number of causes of DVT in our patients (Table 2).

Table 2.-Causes of DVT of the lower extremities

Provocative factor	Number of patients	
	Abs number	%%
Pregnancy and childbirth	106	8.4
Limb injury	71	5.7

Operations	111	8.9
Malignant neoplasms	79	6.3
Varicose veins	487	38.5
CHD HD	147	11.7
Anemia	27	2.2
Could not name the reason	231	18.3
Total	1259	100

Varicose disease (38.5%), major operations in the pathology of the abdominal organs (8.9%), pregnancy and childbirth (8.4%), injuries (5.7%), malignant neoplasms (6.3%), CHD HD (11.7%), anemia (2.2%) were the main risk factors for DVT.
However, we were not able to identify a risk factor for DVT in 231 (18.3%).
All patients were divided into 2 groups.
In the main group, we identified 597 patients (47.4%) with a diagnosis of DVT; these patients received preventive measures against pulmonary embolism, before surgery, during surgery, until discharge from the hospital.
123 patients from this main group who received abdominal abdominal surgery were monitored in the Department of Surgery of the NH MH KR.
Table 3 shows the risk factors for DVT of the lower extremities and the qualitative characteristics of a moderate and high risk of developing pulmonary embolism

Table 3. Characterization of surgical patients by signs of pathology and risk levels of VTEC

Nature of the pathology	Degree of risk (n = 123)			
	moderate		high	
	abs h.	%	abs h.	%
Peptic ulcer of the stomach and duodenum	34	27.6	14	11,4
Echinococcosis of the liver	16	13.0	8	6.5
Malignant neoplasms of the abdominal cavity	39	31.8	12	9.7
Total	89	72,4	34	27.6

The age category of patients ranged from 21 and 83 years.
49 + 5 years old was the age range in patients. 51 (41.5%) and 72 (58.5%) - this was the ratio of men and women, respectively.
In order to stratify patients and identify their risk levels of pulmonary embolism, we studied anamnestic data, complaints and conditions of patients, we compiled a “screening map for examining patients” during their entire stay in the hospital department. During the first observation, the risk factors for pulmonary embolism were studied, including pathologies of the veins of the lower extremities according to the stage of chronic venous insufficiency as part of the clinical and pathological classification of CEAP, as well as the level of obesity.
The hemostatic system in 123 patients of the main group with DVT (who underwent abdominal surgery) was studied before the operation, from the 7th to the 14th day after the operation, until inpatient discharge (as a rule, on the 21-28th day).
Of 123 patients, the cause of the operation was 48 patients — acute forms of the pathology of the stomach and duodenum, 24 patients — echinococcosis of the liver, and 51 — malignant diseases of the abdominal organs.
We used medical elastic compression products: long elastic bandages, or anti-embolic (hospital) stockings of graduated compression and pneumatic sequential compression of the lower extremities for the prevention of

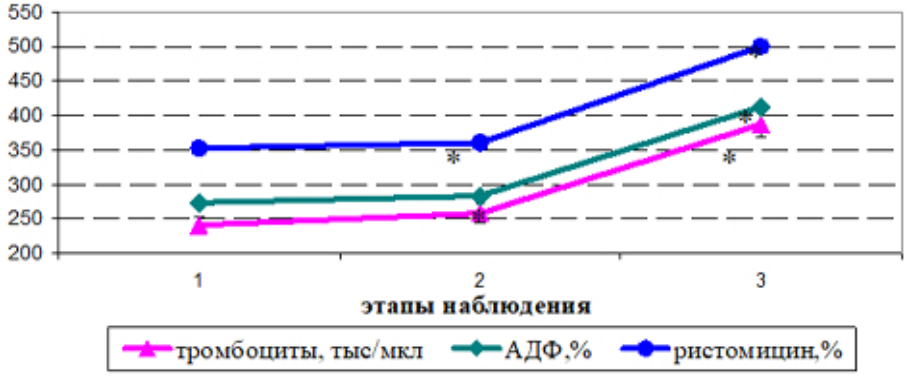
pulmonary embolism after surgery, since these measures were aimed at improving blood flow in the veins of the lower extremities.

The main pharmacological prophylaxis consisted of unfractionated heparin, enoxaparin sodium, calcium nadroparin — in short, from heparins of different molecular weights.

We defined the hemostasis system in the main group as "compensated normocoagulation with an extremely moderate tendency to hypercoagulation".

In the very initial postoperative 2 weeks, a slight increase in platelets was observed in patients, however, later the platelet count increased 1.5 times (Fig. 1).

From the point of view of ADP-induced aggregation, over the entire observation interval of patients of the main group, the general functional activity of platelets remained within normal limits. However, we observed a steady increase in ristomycin-induced aggregation, which indicated a vivid manifestation of von Willebrand factor and / or platelet membrane receptors for this factor.



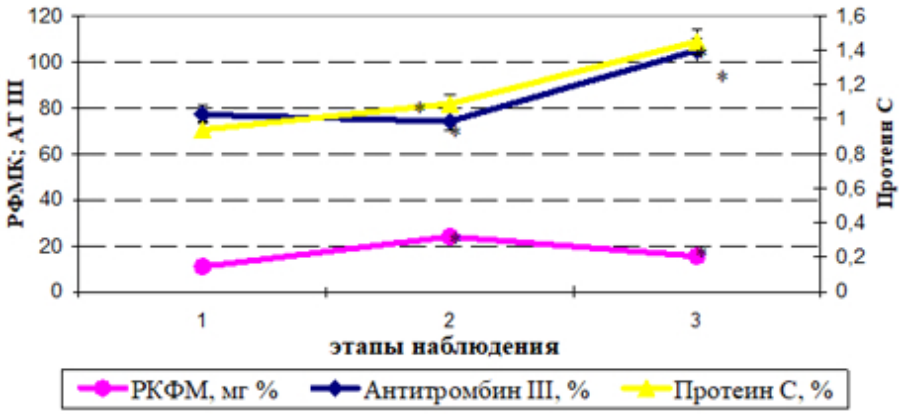
* *Significant difference from the previous observation stage (p <0.05).*

Fig. 1. The dynamics of the state of platelet link hemostasis in the main group.

We revealed a slight thrombinemia (increased SFMC) and a decline in the functional work of natural anticoagulants, as shown in Fig. 2.

A 2.1-fold increase in thrombinemia in patients of the main group after surgery was replaced by a stable amount of AT III and an increase in the activity of protein C. The decline in thrombinemia in patients was caused by increasing anticoagulant systems.

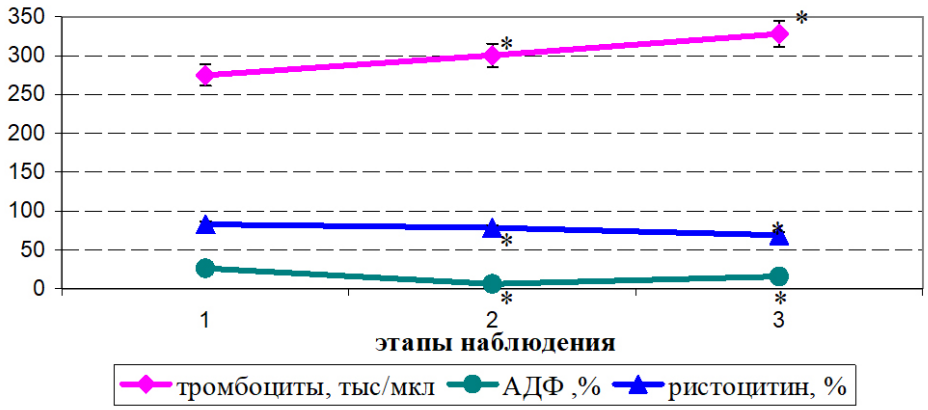
Apparently, inflammatory processes were the factors of these changes in the postoperative period and in the period until the moment of discharge from the hospital. The ESR level in the first 2-3 postoperative weeks was increasing. An increase in the amount of ESR is a factor contributing to the formation of thrombin, the presence of fibrinogen, and the functional work of the von Willebrand factor. This group of patients experienced a parallel decrease in fibrinolytic activity.



* *Significant difference from the previous observation stage (p <0.05).*

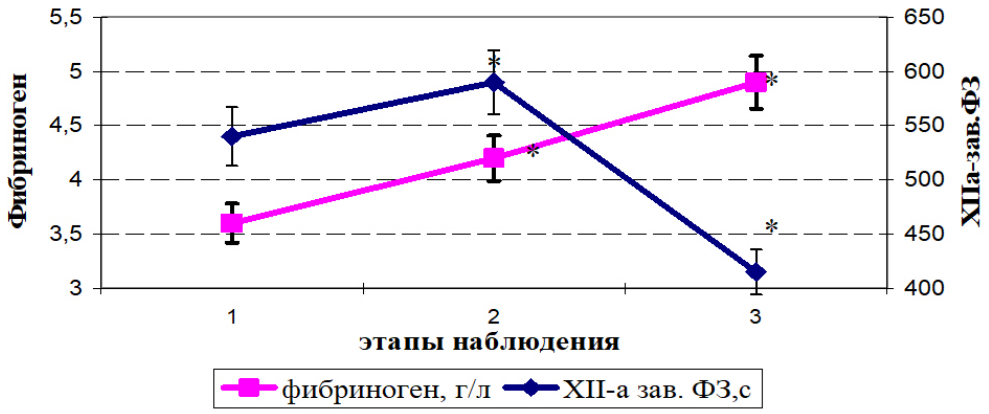
Fig. 2. The dynamics of the concentration of SFMC and the activity of natural anticoagulants in the main group.

Improvement of the entire system of natural anticoagulants compensated for these prothrombotic changes. It should also be noted the lack of blood concentration during the entire observation period of the main group, which apparently had a positive effect on the prevention of pulmonary embolism.
Therefore, the main group of patients had normal prophylaxis of pulmonary embolism and, at the same time, it had significant compensatory reserves.
Patient comparison groups (with DVT in the first 10-14 days after surgery) had a state of normocoagulation, which was later replaced by a state of hypercoagulation and lasted even longer.
Immediately after surgery, a 15% increase in platelet count was detected (Fig. 3.).

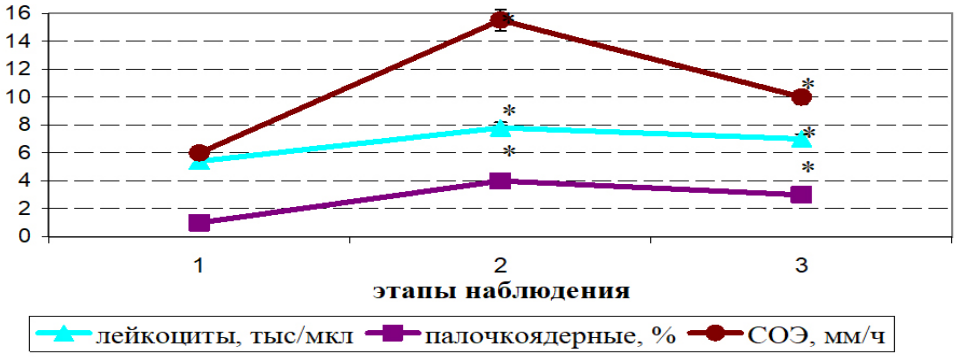


* Significant difference from the previous observation stage (p <0.05).
Fig. 3. The dynamics of the state of platelet link hemostasis in patients with thrombosis in the control group.

Apparently, these non-essential indicators are caused by the use of platelets (their functional role in hemocoagulation) during the period of active hypercoagulation. General aggregation activity slightly decreased, then it returned to its original indicators. Before surgery and during the initial 2 weeks after surgery, ristomycin-induced aggregation was pronounced, but it gradually fell after 21-28 days after surgery.
After surgery, the number of fibrinogen steadily increased in the comparison group. This dynamics is shown in Fig. 4.
Fibrinolytic activity indicators fell during the first 2 weeks, this, possibly, led to the formation of blood clots. An increase in ESR and stab forms of leukocytes could also become factors in the formation of thrombosis in the comparison group during the initial 2 weeks after abdominal surgery.



* Significant difference from the previous observation stage (p <0.05).
Fig. 4. Dynamics of fibrinogen concentration and fibrinolytic activity in patients with thrombosis in the comparison group.



** Significant difference from the previous observation stage (p <0.05).*

Fig. 5. Dynamics of the inflammatory reaction in patients with thrombosis in the comparison group.

However, later the number of ESR and stab forms of leukocytes fell to a certain level, which, probably, became a necessary condition for preventing recurrence of thrombosis.

Findings:

1. Women are more prone to DVT than men in a 1.9: 1 ratio. This pattern is typical for the able-bodied category of 40-60 years.

A 2.15% increase in the number of platelets, thrombinemia by 2.5-3 times and its stability in the future, disco-ordination in the system of natural anticoagulants are all unconditional risk factors for DVT. It should also be noted and the factor of inflammation.

3. The results of the study make it necessary to use dynamic hemostasiological control over patients (with a high predisposition to pulmonary embolism), which should include full observation at clear time intervals: before surgery, on the very initial days and 7-14 days after surgery.

References:

1. *Voevoda, M. T. Profilaktika i lechenie tromboza glubokih ven: ucheb.-metod. posobie [Prevention and treatment of deep vein thrombosis: textbook.- Methodical manual]. Eds.M. T. Voevoda, A. A. Baeshko. — Minsk: Belprint, 2006. — pp. 5-9.*
2. *Klinicheskij protokol lechenija i profilaktiki venoznoj trombjembolii: Prikaz Ministerstva zdravoohranenija Respubliki Belarus' ot 14.02.2011 N° 150. [Jelektronnyj resurs] [Clinical protocol for the treatment and prevention of venous thromboembolism: Order of the Ministry of Health of the Republic of Belarus of February14,2011n.150. [Electronic resource]].—2011.—Available at: http://minzdrav.gov.by/ru/static/spavochno-infirm/protololy_lechenia/protckoly_2011/.*
3. *Profilaktika i lechenie trombojembolicheskih oslozhnenij v travmatologii i ortopedii: prakt. posobie [Prevention and treatment of thromboembolic complications in traumatology and orthopedics: Practical manual]. Ed. E. D. Beloenko et al. — Minsk. V.I.Z.A. GRUPP, 2006. — pp. 6-9.*
4. *Savel'ev, V. S. Posleoperacionnye venoznye trombojemboli-cheskie oslozhnenija: fatal'naja neizbezhnost' ili nekontroliruemaja opasnost'? [Postoperative venous thromboembolic complications: fatal inevitability or uncontrolled danger?].Ed. V. S. Savel'ev.Hirurgija. — 1999. —n. 6. — pp. 60-63.*
5. *Savel'ev, B. C. Jendovaskuljarnaja hirurgija v profilaktike trombojembolij legochnoj arterii i lechenii ostryh venoznyh trombozov [Endovascular surgery in the prevention of pulmonary embolism and the treatment of acute venous thrombosis]. Eds.B. C. Savel'ev, V. I. Prokubovskij,S. A. Kapranov.Hirurgija. — 2003. —n. 2. — pp. 6-11.*
6. *Matveeva, N.Ju. Trombozy glubokih ven nizhnih konechnostej u bol'nyh, perenesshih jendoprotezirovanie tazobedrennogo sustava [Deep vein thrombosis of the lower extremities in patients undergoing hip joint replacement]. Eds.N.Ju.Matveeva,N.A.Es'kin,Z.G.Nacvlishvili.Vestnik travmatologii i ortopedii . - 2002. – n.2 . - pp. 54-57.7. Couturraud, F. Treatment of deep vein thrombosis / F. Couturraud, C. Kearon // Seminars in vascular Medicine.- 2001.-N1.-P.43-55.*

8. *Trends in the inci¬dence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a 25-year population-based study / M.D. Silverstein, J.A. Heit, D.N. Mohr et al. // Arch Intern Med.-1998.-N158.-P.585-593.*

9. *The epidemiology of venous thromboembolism in the community / J. A. Heit [et al.] / Thromb. Haemost. - 2001. - Vol. 86, No. 1. - R. 452-463.*

УДК 612.339:616.348-053.3

ИССЛЕДОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Багыбаев Д.М., Мураталиев Т.А., науч. руководитель – д.м.н.,профессор,заведующий кафедры детской хирургии в КГМА – Омурбеков Т.О.

Городская Детская Клиническая Больница Скорой Медицинской Помощи (ГДКБ СМП),
г. Бишкек, Кыргызская Республика.
Мураталиев Т.А. – врач детский хирург,
ассистент кафедры детской хирургии КГМА им.И.К. Ахунбаева.

Багыбаев Д.М. – клинический ординатор 1 года ГДКБиСМП, e-mail:dake_0904@mail.ru

Актуальность. Поражения центральной нервной системы у новорожденных занимают второе место в структуре их смертности.[1,2,3,4]. Внутричерепные кровоизлияния остаются одной из главных проблем неонатологии и нейрохирургии, так как затруднена ранняя диагностика и не определены оптимальные сроки и тактика хирургического лечения у новорожденных. ВЧК занимает 30-45 % всей нейрохирургической патологии детского возраста и летальность при ВЧК составляет 50-70%.[1,5,6]. Учитывая все вышеуказанное данная проблема актуальна.

Цель исследования: изучение причин, клинические проявления ВЧК у новорожденных и оптимизация сроков и результатов оперативного лечения.

Материалы и методы исследования. Изучены 125 больных в возрасте от 1 го дня до 2,5 мес., пролеченных в 2010 - 2019г.г. в отделении патологии и реанимации новорожденных ГДКБ СМП г. Бишкек. Всем больным проводились общеклинические, биохимические и ИФА на ВУИ исследования, НСГ, КТ, МРТ головного мозга. Все больные консультированы неврологом, нейрохирургом и окулистом.

Результаты и их обсуждение. В 104 (83,2%) случаях больные поступали из дома в сроках от 20 дней жизни до 1 месяца 20 дней. Из родильных домов переведены 21 (16,8%).Мальчики встретились в 81 (64,8%), девочки в 44 (35,2%) случаях. В основном поступали на 23–46 дни жизни. Родившиеся от первой беременности составили – 59 (47,2%), II-III беременности – у 34 (27,2%), IV и более беременностей – у 32 (25,6%). Патологическое течение беременности и родов отмечено у 79 (63,2%), нормальное течение беременности и родов у 46 (36,8%). Беременность протекала на фоне анемии, угрозы выкидыша – у 65 (52%), токсикозы – у 20 (16%), ВУИ – у 59 (47,2%), родовая травма, гипоксия – у 21 (16,8%). Возраст матерей составила до 20 лет – у 26 (20,8%), 21-30 лет – у 61 (48,8%), старше 30 лет – у 38 (30,4%). Неврологическая симптоматика обнаружена у 97 (77,6%) больных. Основными симптомами при поступлении отмечены: судороги, беспокойство, слабость, вялость, рвота, срыгивание, нарушения дыхания, бледность, желтушность кожных покровов, нередко они сочетались. Проведено оперативное лечение у 68 (54,4%) больным, после предоперационной подготовки. Декомпрессионная трепанация черепа с удалением субдуральной гематомы у 63, дренирование желудочков мозга у 3, пункция гематомы головного мозга у 2. Летальный исход после операции отмечен у 6 (4,8%) оперированных. Большинству больных операция проведена от 14 до 18 дней от начала клиники ВЧК, что по времени совпадало с физиологическим фибринолизом образовавшихся гематомы. Не оперированы 57 (45,6%) больных из-за обширных внутрижелудочковых и внутримозговых кровоизлияний, поздней обращаемости, отказа родителей. У 39 (31,2%) больных методом ИФА IgG обнаружена ВУИ обусловленная ВПГ и ЦМВ. Из сопутствующих патологий с ВЧК отмечены у 27 (21,6%) больных явления гипербилирубинемии, желтуха и по поводу чего получали лечение. По данным УЗИ и КТ головного мозга, чаще встречаются субдуральные гематомы 62 (49,6%), гидрома у 34 (27,2%). Из осложнений ВЧК отмечено: вторичный менингоэнцефалит – у 35 (28%), гидроцефалия – у 25 (20%).

Выводы:

1) Большинство больных поступали в возрасте от 23 - 46 дней жизни, что совпадает с поздней геморрагической болезнью новорожденных.

2) Дети были прооперированы на 14-18 сутки от начала клинических проявлений заболевания, что по времени совпадало с физиологическим фибринолизом гематомы.

Литература:

1. *Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. — М.:Триада-Х, 2001. — 640 с.*
2. *Барашнев Ю.И. Гипоксическая энцефалопатия: гипотезы патогенеза церебральных расстройств и поиск методов лекарственной терапии //Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. — 2002. — №1. — С.6—13.*
3. *Неонатология /Под ред. Н.П.Шабалова. —М.: МЕДпресс-информ, 2004. — Т.1. — 608 с.*
4. *Панкратова И.В. Внутрижелудочковые кровоизлияния тяжелой степени: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2004. — 24 с.*
5. *Papile L.A, Burstein J., Burstein R. et al. Incidence and evolution of subependimal and intraventricular hemorrhage:A staid of infants with weights less then 1.500 gm //J. Pediatr. — 1978. — V.92. — P.529-534.*

PATENTED METHOD OF ACTIVE, SURGICAL TREATMENT OF ODONTOGENE DEEP FLEGMON OF THE NECK COMPLICATED MEDIASTINITIS

B.S. Beishenaliev, A.A. Ashinalieva, A. Turkmenov, Indu Priya
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyzstan.

Abstract. Odontogenic mediastinitis (acute diffuse inflammation of the mediastinal tissue), which provokes inflammatory processes in the soft tissues of the maxillofacial region, is associated with the difficulties of early diagnosis, its exceptional complexity, and high rates of mortality. Finding tactics of active surgical treatment is a consequence of the afore-mentioned.
Objective: Improving the effectiveness of treatment of odontogenic mediastinitis caused by deep phlegmon, as well as active tactics of surgical treatment.
Material and Methods: Of the 48 patients with minor mediastinitis, cervical mediastinotomy was performed on 42 patients urgently according to Razumovsky. 25 patients were operated on using the open method of mediastinotomy. We used the closed Kanshin method for 12 patients. A semi-closed drainage method through the cervical posterior mediastinum (Patent No. A61B 17/00) was invented and tested in 15 patients.
Results: In the Department of Thoracic Surgery, 48 patients with secondary mediastinitis (despite late hospitalization for more than 3 days, 72 hours) were operated on urgently. 34 patients were moderate.
Conclusions: The active tactics of surgical treatment of odontogenic mediastinitis with complex opening and drainage of the corresponding gynecological diseases and the horn cavity made it possible to reduce mortality to 29.16%.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS

B.S. Beishenaliev, A.M. Turkmenov, A.A. Turkmenov, Tahir Khan
National Hospital under the Ministry of Healthcare of the Kyrgyz Republic,
Department of Purulent Surgery.
Department of Propaedeutic Surgery KSMA named after I.K. Akhunbaev

Annotation. Diabetes mellitus (DM) is an urgent problem of modern medicine due to the high mortality rate among patients (3rd place in the structure of mortality from diseases) [1]. 80% of all patients with diabetes are in the developing world [2].
The epidemiological prognosis for DM is extremely alarming: the total number of diabetics will increase to 380 million by 2025 [3]
In the 21st century, DM acquires the character of a non-infectious pandemic and the most dangerous consequences of this disease are its various complications [4].
Relevance and scientific novelty. The article presents the general results of an instrumental study of 60 examined patients with critical lower limb ischemia being hospitalized in the Purulent Surgery Department of the National Hospital under the Ministry of Healthcare of the Kyrgyz Republic. The issue of instrumental diagnosis in critical lower limb ischemia is very acute, given the epidemiology of pathology and its consequences

for patients. The findings of the study will contribute to the analysis and selection of surgical treatment tactics for patients with critical lower limb ischemia.

Objective: To conduct an instrumental study of patients with critical lower limb ischemia in diabetic foot syndrome.

Materials and methods. The study was conducted in 60 patients with a diagnosis of critical lower limb ischemia associated with diabetes mellitus. All 60 patients underwent Doppler ultrasound, ultrasound duplex scanning with color Doppler blood flow mapping, and radiopaque angiography.

Results: Our combined results (before surgery) of ultrasound duplex scanning with color Doppler blood flow mapping and radiopaque angiography revealed in all patients (with critical ischemia of the lower extremities in the presence of diabetes mellitus) a multisegmental lesion of the arteries of the lower extremities with a primary lesion of medium and small diameter arteries (popliteal arteries, arteries of the lower leg and foot) - i.e., the perceiving distal bed. **Conclusion.**Ultrasonic duplex scanning with color Doppler blood flow mapping and radiopaque angiography (before surgery) give specificity and accuracy of the results of the study of the arterial bed of the lower extremities in the range of 78-89%, however, a combination of both methods creates a range of 90-98%, which allows doctors to choose the right tactics and a method of surgical treatment of patients with critical lower limb ischemia in diabetes mellitus.

[1] Galstyan K.O., Petunina N.A., Nedosugova L.V., Brevnova N.V. Possibilities of using an integrated approach in the treatment of chronic lower limb wounds in the conditions of the “diabetic foot” cabinet. Stacionarozameshhajushhie tehnologii: Ambulatornaja hirurgija; 2015: 3-4: 58-65.

[2] Piaggesi A, Apelqvist J (eds): The Diabetic Foot Syndrome.Front Diabetes. Basel, Karger, 2018;(26:)1–18 (DOI: 10.1159/000480040)

[3]Kornisheva V.G., Belova S.G. Etiology, clinic of mycosis of the feet in patients with type 2 diabetes. Uspehi medicinskoj mikologii; 2014: 13: 115-116.

[4] Dedov, I.I. Clinical recommendations “Algorithms for specialized medical care for patients with diabetes mellitus” 8th edition / I.I. Dedov, M.V. Shestakova, A.Yu. Maiorov [et al.] // Saharnyj diabet. 2017;(20-1):1-121.

УДК 618.3-06:616.155.184.8]-084

ПРЕСЕПСИН (SCD14) – КАК ПРЕДИКТОР ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Исмаилов Э.А., Мугазов М.М. Науч руководитель: д.м.н, проф. Тургунов Е.М.
Медицинский университет Караганды. Караганда. Республика Казахстан.

Исмаилов Эйтибар Асаналыоглы – интерн-хирург 7 курса
Мугазов Мирас Мугазович – докторант PhD 3 года по специальности медицина

Введение. В настоящее время одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии и интенсивной терапии является диагностика и лечение осложнений острого панкреатита. Одним из наиболее опасных осложнений острого панкреатита является развитие абдоминального компартмент синдрома. Проведеннные многоцентровые исследования показывают, что одним основных и наиболее важных причин смертности при развитии абдоминального компартмент – синдрома является транслокация грамотрицательных микроорганизмов с развитием абдоминального сепсиса. В последние годы все более актуальным вопросом в абдоминальной хирургии является поиск новых биомаркеров для ранней диагностики развития абдоминального сепсиса. При этом наибольшую значимость и специфичность имеет биомаркер sCD14 (пресепсин), который является ранним специфичным маркером сепсиса до его манифестации и появления клинических симптомов.

Цель исследования. Изучить концентрацию пресепсина (sCD14) у больных с острым панкреатитом, его значение в развитии системного воспалительного ответа и сепсиса, и его роль в предикции осложнений острого пангкреатита. **Материал и методы.** Клиническую основу данного исследования составили 70 пациентов (39 мужчины и 31 женщина), в возрасте от 21 до 68 лет, которые находились на стационарном лечении в хирургическом отделении ОКБ г. Караганды. Все пациенты, включенные в

исследование были разделены на 2 группы: опытную группу составили 52 пациента с острым панкреатитом – 74, 3%. Контрольную группу составило 18 (25,7%) пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей. Помимо мониторирования внутрибрюшного давления, оценивали показатели сердечно-сосудистой деятельности, параметры дыхания, показатели гомеостаза, диуреза. Включение в исследование осуществлялось с информационного согласия пациентов.

Результаты. Согласно результатам проведенного исследования уровня пресепсина (sCD14) между группами были обнаружены статистически значимые различия.Средняя концентрация биомаркера sCD14 в контрольной группе (здоровые люди, группа №1) составляет 420,01 нг/мл, что не отличается от нормальных значений;

ИАГ в группе, среднее значение внутрибрюшного давления в которой было в пределах 5-15 мм рт. ст. (группа № 2) среднее значение sCD14 равнялось 488,31 нг/мл, что не вызывает статистически значимых изменений концентрации биомаркера sCD14 по сравнению с контрольной группой;

У пациентов в 3-4 подгруппе с ИАГ выше 26 мм.рт.ст. концентрация sCD14 выше на 22 % по сравнению с 1-2 подгруппой, что свидетельствует о развитии пресептического состояния. Также следует отметить, что общее состояние пациентов 4 группы с ИАД выше 26 мм.рт.ст. по всем показателям расценивалось как тяжелое, 4 пациентов проходили лечение в условиях реанимационного отделения.

Заключение: Повышение интраабдоминального давления вызывает статистически значимое повышение уровня маркера пресепсина sCD14 при всех уровнях интраабдоминальной гипертензии в 1,6 раз по сравнении с контролем ($p<0,01$); длительность интраабдоминальной гипертензии от 12 до 24 часов вызывает статистически значимое повышение уровня sCD14 ($p<0,01$) при любых значениях интраабдоминального давления.

Литература:

1. *Мугазов М.М: клинико-лабораторные показатели при экстренной абдоминальной патологии в зависимости от степени интраабдоминальной гипертензии / М. М. Мугазов, Е. М. Тургунов, Н.О. Мусин // диссертация. – 2016. – С. – 9.*
2. *Вельков В.В. Пресепсин – новый высокоэффективныи биомаркер сепсиса. Клинико- лабораторный консилиум, Научно-практический журнал 2012,№ 2 ,56- 62.*
3. *Yaegashi Y, Shirakawa K, Sato N et al. Evaluation of a newly identified soluble CD14 subtype as a marker for sepsis. J Infect Chemother. 2005;11(5):234-8.*
4. *Endo S, Takahashi G , Shozushima T et al. Usefulness of Presepsin (Soluble CD14 Subtype) as a Diagnostic Marker for Sepsis. JJAAM. 2012;23:27-38*
5. *Agilli M, Sener I Yesildal F et al, A new marker for the diagnosis of sepsis: Presepsin. J Investig Biochem. 2012;1(1):55-57*

УДК 616.131.-0056/.7-089-084

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Мирбекова А.М., Байсекеев Т.А., Ашиналиев А.А., Туркменов А.А.,
научный руководитель – д.м.н., профессор Бейшеналиев А.С.
Кафедра пропедевтической хирургии Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева

Существует острая необходимость в дальнейшем изучении вопроса анализа и выбора тактики лечения тромбов НПВ в силу того, что лечение тромбозов в системе НПВ до сих пор не стандартизировано на многочисленные хирургические методы лечения (пликация НПВ, тромбэктомия на фоне ускоренного кровотока или без него, имплантация кава-фильтров и др.). Показания и противопоказания к ним часто противоречат друг другу, а результаты лечения остаются неудовлетворительными [1,2].

В отделении сосудистой хирургии НГ МЗ КР накоплен большой опыт лечения больных с острым тромбозом вен нижних конечностей. На основании анализа большого материала лечения больных нами выработаны меры профилактики ТЭЛА при остром тромбозе вен нижних конечностей.

Абсолютным показанием к оперативному вмешательству при остром тромбозе вен нижних конечностей мы считаем: наличие флотирующего тромба выше верхней трети голени, слабую связь тромба с

сосудистой стенкой и наличие кровотока в тромбированной вене, наличие мертвого пространства при окклюзионном тромбозе. Мы считаем, что нельзя противопоставлять методы хирургической профилактики ТЭЛА и антикоагулянтную терапию. После хирургического вмешательства по профилактике ТЭЛА мы назначаем консервативное лечение, которое направлено на лизирование и профилактику вновь образованного тромба. Современные лечебные технологии позволяют осуществлять эндоваскулярную катетерную тромбэктомию из нижней полой вены при ее флотирующих тромбозах. Одним из основных условий успешного проведения этой манипуляции представляется проходимость подвздошных вен с одной из сторон, что в последующем наряду с антикоагулянтной терапией должно обеспечивать предотвращение повторного тромбообразования в полой вене.

Использование эндоваскулярной катетерной тромбэктомии выявило возможность удаления флотирующей верхушки тромба из НПВ и подвздошных вен, что само по себе является своеобразной профилактикой ТЭЛА.

1. Hull R.D., Liang J., Bergqvist D. Benefit-to-harm ratio of thromboprophylaxis for patients undergoing major orthopaedic surgery. A systematic review. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 2013;(24):111–112.
2. Rusin V., Korsak V., Levchak Yu., Ternushhak O.Pryami metodI parcial'noï oklyuziï nizhn'oï porozhnistoï veni [Direct methods of partial occlusion of inferior vena cava]. Naukovij visnik Uzhgorods'kogo universitetu, seriya «Medicina», 2012;(2-44):106–111.

616. 329 – 002 – 089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Орынбасар Н.Т., науч. руководитель – д.м.н., проф. Жураев Ш.Ш.
НАО «Казахский Национальный Медицинский университет» имени С.Д. Асфендиарова
г. Алматы, Республика Казахстан

Орынбасар Н.Т. – магистрант 2-го курса обучения по специальности «Медицина», кафедра хирургические болези с курсом клинической анатомии, e-mail: nur_ibn@mail.ru

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), давно признан серъезной проблемой общественного здравоохранения, и возможно, является наиболее распространенным заболеванием, с которым сталкиваются гастрэнтерологи [1, 2]. В настоящее время ГЭРБ является одним из распространенных заболеваний среди всех патологий органов пищеварения [3].

Цель работы. Улучшить результаты лечения больных ГЭРБ путем применения малоинвазивных технологий. Анализ результатов хирургического лечения больных ГЭРБ с применением малоинвазивных технологий.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни 436 пациентов с диагнозами ГЭРБ, ГЭРБ с ГПОД проходивших лечение в отделении хирургии ЖКТ и эндокринных органов ННЦХ им. А.Н. Сызганова с 2013 по 2019 г. Мужчин было 105 (24,1%), женщин - 331 (75,9%). Кардиальная грыжа выявлена при обследовании у 313 (71,9%) больных, кардиофундальная - у 43 (9,8%). Субтотальная желудочная грыжа с компрессией органов средостения выявлена у 4 (1,0%) пациентов.

Результаты. Из 436 больных 19 (4,3%) произведено открытое оперативное вмешательство лапаротомным доступом и во всех случаях была проведена фундопликация по Ниссену. Остальным 417 пациентам (95,7%) выполнена лапароскопическая коррекция ГЭРБ: задняя диафрагмокрурорафия с фундопликацией. Средняя продолжительность при открытых и лапароскопических операциях составила 67,4±18,7 и 84,5±21,1 минут соответственно. Средний послеоперационный койко-день составил 5,8±2,3 и 3,7±1,6 сутки.

Отдаленные результаты изучены у 284 (65,1%) пациентов. Положительные результаты вмешательств в виде исчезновения или значительного уменьшения изжоги, регургитации, отрыжки в течение первых 6 месяцев после операции отметили 252 (88,7%) пациентов, 29 (10,3%) - отмечают удовлетворительные результаты. Из этой группы нами наблюдалось 3 (1,0%) рецидива грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: 1 после лапаротомного, 2 после лапароскопического вмешательства. Повторные операции выполнены лапаротомным доступом.

Заключение. Лапароскопическая фундопликация является высоко эффективным и малотравматичным методом лечения ГЭРБ, ГПОД любой степени в сочетании с ГЭРБ, а также, позволяет уменьшить сроки стационарного лечения и реабилитации в послеоперационном периоде.

Список литературы:

1. *Stefanidis D., et al. SAGES Guidelines Committee.Guidelines for surgical treatment of gastroesophageal reflux disease // Surgical Endoscopy. - 2010 Nov. - №24 (11). – P. 2647-2669.*
2. *R. Yadlapati, et al. Complications of Antireflux Surgery // American Journal of Gastroenterology. - 2018 Aug. - №113(8). – P. 1137-1147.*
3. *Кляритская И.Л. и др. Монреальский консенсус по ГЭРБ 2006 года // Крымский терапевтический журнал. - 2006. - №3. - С. 27-44.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬБЕНДАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Тойчуев М.Т., научный руководитель: Каниетов А.К.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева

г. Бишкек

Тойчуев М. Т. – студент 5-курса факультета «Лечебное дело» №1, toichuev.m96@mail.ru

Актуальность: R0 резекция печени является единственным радикальным методом лечения при альвеококкозе печени. В последние годы резектабельность при альвеококкозе повысилась за счет совершенствования техники выполнения операций и применения трансплантационных технологий. По данным Я.Н. Шойхета (2012), операбельность составляет 38,1%, Х.С. Бебезова (2012) - 50% и В.А. Журавлева (2012) - 67,3%. Нерезектабельным и инкурабельным пациентам показаны паллиативные вмешательства и пожизненная химиотерапия. Также, по рекомендациям ВОЗ, профилактическая антипаразитарная терапия проводится в течение 2 лет после радикальной резекции печени. На сегоднящний день, препаратом выбора является альбендазол из группы бензимидазолов. Препарат менее токсичный, имеет относительно хорошую биодоступность.

Материал исследования: проведен ретроспективный анализ данных 389 пациентов которые пролечены на базе ГКБ №1 в период с 1996 по 2016 годы с альвеококкозом печени. Изучены отдаленные результаты от 1 до 4х лет у 292 пациентов которым выполнена радикальная операция, и у 97 пациентов с паллиативными вмешательствами. После радикальных операций и курсов профилактики альбендазолом оценку проводили по критериям: выздоровление, рецидив болезни. В группе пациентов после паллиативной операции учитывали клиническое состояние больных и результаты УЗИ.

Результаты: Анализ результатов комплексного лечения больных альвеококкозом показал, что после операций с оставлением очага лишь у 3 из 42 обследованных отмечено увеличение очага поражения, у 18 – он значительно уменьшился, а у 22 – оставался прежних размеров. При оценке клинических показателей в этой группе больных 4 отметили ухудшение общего состояния, 21 – улучшение и у 18 оно оставалась без перемен.

После паллиативных операций (гепастома, транспеченочное дренирование) из 34 у 2 отмечено увеличение очага поражения, у 16-он уменьшился, а у 26 оставался без перемен. При анализе клинических данных обращало на себя внимание, что лишь, у 4 состояние ухудшилось и без перемен состояние оставалось у 12. Из сообщений родственников двое умерли в результате прогрессирования процесса.

После выполненных лапаротомий без вмешательства на печени результатов были худшие: очаг увеличился у 2, у 8 наблюдалось уменьшение очага, а у 11 – очаг оставался прежних размеров, из клинических показателей после лапаротомий и приема альбендазола состояние улучшилось у 4 оставалось без перемен у 13, ухудшилось у 4, умерло 3 больных

Выводы: Результаты применения альбендазола после различных типов операции выполненных по поводу аьвеококкоза печени оправдано. После радикальных операций рецидив болезни выявлен у одного (0,3%).

Использование альбендазола после дренирующих операций и лапаротомии существенно влияет на общее состояние больных, способствует стабилизации процесса в печени, но не исключает полностью прогрессирование болезни.

После операций, выполненных в большом объеме по удалению основного очага, но с оставлением небольшого участка пораженной ткани, прием альбендазола способствует стабилизации процесса, улучшению общего состояния больных.

Прием альбендазола после паллиативных операций позволяет улучшить состояние больных и выполнить повторную операцию.

Литература:

1. *Оморов Р. А., Айтбаев С. А., Каниетов А. К., Абдиев А. А. «Результаты оперативного лечения больных альвеококкозом печени»*
2. *Оморов Р. А. Заболеваемость, диагностика и оперативное лечение альвеококкоза : актовая речь / Р. А. Оморов. – 2008.*
3. *Журавлев В.А. Повторные радикальные операции у так называемых «неоперабельных» больных с альвеококкозом печени// Анналы хирургической гепатологии. – 2000. – Том 5, № 2. – С.11-18.*
4. *Clin Microbiol Rev. 2019 Feb 13;32(2).. Print 2019 Mar 20. Echinococcosis: Advances in the 21st Century.*
5. *Wen H[1], Vuitton L[2], Tuxun T[3], Li J[1,4], Vuitton DA[2], Zhang W[1,4], McManus DP[5]*
6. *Альперович Б.И. Радикальные и паллиативные резекции печени при альвеококкозе / Б.И. Альперович, Н.В. Мерзликин, И.А. Лызко, И.С. Зайцев // Сборник материалов XIX Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». - Иркутск, 2012 г. - С. 86.*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Алмасбекова М.А., Кадырова Р.М., Халупко Е.А.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра детских инфекционных болезней, Республиканская клиническая инфекционная больница, г. Бишкек.

Резюме: В работе даны результаты сравнительного анализа комплексного лечения тяжелых форм коклюша у детей раннего возраста с применением нейропротектора кортексина и стандартного лечения, рекомендованного карманным справочником (антибиотикотерапия и увлажненный кислород).
Ключевые слова: коклюш, дети, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, кашель, клиника, диагностика, лечение, кортексин, аминазин.

ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДЫН ООР ТУРДО КЕЗДЕШКЕН КОКЖОТОЛ ООРУСУН КОМПЛЕКСТУУ ДААРЫЛОНУН САЛЫШТЫРМА АНАЛИЗИ

Алмасбекова М.А., Кадырова Р.М., Халупко Е.А.
Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы, балдар жугуштуу оорулар кафедрасы, Республикалык жугуштуу оруулар бейтапканасы, Бишкек ш.

Корутунду: Бул макалада ымыркай балдардын оор турундо кездешкен кокжотол оорусун нейропротектор кортексин менен комплекстуу дарылоо жана стандарттык дарылоодо чонток корсотмосунун ыкмасын салыштырма анализи берилген (антибактериалдык дармектер жана кычкылтек менен дем алдыруу).
Ачкыч сөздөр: көкжөтөл оорусу, балдар, гипоксия-ишемиялык энцефалопатия, жөтөл, клиникалык белгилер, диагностикасы, дарылоо, кортексин, аминазин.

COMPARATIVE ANALYSIS OF INTEGRATED TREATMENT OF SEVERE FORMES OF WHOOPING COUGH IN INFANT CHILDREN

Almasbekova M.A., Kadyrova R.M., Halupko E.A.
Kyrgyz State Medical Academy, Dept of Child Infectious Diseases, Republic clinical infection hospital, Bishkek

Summary: The paper gives the results of a comparative analysis of the complex treatment of severe forms of whooping cough in infant children with the use of the neuroprotector of cortexin and standard treatment
Key words: whooping cough, children, hypoxic-ischemic encephalopathy, cough, clinic, diagnosis, treatment, Cortexin, Aminazine.

Введение.
Коклюш до настоящего времени остается актуальной проблемой здравоохранения во всем мире и является важной причиной смертности среди детей раннего возраста. Истинная распространенность коклюша недооценена. Так, по оценке CDC (Center for Disease Control and Prevention, США) коклюш диагностируется и регистрируется лишь в 5-10,0% случаев [1,2,5].
У детей раннего возраста тяжелые формы коклюша проявляются длительным приступом спазматического кашля и частыми апноэ, которые приводят к развитию гипоксии головного мозга. Гипоксия головного мозга при коклюше наиболее выражена у детей, преморбидный фон которых отягощен гипоксически – ишемической энцефалопатией (ГИЭ) [3].
Проводимая стандартная терапия тяжелых форм коклюша с использованием антибиотиков и увлажненного кислорода, зачастую, не дает желаемого эффекта, что обусловливает поиск новых подходов лечения в данной проблеме [4].
Цель: провести сравнительный анализ комплексного лечения тяжелых форм коклюша у детей раннего возраста с применением нейропротектора кортексина и стандартного лечения, рекомендованного карманным справочником.

Материалы и методы.

В данной статье проведен сравнительный анализ комплексного лечения тяжелых форм коклюша у детей раннего возраста с применением нейропротектора кортексина – 1 группа (92 больных), 2010-2012 гг., и стандартного лечения, рекомендованного карманным справочником – 2 группа (49 больных) 2018-2020 гг. Все дети находились под наблюдением в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) г.Бишкек.

Проводились эпидемиологические, клинические и лабораторные методы обследования, по показаниям делался рентген органов грудной клетки, ультразвуковое исследование головного мозга.

Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS (описательная статистика, определение средних величин), а также определение показателя Р - достоверности (Р≤0,05).

Результаты и обсуждение.

Эпидемиологическая ситуация по коклюшу в Кыргызстане остается неблагополучной. Как показано на рисунке 1. с 2015 года отмечается подъем заболеваемости коклюшем, который не имеет тенденции к снижению до 2019 года. При этом следует отметить, что эти цифры не отражают истинную заболеваемость коклюшем, так как регистрация заболевания осуществляется только в городе Бишкек, чаще среди госпитализированных в стационар детей, реже в условиях поликлиники.

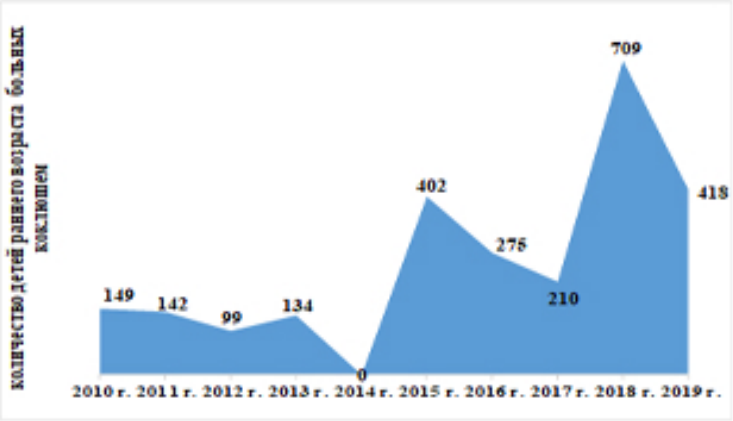


Рис. 1. Динамика заболеваемости коклюшем 2010-2019 гг.

Возрастная структура детей, больных коклюшем в сравниваемых группах была представлена преимущественно детьми до 1 года, среди которых преобладали дети первых трех месяцев жизни (Рис. 2).

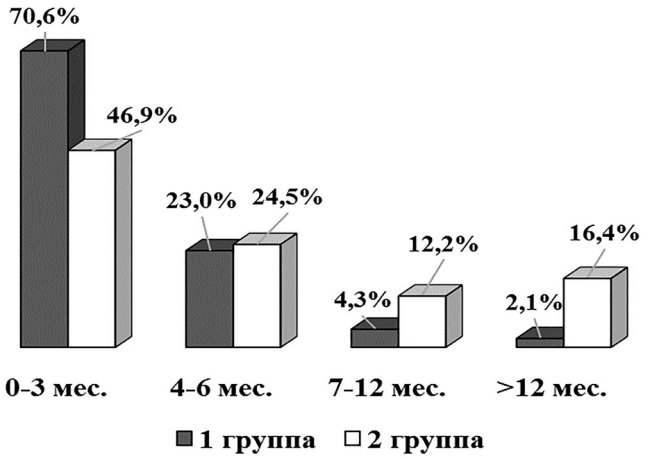


Рис. 2. Возрастная структура детей, больных коклюшем в сравниваемых группах

Преморбидный фон больных, в сравниваемых группах, в большинстве случаев (95,7% – 45,0%) был отягощен гипоксически-ишемической энцефалопатией (ГИЭ). Также отмечалась анемия, врожденные пороки сердца (ВПС) недоношенность, паратрофия, экссудативно-катаральный диатез (ЭКД) (Рис.3).

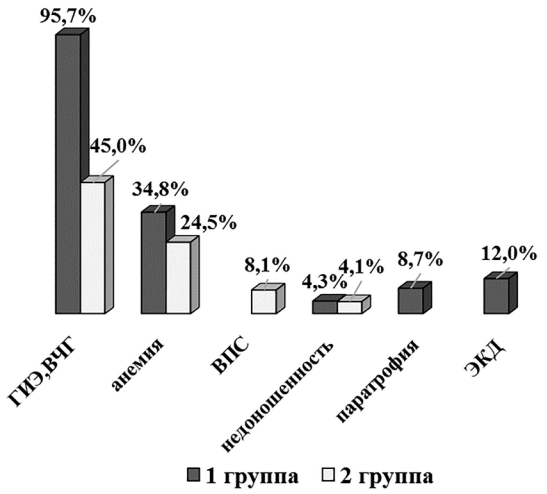


Рис. 3. Преморбидный фон у детей, больных коклюшем в сравниваемых группах

Все дети (1,2 группы) госпитализированы в поздние сроки болезни (период спазматического кашля). Большинство детей из сравниваемых групп были госпитализированы в инфекционное отделение. Сразу в отделение реанимации и интенсивной терапии (РИТ) поступило (8,7% - 6,1%) больных. Следует подчеркнуть, что дети из 2 группы из-за частого апноэ и развития осложнений достоверно (P<0,05) чаще (10,9% - 14,3%) переводились в РИТ из инфекционного отделения в первые два дня лечения. Длительность пребывания в РИТ в среднем составила 5,4±4,0; 8,6±5,3 дней.

Продолжительность катарального периода у детей, в сравниваемых группах не имела достоверных отличий (P>0,05) и в среднем составила 10,1±6,4; 7,9±6,1 дней. Начало заболевания в двух группах было преимущественно постепенным. Острое начало заболевания (P<0,05) чаще (18,4%) отмечалось у детей 2 группы, реже в 1 группе (3,3%). Симптомы интоксикации в той или иной степени выраженности достоверно (P<0,05) чаще (37,0% - 59,2%) выявлены у детей 2 группы, что было связано с развитием осложнений и присоединением внутрибольничной инфекции. Повышение температуры тела до субфебрильных цифр 37,8 ± 0,4 отмечено у (25,0% - 34,6%) больных, выше $38,5^0$ ±0,6 отмечено у (5,4% - 18,3%) детей (P<0,05). Лихорадка сохранялась в течение 3,0±1,5; 2,8±1,9 дней. Следует отметить, что у большинства (57,6% - 48,9%) детей в сравниваемых группах коклюш протекал в сочетании с ОРВИ.

Длительные приступы кашля, сопровождающиеся цианозом и апноэ достоверно (P<0,05) чаще (73,0% - 45,0%) были у детей 1 группы, преморбидный фон которых отягощен ГИЭ. Апноэ развивалось на 3,6±1,7; 3,6±1,2 день спазматического кашля и его частота составила 3,0±0,3 в сутки. Рвота после длительных приступов спазматического кашля достоверно (P<0,05) чаще (24,0% - 65,3%) отмечалась у детей 2 группы и сохранялась в течение 3,1±1,7; 3,0±1,2 дней. Репризы достоверно (P<0,05) чаще были отмечены у (35,0% - 28,6%) детей 1 группы.

Осложнения были во всех сравниваемых группах: пневмония с дыхательной недостаточностью (ДН) I-II у (49,0%-63,2%) детей, отек головного мозга у (6,5%-12,2%) больных. У детей 1 группы, которые в комплексном лечении коклюша получали кортексин, отек головного мозга развивался достоверно реже по сравнению с детьми 2 группы (P<0,05), где в комплексном лечении коклюша лишь 7 детей получили кортексин в отделении РИТ. Следует отметить, что у больных коклюшем в сочетании с ОРВИ в (11,0% - 2,0%) случаев развивался синдром бронхиальной обструкции (СБО), чаще у детей 1 группы (P<0,05) (Рис.4).

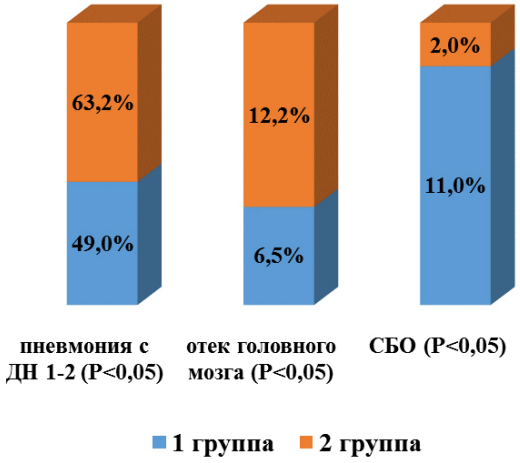


Рис.4. Структура осложнений, в сравниваемых группах

Антибактериальная монотерапия в сравниваемых группах проводилась (75,0% - 75,5%) детям, последовательная – (23,0% - 10,2%) больным. Комбинированная антибактериальная терапия достоверно (P<0,05) чаще (2,0% - 14,3%) проводилась детям 2 группы. Монотерапия была в основном представлена ампициллином и антибиотиками цефалоспоринового ряда, реже применяли макропен (1,1% - 2,0%). Комбинированная антибактериальная терапия в 1 группе была представлена антибиотиками цефалоспоринового ряда, фторхинолонами и аминогликозидами, во 2 группе антибиотиками цефалоспоринового ряда, группы карбопинемов и антибиотиком из группы трициклических гликопептидов (Ванкомицин). Средняя продолжительность курса антибактериальной терапии составила 11,0 ± 3,0; 9,5 ± 5,2 дней (P>0,05).

Все дети 1 группы получали патогенетическую терапию с использованием 0,5% раствора аминазина (нейролептик), который действует на кашлевой центр и способствует укорочению длительности кашля, а также уменьшению частоты приступов и лишь 7 детей из 2 группы. Аминазин назначался из расчета 1-3 мг/кг в течение 10,1±3,0; 7,0±2,0 дней, дольше (P<0,05) у детей 1 группы. Дети из 1 группы с отягощенным преморбидным фоном ГИЭ получали аминазин с поступления в инфекционное отделение, тогда как дети из 2 группы получали данный препарат только в отделении РИТ.

Все дети 1 группы со 2-го дня пребывания в стационаре, получили нейропротектор кортексин в дозе 5,0 мл в/м однократно в сутки в течение 8,0±2,0 дней и синекод (противокашлевой препарат центрального действия), в комплексе с этиотропной терапией и аминазином. На фоне комплексного лечения с кортексином и синекодом отмечена положительная динамика на 1-4 день от начала терапии у 98,0% больных. Детям из 2 группы кортексин начинали вводить только при развитии коклюшной энцефалопатии в отделении РИТ, вследствие чего положительной динамики не было.

Детям с осложнениями с целью дезинтоксикации проводилась инфузионная терапия (56,5% - 47,0%) в течение 10,1±6,4; 8,1±6,4 дней (P>0,05). При тяжелых формах коклюша применяли короткий курс кортикостероидов. По тяжести состояния на ИВЛ были (9,8% - 16,3%) детей в течение 3,0±1,3; 10,3±5,0 дней, меньше (P<0,05) дети из 1 группы.

Большинство (99,0% - 81,6%) детей выписано из стационара с улучшением. Самовольно из отделения мамы забрали домой 6,1% детей из 2 группы. Летальный исход был преимущественно (12,2%) у детей 2 группы, тогда как из 1 группы умер лишь один ребенок, поступивший в поздние сроки болезни с коклюшной энцефалопатией. Длительность пребывания в стационаре составила 10,3±5,0; 8,4±5,4 дней (P>0,05).

Таким образом, применение у больных с тяжелой формой коклюша на фоне ГИЭ нейропротектора (кортексин) и противокашлевого препарата центрального действия (синекод) в комплексе с этиотропной терапией и аминазином способствует уменьшению риска развития отека головного мозга, снижению летальности до 1,0%. Тяжелые формы коклюша требуют индивидуального подхода, учета особенностей преморбидного фона, назначения комплексной патогенетической терапии.

Литература:

1. *Николаева И.В., Царегородцев А.Д. Коклюш: актуальные вопросы эпидемиологии, диагностики и профилактики. Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2015 г. - №5. – С. – 162-167.*
2. *Субботина К.А., Фелбдблюм И.В., Кочергина Е.А. и др. Эпидемиологическое обоснование к изменению стратегии и тактики специфической профилактики коклюша в современных условиях. Эпидемиология и вакцинопрофилактика, 2019г. – Том 19. - №2. – С. – 27-33.*
3. *Паньков А.С., Денисюк Н.Б., Кайкова О.В. Клинико-эпидемиологические особенности коклюша у детей города Оренбурга. / Медицинский альманах, 2016. - №2 (42). – С.74-76.*
4. *Николаева И.В., Шайхиева Г.С. Коклюш на современном этапе. Вестник современной клинической медицины, 2016 г.- Том 9, вып. 2. – С. – 25-29.*
5. *Vaz-de-Lima LRA, Sato HK, Fernandes EG, et al. Association between the timing of maternal vaccination and newborns' anti-pertussis toxin antibody levelsexternal icon. Vaccine. 2019;37(36):5474–80.*

КИШЕЧНЫЙ БИОЦЕНОЗ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Анбазова М.С., науч. руководитель – к.м.н., ассистент Вычигжанина Н.В. Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан.

Анбазова М.С. – студентка 6 курса педиатрического факультета Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан

e-mail: madinorog201@gmail.com

Аннотация. Становление благополучного биоценоза у недоношенного ребенка является важным фактором в целостности кишечного барьера и всего организма. Физиологическая незрелость недоношенных детей диктует особые условия выхаживания. Состояние биоценоза кишечника и его созревание играют значительную роль в адаптации недоношенных новорожденных детей к изменившимся условиям. Наличие в кишечнике недоношенного ребенка условно патогенной флоры может ухудшать состояние ребенка и продлевать сопутствующие патологические состояния.

Ключевые слова: дети, недоношенные, ранний неонатальный период, биоценоз.

Актуальность. Недоношенные дети представляют собой особенную группу, которая, из-за физиологической незрелости, нуждается в особых условиях выхаживания (1,2,3,4,6). Желудочно-кишечная система в процессе развития проходит 5 фаз: 1-я фаза - эмбриональная, с 5 недели гестации, во время которой происходит органогенез. 2-я фаза - формирование рудиментарной примитивной кишечной трубки и быстрый рост с формированием ворсинок и микроворсинок. В 3-ю фазу происходит активная дифференцировка клеток, в поздние сроки беременности. Во время 4-ой фазы, после рождения, кишечник ребенка получает максимальную антигенную нагрузку и распознает «свое» и «чужое». 5-я фаза начинается при переходе с питания молоком на прикорм, и продолжается в детстве. Слизистая оболочка, развиваясь, обеспечивает зрелость кишечника (8).

У недоношенных детей, после рождения, прекращается поступление питательных веществ из плаценты и околоплодных вод. Незрелый кишечник должен начать переваривать и усваивать пищу. Так как, мембранная флора взаимодействует с эпителием и (через М-клетки) с Т-лимфоцитами пейеровых бляшек, становление кишечного биоценоза и развитие местной иммунной системы – взаимовлияющие процессы (5,6,7). Учитывая, что этот процесс требует коллективного функционирования моторной, иммунологи-ческих, эндокринных и экзокринных функций, создаются условия для роста тех бактерий, которые не способствуют усвоению пищи, а могут вызывать воспалительные процессы (9).

Цель работы. Определить динамику бактериального состава кишечника у новорожденных недоношенных детей в раннем неонатальном периоде (с момента рождения до 7-х суток жизни).

Материалы и методы. Обследованы 46 недоношенных детей с гестацион-ным возрастом при рождении от 28 до 37 нед с различной патологией и 14 условно здоровых недоношенных новорожденных, которые составили группу контроля. Определение микробиоценоза проводили в динамике на 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7-й дни жизни, путем бактериологического посева кала.

Результаты. Показано, что у недоношенных детей наличие условно патогенной бактериальной флоры в течение 7 дней жизни, по сравнению с таковыми у условно здоровых недоношенных детей. Уровни условно

патогенной флоры выявлялись на протяжении всего раннего неонатального периода и были представлены: Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Candida albicans, Enterobacter aerogenes, Escherichia coli. При сборе анамнеза, нами не было выявлено особенных факторов риска, влияющих на кишечную флору новорожденных недоношенных детей. Хотя достоверно выше у матерей исследуемой группы отмечались тазовое предлежание, дородовое излитие околоплодных вод, многоводие и патология плаценты. Эти данные могут свидетельствовать о наличии неблагоприятного бактериального фона у матери.

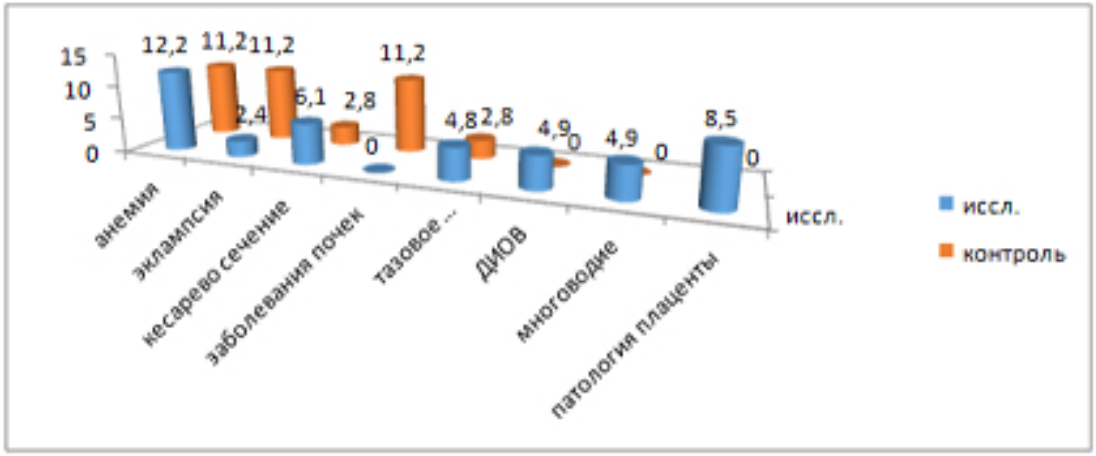


Рис.1 Отягощенный акушерский анамнез.

Нами были выявлены различия по полу новорожденных: так в исследуемой группе больше было мальчиков (56,5%), тогда как в группе контроля девочки составляли 57,1% от всех случаев. Оценка по шкале Апгар была выше в группе контроля (5,39±0,163; 6,61±0,144 и 6,57±0,251; 7,71±0,194 соответственно).

Таблица 1. Оценка по шкале Апгар новорожденных недоношенных детей

Параметры группы	N		M_1	M_2	$\pm m_1$	$\pm m_2$
	и	к	и	к	и	к
оценка по шкале Апгар на 1 минуте	46	14	5,39	6,57	±0,163	±0,251
оценка по шкале Апгар на 5 минуте	46	14	6,61	7,71	±0,144	±0,194

Наиболее частой патологией было гипоксически-ишемическое поражение ЦНС (до 81%), что гораздо чаще в сравнении с группой контроля (49,3%) ($p<0,05$). Синдром угнетения ЦНС у недоношенных новорожденных исследуемой группы в 2 раза чаще, чем в группе контроля. Восстановление убыли массы тела у 50% новорожденных контрольной группы происходит к 7-м суткам, а у детей исследуемой группы она к этому сроку не восстанавливалась.

Исследования у изучаемых групп в раннем неонатальном периоде выявил наличие в кишечнике недоношенных новорожденных детей особенности, которые подтверждают наличие фазы заселения окружающей микрофлорой. Данные представлены в следующих таблицах.

Таблица 2. Staphylococcus epidermidis в кишечнике новорожденных недоношенных детей

Степень обсемененности	Исслед. группа		Контроль		P
	Кол-во	%	Кол-во	%	
0	36	78,3	10	71,4	p>0,05
10^2	4	8,7	-	-	-
10^5	2	4,3	2	14,3	p<0,05
10^7	2	4,3	2	14,3	p<0,05
10^8	2	4,3	-	-	-
итого	46	100	14	100	

Количество детей, имеющих при бакпосеве Staphylococcus epidermidis в исследуемой группе наблюдалось в 10 случаях, в группе контроля в 4-х. Степень обсемененности кишечника была выше в исследуемой группе (у 6-ти детей) по сравнению с детьми контрольной группы (у 4-х).

Таблица 3. Staphylococcus aureus в кишечнике новорожденных недоношенных детей.

Степень обсемененности	Исслед. Группа		Контроль		P
	Кол-во	%	Кол-во	%	
0	28	60,9	10	71,5	p>0,05
10^2	4	8,7	2	14,3	p>0,05
10^7	12	26,1	2	14,3	p<0,05
10^8	2	4,3	-	-	-
итого	46	100	14	100	

Staphylococcus aureus чаще определялся в исследуемой группе, причем в большем количестве, чем в группе контроля (в 26,1% и в 14,3% соответственно).

Таблица 4. Candida albicans в кишечнике новорожденных недоношенных детей.

Степень обсемененности	Исслед. Группа		Контроль		P
	Кол-во	%	Кол-во	%	
0	8	17,4	2	14,3	p>0,05
10^2	2	4,4	2	14,3	p<0,05
10^5	2	4,4	-	-	-
10^7-10^9	34	73,9	10	71,4	p>0,05
итого	46	100	14	100	

Примерно одинаковое количество candida albicans определялось как в исследуемой группе, так и в группе контроля, что скорее свидетельствовало о применении антибактериальной терапии у женщин еще во время беременности.

Таблица 5. Enterobacter aerogenes в кишечнике новорожденных недоношенных детей.

Степень обсемененности	Исслед. Группа		Контроль		P
	Кол-во	%	Кол-во	%	
0	38	82,6	6	42,9	p<0,05
10^2	-	-	2	25,0	-
10^6	-	-	6	75,0	-
10^7	8	17,4	-	-	-
итого	46	100	14	100	

Больше Enterobacter aerogenes был обнаружен больше в группе контроля, что скорее свидетельствует о наличии неблагоприятного микробного пейжаза в палате интенсивной терапии.

Таблица 6. Escherichia coli в кишечнике новорожденных недоношенных детей.

Степень обсемененности	Исслед. Группа		Контроль		P
	Кол-во	%	Кол-во	%	
0	-	-	6	42,9	-

10^2	6	13,0	2	14,3	p>0,05
10^6	2	4,3	2	14,3	p>0,05
10^7	36	78,3	-	-	-
10^8	2	4,3	4	28,6	p<0,05
итого	46	100	14	100	

У всех детей в исследуемой группе обнаружена Escherichia coli, причем диапазон обсеменения кишечника был очень широк (от 10^2 до 10^8 степени), наибольшее количество 10^7 степени - в 78,3% случаев. В группе контроля в 42,9% кишечная палочка не была обнаружена и только у 4-х детей (в 28,6% случаев) она достоверно находилась в кишечнике.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволили установить нарушение формирования нормального микробиоценоза у новорожденных недоношенных детей. Наличие условно патогенной флоры в кишечнике, является усугубляющим состояние организма недоношенного ребенка, фактором. В формировании и поддержании патологических состояний значительную роль может играть состав кишечной флоры, поэтому необходимы дальнейшие исследования для уточнения этого вопроса. Вполне вероятно, что это позволит улучшить диагностику и методы профилактики, а также снизить частоту и тяжесть проявлений различных патологических состояний.

Литература:

1. *Володин Н.Н. Актуальные проблемы неонатологии -М.:ГЭОТАР-МЕД, 2004. 448 с.*
2. *Коршунов В.М., Поташник Л.В., Ефимов Б.А. и др. Качественный состав нормальной микрофлоры кишечника у лиц различных возрастных групп. Журнал микробиологии, эпидемиологии, иммунобиологии 2001; 2: 57-61.*
3. *Пропедевтика детских болезней/А.В.Мазурин, И.М.Воронцов. СПб.: Фолиант, 2000. 928 с.*
4. *Урсова Н.И. Микробиоценоз открытых биологических систем организма в процессе адаптации к окружающей среде. РМЖ. Детская гастроэнтерология и нутрициология. 2004; 12 (16): 957–9.*
5. *Хавкин А.И. Микрофлора пищеварительного тракта. М.: Фонд социальной педиатрии, 2006, 416 с.*
6. *Шабалов Н. П. Неонатология: учебник. в 2-х т. / Н.П.Шабалов. СПб., 2004.*
7. *Яцык Г. В., Боровик Т. Э., Ладодо К. С. и др. Рациональное вскармливание недоношенных детей / Методические указания. Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 2004. -28 с.*
8. *Dasgupta S, Arya S, Choudhary S, Jain SK. Amniotic fluid: Source of trophic factors for the developing intestine. World J Gastrointest Pathophysiol. 2016;7(1):38-47. doi: 10.4291/wjgp.v7.i1.38. Pu*
9. *Neu J. Gastrointestinal development and meeting the nutritional needs of premature infants. Am J Clin Nutr. 2007;85(2):629S-34S. PubMed PMID: 17284768*

УДК 618.4-089.5

ОСОБЕННОСТИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ И ЕЕ ВЯЗКОСТИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ С НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

асс. каф. Богомолец К.Ю., асс. каф. Тихонова Т.С., д.м.н., профессор Алымбаев Э.Ш
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра факультетской педиатрии
Кыргызский Государственный Технический Университет имени И. Раззакова
Кафедра механики и промышленной инженерии, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В Кыргызстане остро стоит проблема заболеваний почек. По данным ВОЗ на 2010 год число людей, нуждающихся в проведении диализа составляло 305 человек, и уже к 2015 году их число возросло до 1488. По данным Министерства здравоохранения на 2019 год, в республике получают диализ 1508 человек и 1235 из них имеют почечную недостаточность. При обзоре международных статей обращает на себя внимание недостаточно широкое освещение нефритического синдрома. Несмотря на достижения нефрологии последних лет, проблема стабилизации или замедления прогрессирования заболеваний почек остается до конца нерешенной. Ретроспективно в Национальном центре охраны материнства и детства, отделении нефрологии была произведена выборка историй болезней за 2016 –

2020 г. Под наблюдением за отчетный период находилось 89 детей с диагнозом гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Группы разделились по этиологическим факторам приведшим к заболеванию: 1 группа - дети с постстрептококковым гломерулонефритом (38 пациентов, 42,7%); 2 группа – дети с постинфекционным гломерулонефритом не ясной этиологии (51 пациент, 57,3%).
Ключевые слова: гломерулонефрит, нефритический синдром, свертывающая система крови, вязкость крови, биофизика крови

Актуальность

В Кыргызстане остро стоит проблема заболеваний почек. По данным ВОЗ на 2010 год число людей, нуждающихся в проведении диализа составляло 305 человек, и уже к 2015 году их число возросло до 1488. По данным Министерства здравоохранения на 2019 год, в республике получают диализ 1508 человек и 1235 из них имеют почечную недостаточность. При обзоре международных статей обращает на себя внимание недостаточно широкое освещение нефритического синдрома. Несмотря на достижения нефрологии последних лет, проблема стабилизации или замедления прогрессирования заболеваний почек остается до конца нерешенной.

Установлено, что одним из важных механизмов патогенеза гломерулонефрита при функционировании почек могут быть нарушения в системе свертывания крови (гемостаза) как местно в почках, так и с захватом микроциркуляторного русла других органов. При значительном иммунном ответе создаются предпосылки для трансформации локальной внутрисосудистой коагуляции в органе-мишени — почке, в диссеминированную с развитием клинической картины ДВС-синдрома [2]. Активация системы гемостаза способствует прогрессированию нефрита и склерозированию клубочков через внутрисосудистую коагуляцию, образование местных тромбов и отложение фибрина [3].

Наиболее выраженные изменения в системе гемостаза при нарушении функциональной способности почек отмечаются при смешанной форме хронического гломерулонефрита (ГН), нефротическом синдроме (НС), геморрагической лихорадке с почечным синдромом, гематурическом варианте хронического нефрита, нефропатии беременных, волчаночном нефрите, липоидном нефрозе и при остром гломерулонефрите. Доказано, что нарушение системы гемостаза является одним из основных патологических явлений, сопутствующих хронической болезни почек (ХБП)[5].

Понимание характера и выраженности изменений показателей системы гемостаза позволяет своевременно применять терапию антиагрегантами, антикоагулянтами, тем самым влияя на течение патологического процесса.

Цель: Выявление маркеров поражения системы гемостаза при гломерулонефрите с нефритическим синдромом.

Материалы и методы. Ретроспективно в Национальном центре охраны материнства и детства, отделении нефрологии была произведена выборка историй болезней за 2016– 2020 г. Под наблюдением за отчетный период находилось 89 детей с диагнозом гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Из них было 39 девочек и 50 мальчиков, средний возраст составил 10 лет. Данные дети вошли в исследуемые группы. Группы разделились по этиологическим факторам приведшим к заболеванию: 1 группа - дети с постстрептококовым гломерулонефритом (38 пациентов, 42,7%); 2 группа – дети с постинфекционным гломерулонефритом не ясной этиологии (51 пациент, 57,3%). На каждого больного составлялась карта, были проведены необходимые лабораторные анализы. Полученные результаты вносились в SPSS 20.0, для дальнейшей обработки данных.

Материалом исследования являлось ОАК и свертывающая система крови. Исследовали показатели форменных элементов, гемоглобин, холестерин, фибриноген, общий белок, протромбиновое время и индекс, МНО.

Результаты и обсуждение

В ходе анализа полученных данных групп наибольшее количество детей было из Чуйской области (1 группа – 34,2%, 2 – группа – 57,3%). Результаты распределения по областям отразили в таблице 1.

Таблица 1.

Области и регионы	Группы	
	1 группа	2 группа
г Бишкек	4 (10,5%)	4 (7,9%)
Чуйская область	13 (34,2%)	16 (31,3%)
Нарынская область	6 (15,8%)	9 (17,6%)
Джалал-Абадская область	5 (13,16%)	5 (9,8%)
Ошская область	2 (5,3%)	1(2%)
Таласская область	3 (7,9%)	7 (13,6%)
Баткенская область	1 (2,65%)	1 (2%)
Иссык-Кульская область	4 (10,4%)	8 (15,8%)

Как видно из таблицы две группы обладают примерно одинаковым распределением. Во второй группе с небольшой разницей преобладают по частоте встречаемости Нарынская, Таласская и Иссык-Кульская области.

По гендерным показателям соотношение в группах распределилось следующим образом: в первой группе превалировали дети женского пола - 21 ребенок (55,3%); во второй группе большинство были мужского пола - 33 (64,7%). Средний возраст для двух групп – 10,3 лет. Из ниже расположенного графика можно сделать выводы об этиологической природе заболевания у детей (график 1).

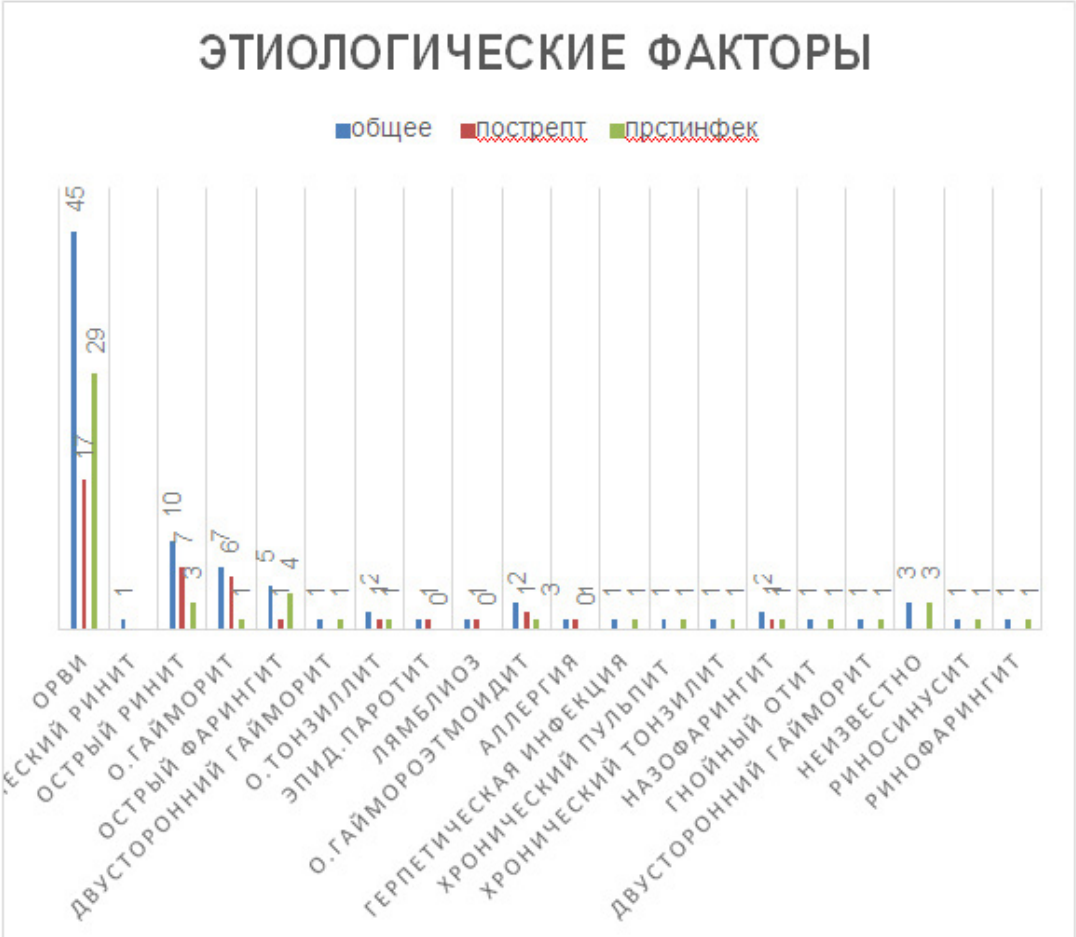


График 1. Этиологические факторы развития гломерулонефрита с нефритическим синдромом.

В обеих исследуемых группах ОРВИ было наиболее частой причиной возникновения гломерулонефрита с нефритическим синдромом (1 группа – 44,7 %, 2 – группа – 56,7%). В первой группе также наиболее частыми причинами: острый ринит (18,4%), острый гайморит (15,7%) и острый гайморoэтмоидит (5,2%). Во второй группе частыми причинами: острый ринит (5,8 %), острый фарингит (7,8%) и в 3 случаях причина осталась неясной.

Для определения показателей свертывающей системы крови и определения ее вязкости в обеих группах однократно были взяты соответствующие анализы. А также в общем анализе мочи определяли наличие гематурии. В первой группе у детей с постстрептококовым гломерулонефритом частота возникновения гематурии составила – 27 случаев (71,05%), во второй группе – 31 случай (60,7%). В общем анализе крови были выявлены различные отклонения от возрастных показателей. Оценивались показатели способные повлиять на вязкость и свертываемость крови.

Кровь - ньютоновская жидкость. То есть вязкая жидкость, подчиняющаяся в своём течении закону вязкого трения Ньютона, то есть касательное напряжение и градиент скорости в такой жидкости линейно зависимы. Коэффициент пропорциональности между этими величинами известен как вязкость.

Вязкость крови – это интегральный показатель, зависящий от многих условий, определяющих ее макро- и микрореалогические свойства [7].

Вязкость крови зависит, в основном от скорости сдвига, свойств плазмы, относительного обьема эритроцитов и механических свойств эритроцитов, температуры. С точки зрения лабораторных показателей наибольшее значение имеют четыре фактора: гематокрит (Ht), вязкость плазмы (ВП), агрегация и деформируемость эритроцитов АЭ и ДЭ). Для расчета скорости сдвига применяли формулу:

$$\left(\left| \overrightarrow{gradV} \right| = \frac{dv}{dx} \right)$$

Вязкость крови зависит от скорости сдвига в диапазоне 0,1 – 120 $с^{-1}$. При низких скоростях сдвига наблюдается повышение вязкости крови, и наоборот. В нашем случае для проведения данного расчета оценивали гематокрит (Ht). В норме гематокрит равен 0,4 – 0,5 Ед. В первой группе среднее значение гематокрита составило 33,7 %. Соотнося полученные результаты с возрастными нормативами отмечается значительное понижение показателей гематокрита, таким образом указывается на понижение вязкости крови (7-10 лет – от 28,5% до 33,7 % (норма 39%), 2-5 лет – от 26,7% до 31,2 % (норма 37%), старше 10 лет - от 33,4 % до 45,4 % (норма 39 - 47%)).

Во второй группе среднее значение гематокрита составило 36,7 %.

Соотнося полученные результаты с возрастными нормативами отмечается еще более значительное понижение показателей гематокрита, таким образом указывая набольшее понижение вязкости крови в сравнении с первой группой (7-10 лет – от 26 % до 36,6 % (норма 39%), 2-5 лет – от 25,7% до 33,2 % (норма 37%), старше 10 лет - от 28 % до 38,8 % (норма 39-47%)). Так как средние значения гематокрита в обеих группах были ниже нормы, важным здесь явилось установление связи между гематокритом и скоростью сдвига (график 2).

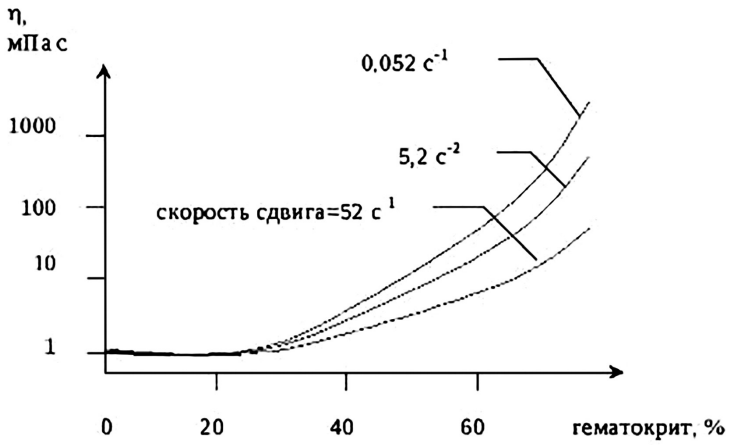


График 2. Соотношение показателей вязкости крови к гематокриту и к скорости сдвига.

Чем ниже процентное соотношение гематокрита, тем выше скорость сдвига. Проведя анализ полученных результатов и с помощью построенного графика можно сделать вывод о снижении вязкости крови в обеих группах, основываясь на данных гематокрита и скорости сдвига.

Вторым по значимости для определения вязкости крови являются показатели количества эритроцитов. В первой группе среднее количество эритроцитов составило - 4,08, во второй группе - 4,09. Оценка вязкости крови является прогностическим фактором сердечно-сосудистых и других осложнений у пациентов с гломерулонефритом. Важным показателем вязкости крови является уровень холестерина. Чем выше уровень, тем выше вязкость крови. По полученным данным показатели холестерина в обеих группах находились либо в пределах возрастных норм (от 3,7 до 5 ммоль/л), либо ниже нормы. Минимальное значение в первой группе составило 2 ммоль/л, во второй группе 2,12 ммоль/л. При уменьшении вязкости крови возрастает скорость оседания эритроцитов (СОЭ).

Взаимосвязь между вязкостью и СОЭ (агрегацией) состоит в том, что поверхность эритроцитов обладает отрицательным зарядом, препятствующим агрегации, в свою очередь возникающей при сближении сил кулоновского отталкивания. Степень агрегации повышается при различных патологических процессах. В первой группе среднее значение СОЭ составило 16,89 (максимальное - 64, минимальное – 2), во второй группе - 18,0 (максимальное – 50, минимальное – 2). Оценивая все полученные результаты можно сделать вывод о снижении вязкости крови у детей с гломерулонефритом, нефритическим синдромом. Наибольшее снижение вязкости крови было выявлено во второй группе.

На коагулограммах двух групп отмечалось повышение фибриногена (норма 2,7 – 4,0 гр). Средний показатель в первой группе составил 4,8 гр (максимальное значение - 8,2), во второй группе – 4,65 гр (максимальное значение – 10,0). В менее чем 2% от общего числа обследуемых значения были ниже нормы (1,04 – 1,16). Протромбиновое время в обеих группах было выше нормы в половине случаев (норма 11-15с). В первой обследуемой группе среднее значение было 17,29 сек (максимальное – 33,7 сек, минимальное – 10,3 сек), во второй группе - 16,0 сек (максимальное – 28 сек, минимальное – 12 сек). Протромбиновый индекс в первой группе

имел среднее значение 75,88 %. В 18 случаях индекс (47,3%) был ниже нормы. В группе детей с постинфекционным гломерулонефритом неясной этиологии (2-группа) протромбиновый индекс имел среднее значение 77,4%. Наблюдалось снижение индекса от нормали в 19 случаях (37,2%). Показатели МНО (норма 0,82-1,18): в первой группе МНО выше нормы в 27 случаях (71,05%) (максимальное значение – 5,1), во второй группе МНО выше нормы в 36 случаях (70,6%) (максимальное значение – 4,3).

Заключение

Наибольшее количество детей с гломерулонефритом было выявлено в Чуйской области. Во второй группе также преобладали обследуемые из Нарынской, Иссык-Кульской и Таласской областей. Основной этиологической причиной в обеих группах была острая респираторно- вирусная инфекция. Также часто встречались такие этиологические

факторы как острый ринит, острый фарингит и острый гайморит. По гендерным показателям соотношение в группах распределилось

следующим образом: в первой группе превалировали дети женского пола - 21 ребенок (55,3%); во второй группе большинство детей было мужского пола - 33 (64,7%). В двух обследуемых группах с гломерулонефритом с

нефритическим синдромом наблюдалось снижение показателей вязкости крови. Наибольшее снижение вязкости крови было выявлено во второй группе. Со стороны свертывающей системы крови в половине случаев наблюдалось повышение показателей фибриногена, протромбинового времени и МНО. Протромбиновый индекс в половине случаев был ниже нормы в обеих группах. Исходя из полученных результатов, можно

сделать вывод, что наиболее сильные изменения в реологии крови

наблюдаются у детей с постинфекционным гломерулонефритом. Прогноз при таком заболевании весьма затруднителен в связи с широтой этиологических факторов, локализацией инфекции и течением самого

заболевания. Летальность в острой стадии не превышает 1%. При

стрептококковом гломерулонефрите прогноз более благоприятен. В связи с полученными результатами выявляется необходимость в ранней

диагностике, лечении и профилактике данного заболевания и его возможных осложнений.

Литература

1. *Баркаган З.С., Момот А.П. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза/М.:»Нью-диамед», 2001.*
2. *Гринштейн Ю.И., Ивлев С.В., Татаренко Н.Е. Особенности гемостаза при гломерулонефрите и хронической почечной недостаточности/ SMJ ,2003.*
3. *Сократов Н.В. Патогенетические механизмы изменений системы гемостаза при заболеваниях почек/ Вестник ОГУ, 2005.*
4. *Сократов Н.В. Открытие новой биологической закономерности патогенеза нарушений системы гемостаза при заболеваниях почек // Современные наукоемкие технологии. 2014.*
5. *Мельник А.А. Система гемостаза и ее регуляция при нарушении функциональной способности почек/Почки, 2016.*
6. *N Liu,N. Mori, N. Iehara et al /Soluble fibrin formation in the mesangial area of IgA nephropathy / / Clin Exp Nephrol. 2007.*
7. *Гордеев И. Г., Таратухин Е. О., Шайдюк О.Ю. Клиническая физиология гемостаза. М.: Силицея-Полиграф; 2013*

УДК 159.92

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВАЯ СФЕРА ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Джураева С.Д., Ахметова З.А.,

науч. руководитель – к. пс.н., доцент, Кыргызско-Российский Славянский университет, доцент каф. психологии, e-mail: ahzarina@ramler.ru

Джураева С.Д. – ассистент кафедры хирургии ЖАГУ

Ахметова З.А., -– к пс.н., доцент кафедры психологии КРСУ

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей является одной из самых частых детских поведенческих расстройств и наиболее частых причин обращения за помощью к психологу, психиатру, неврологу. Поэтому в последнее время синдрому дефицита внимания и гиперактивности уделяется всё больше внимания во всех странах, в том числе и в Кыргызстане. Актуальность данной проблемы определяется следующими факторами.

Высокая частота данного синдрома в детской популяции. Данные о распространенности СДВГ в разных странах отличаются широкой вариабельностью: от 1—3% в Великобритании до 4—20% в США. В России до сих пор отсутствуют эпидемиологические данные о частоте встречаемости синдрома дефицита внимания и гиперактивности. По данным Ю.С. Шевченко, диапазон колебаний 24—40%, по данным Н.Я. Семаго, — от 2 до 20 в детской популяции, по материалам Н.Н. Заваденко [3] — от 4 до 9,5%. В целом по России, по данным различных авторов, распространенность синдрома колеблется от 2 до 47%. Частота СДВГ у детей школьного возраста, по данным разных авторов, варьирует от 2 до 20%. Такой широкий диапазон распространения СДВГ— от 1 до 47% — обусловлен прежде всего отсутствием единых диагностических критериев и методов оценки симптомов заболевания.

Большая социальная значимость СДВГ обусловлена тем, что синдром является самой частой причиной нарушений поведения и трудностей обучения в дошкольном и школьном возрасте (100%), школьной дезадаптации [8].

Интерес и сложность проблемы заключается и в том, что она является комплексной: медицинской, психологической и педагогической. Для объяснения патогенеза СДВГ предложены многочисленные концепции. Несмотря на это к настоящему времени причины и механизмы развития, способы диагностики, лечения и психологической коррекции СДВГ остаются недостаточно выясненными.

В развитии ребенка с гиперкинетическим расстройством особое место занимает эмоционально-волевая сфера. Воля и эмоции тесно связаны между собой, так как большинство волевых качеств включают в свою структуру выраженный эмоциональный компонент. Поэтому *целью* данной работы является анализ исследований, посвященных изучению развития эмоционально-волевой сферы детей с СДВГ.

У детей с гиперкинетическим расстройством при выполнении любой деятельности доминирует эмоциональный компонент, а если эмоции стимулируют деятельность, то волевые качества отходят на второй план. Следовательно, у гиперактивных детей эмоции определяют поведение. Мотивационная сторона

деятельности ребенка с СДВГ также всегда страдает. Такому ребенку не хватает побуждений, чтобы начать деятельность или ее продолжить. Ребенка должно что-то очень сильно заинтересовать, чтобы он мог этим заниматься довольно долго и продуктивно.

Нарушения в эмоционально-волевой сфере, по данным Н.Н. Заваденко и др. [3], имеют место у 72% мальчиков и 74% девочек с СДВГ. Прежде всего, это чрезмерная возбудимость и импульсивность, обусловленные дефицитом сдерживающего контроля и саморегуляции поведения. Эмоциональное развитие, как правило, запаздывает, что проявляется неуравновешенностью, вспыльчивостью, нетерпимостью к неудачам. Характерна частая смена настроения. Эмоциональные реакции зачастую непредсказуемы — с неожиданными и немотивированными переходами от смеха к слезам.

Проблема *тревожности* у детей с СДВГ отличается высокой социальной значимостью. Ей посвящено значительное количество исследований не только в психологии, но и в психиатрии, патопсихологии, физиологии и философии. Интерес к проблеме тревожности как сопутствующего фактора при синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) не случаен, тревожность повышена, по данным Э. Мэша и др. [7], у 25%, А.Д. Кошелева и Л.С. Алексеева отмечают у 69,7% [5], О.В. Лапшина – у 43% [6], Н.Н. Заваденко [3] - у 74% мальчиков и 76% девочек с СДВГ. Поэтому в литературе можно встретить попытки выделения СДВГ с сопутствующими тревожными расстройствами в самостоятельную форму данного синдрома.

Доказано, что повышенная тревожность является негативной характеристикой и неблагоприятно сказывается на деятельности и формировании личности ребенка. Тревожные дети с СДВГ характеризуются более выраженной дезадаптацией, худшей школьной успеваемостью. Чрезмерная тревожность может вызывать нарушения когнитивных функций, связанных с памятью, вниманием, снижением скорости и качества мыслительных процессов, языком и речью. Такие дети в большей степени, чем другие, подвержены депрессивному настроению, легко расстраиваются из-за неудач. Наличие высокой тревожности у детей с СДВГ определяет более неблагоприятный прогноз и недостаточную эффективность терапии и психокоррекции. В связи с этим необходимо как можно раньше определять уровень тревожности у детей с СДВГ с целью его дальнейшей коррекции и профилактики.

Проблема тревожности – область интенсивных психологических исследований с начала XX века, причем в рамках разных теоретических направлений. Для некоторых ученых тревожность – устойчивое хроническое состояние, которое можно измерить в терминах личностных факторов (Cattell). Другие рассматривают ее как специфическую реакцию на ситуацию, в которой человек когда-то испытывал боль (Miller and Dollard).

Вслед за Спилбергером [1] многие теоретики проводят различия между состоянием тревоги и тревожностью как личностной чертой. А. Фернхем, П. Хейвен [9] считают, что в то время как состояние тревоги является временным, тревожность как черта – это относительно стабильный фактор индивидуальных различий. В большом психологическом словаре дано следующее определение тревожности: это «индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге его возникновения». Таким образом, тревожность не связана с какой-либо определенной ситуацией и проявляется почти всегда.

Проявления тревожности у детей с СДВГ обычно не выходили на первый план и не носили такого же стойкого характера, как основные проявления СДВГ: дефицит внимания, гиперактивность и импульсивность. Исследования В.В. Викторовой [2] показали, что личностная и ситуативная тревожность являются сопутствующим фактором у младших школьников с СДВГ, при этом основная роль принадлежит ситуативной тревожности, а характер связи устойчивости внимания и показателей тревожности имеют обратно пропорциональную зависимость. Согласно данным О.В. Лапшиной [6], тревожные расстройства наиболее характерны для мальчиков с комбинированным типом СДВГ и девочек с преобладанием невнимательности.

Выраженность тревоги при СДВГ может варьировать от легкого беспокойства до степени фобии с формированием избегающего поведения. Согласно исследованиям Н.Н. Заваденко и Н.Ю. Суворинoвой [4,8], признаки тревожности у детей с СДВГ проявлялись неуверенностью в себе, боязнью новых ситуаций, нежеланием посещать школу, навязчивыми действиями (сосет палец, грызет ногти, кусает губы и т.д.), трудностями засыпания и беспокойным сном. Такие дети опасаются быть оторванными от своих родителей, их пугают любые изменения в жизни, они боятся проходить тестирование, устанавливать межличностные контакты. О.В. Лапшина [6] в своих исследованиях детей с СДВГ, которому сопутство-

вала высокая тревожность, обнаружила высокую частоту головной боли напряжения (85%), нарушений сна (58,7%), тиков (41,2%), заикания (23,7%), энуреза (17,5%).

Для детей с СДВГ характерны беспокойство, внутренняя напряжённость, переживание чувства страха, депрессивность (20%), высокая эмоциональная раздражительность, плаксивость, эмоциональная неустойчивость, склонность остро переживать трудности. С высокой тревожностью тесно связаны такие параметры, как заниженная самооценка, комплекс неполноценности, неуверенность в себе. Дезорганизующее влияние тревоги на деятельность и поведение связано с тем, что у детей с СДВГ внимание характеризуется неадекватной направленностью на субъективно воспринимаемый потенциальный источник угрозы, в ущерб выполняемой в данный момент деятельности.

В тех случаях, когда подростки с СДВГ характеризуются повышенной тревожностью, выраженность импульсивности у них несколько ниже, чем у тех, кто страдает СДВГ без импульсивности, поскольку тревога может подавлять импульсивность. Однако, по данным Л.С. Чутко и др. [10], показатели импульсивности детей с СДВГ, сочетанном с тревожностью, достоверно выше, чем в группе сравнения, исследователи объясняют это тем, что это связано с более выраженной дисфункцией системы контроля поведения у детей с СДВГ в сочетании с высокой тревожностью. Высокая импульсивность является одним из факторов, усугубляющих дезадаптацию и ухудшающих прогноз при сочетании СДВГ с тревожностью, поскольку импульсивность сопряжена с повышенным риском травм, дорожно-транспортных происшествий и играет ключевую роль в развитии различных аддиктивных расстройств.

В целях профилактики и коррекции тревожности при СДВГ необходимо выявить причины возникновения такого сочетания. Анализ литературных данных посвященных исследованию тревожности как сопутствующего фактора при СДВГ позволил сгруппировать возможные причины сочетания тревожности с СДВГ следующим образом:

Биологические факторы.

Генетическая предрасположенность. В одних исследованиях отмечено, что влияние наследственной отягощенности является общим фактором риска для развития СДВГ и тревожности, другие данные указывают на то, что их наследование, вероятнее всего, осуществляется независимо, но в случаях сочетания они взаимно усиливают проявления друг друга. Исследования Л.С.Чутко [10], О.В.Лапшиной [6] показали, что тревожные расстройства чаще возникают у детей с СДВГ, чьи матери имеют высокий уровень тревожности (91% матерей таких детей обнаружили высокий уровень тревожности).

Нарушения регуляции одних и тех же нейробиологических систем, лежащих в основе СДВГ и тревожности. Речь идет о дисфункции префронтальной области коры головного мозга, приводящей к изменению формирования системы контроля поведения.

Факторы анте- и перинатальной патологии. У тревожных матерей чаще возникают отклонения от оптимального течения беременности, осложнения родов, которые могут оказывать косвенное воздействие на развивающийся мозг плода. Работы T. O'Connor, посвященные воздействию антенатальной материнской тревоги на развитие ребенка, показали, что высокий уровень тревожности на 32-й неделе удваивает риск возникновения СДВГ в возрасте 4-8 лет, тревожность на сроке 18 недель способствует развитию поведенческих и эмоциональных нарушений, но только у девочек. В исследованиях R.Van der Bergh выявлено, что тревожность матерей на сроке 12-22 недель является предвестником СДВГ у 8–9-летних детей, особенно у мальчиков.

Факторы социализации

Семейное воспитание может способствовать повышению тревожности при СДВГ благодаря нескольким механизмам. Во-первых, как было указано выше, у большинства тревожных детей с СДВГ, матери также подвержены высокой тревожности, как указывает О.В. Лапшина [6], тревожным матерям свойственны неправильные стили воспитания, такие как гиперопека или чрезмерная критичность, которые также могут способствовать развитию тревожности у детей. Во-вторых, родителей часто раздражает то, что дети с СДВГ беспокойны, навязчивы, эмоционально лабильны, недисциплинированны, непослушны, кроме того, дома такие дети обычно страдают от постоянных сравнений с братьями и сестрами, которые хорошо ведут себя и лучше учатся.

Проблемы во взаимоотношениях со сверстниками. Невнимательность во время игр и других занятий, отвлекаемость, импульсивность способствуют тому, что дети с СДВГ являются не очень хорошими партнерами. В их действиях прослеживается избыточное реагирование, не соответствующее содержанию ситуаций, невосприимчивость к оттенкам межличностных взаимоотношений. В коллективе они

являются источником постоянного беспокойства: шумят, не задумываясь, берут чужие вещи, мешают окружающим. Все это приводит к конфликтам, и ребенок становится нежеланным в коллективе. Инфантильность и импульсивность поведения приводят к крайней нетерпеливости, излишней активности в отстаивании собственных интересов, невзирая на требования родителей и педагогов, что нередко создает конфликтные ситуации. Эти затруднения могут привести к формированию заниженной самооценки, чувству «собственной неполноценности», и, как следствие, высокой тревожности.

Таким образом, эмоционально-волевая сфера страдает у 72% мальчиков и 74% девочек с СДВГ. Чаще всего для них характерна эмоциональная неустойчивость, проявляющаяся частой сменой настроения, неуравновешенностью, вспыльчивостью, чрезмерной возбудимостью, импульсивностью, нетерпимостью к неудачам. У подавляющего большинства детей с СДВГ повышена тревожность, выражающаяся в беспокойстве, внутренней напряжённости, переживании чувства страха, депрессивности, плаксивости, склонности остро переживать трудности. Недостаток волевой регуляции выражается частыми отказами что-либо делать, отсутствием интереса к систематическим занятиям, нецеленаправленностью и маломотивированностью деятельности. Все это требует особого внимания к детям, страдающим СДВГ, и требует оказания своевременной медицинской и психолого-педагогической помощи.

Литература:

1. *Spielberger, C. D. The effects on anxiety on complex learning and academic achievement. In Spielberger, C. D. (ed.), Anxiety and behavior. New York: Academic Press, 1966. 3-20.*
2. *Викторова В. В. Тревожность как сопутствующий фактор у детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: Московский ин-т открытого образования, 2010. 24 с.*
3. *Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Академия, 2005. 256 с.*
4. *Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю. Коморбидные расстройства при синдроме гиперактивности с дефицитом внимания у детей.//Журнал неврологии и психиатрии. 2007. №7. С. 30-35.*
5. *Кошелева А.Д., Алексеева Л.С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка. М.:НИИ семьи, 1997. 64 с.*
6. *Лапшина О. В. Тревожные расстройства у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб.: Ин-т мозга человека Российской Академии Наук, 2008. 23 с.*
7. *Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 384с.*
8. *Тревожность у детей с гиперактивностью и дефицитом внимания: терапевтическая эффективность пирацетама / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова. Метод. рекомендации каф. нерв. болезней пед. факультета РГМУ. М., 2002.*
9. *Фернхем А., Хейвен П. Личность и социальное поведение. СПб., Питер, 2001. 368 с.*
10. *Чутко Л.С., Айкбеков К.А., Лапшина О.В., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С., Яковенко Е.А., Анисимова Т.И. Коморбидные тревожные расстройства при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2008. Т.108, №3. С.49-52.*

УДК 159.9.019.43 (575.2) (04)

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Джураева С.Д., Ахметова З.А.,
науч. руководитель – к. пс.н., доцент, Кыргызско-Российский Славянский университет,
доцент каф. психологии, e-mail: ahzarina@ramler.ru

Джураева С.Д. – ассистент кафедры хирургии ЖАГУ
Ахметова З.А. – к. пс.н., доцент кафедры психологии КРСУ

На сегодняшний день важные теоретико-методологические аспекты, связанные с нарушением поведения детей, разработаны слабо: нет единства мнений в определении понятия «нарушение поведения» и относительно критериев нарушения поведения; отсутствует общепринятая систематика нарушений поведения; слабо представлены способы коррекции нарушений поведения младших школьников; несмотря на то, что проявления дезадаптации отмечаются еще в младшем школьном возрасте, подавляющая часть исследований ориентирована на подростковый возраст.

Поэтому в последние годы усиливается внимание широкого круга исследователей (психологов, врачей, социологов, педагогов и др.) к проблеме нарушений поведения у детей. Изучение нарушения поведения у детей имеет большое значение для психологов, поскольку одна из задач психологии состоит в разработке методов психолого-педагогической коррекции, а также в решении вопросов отбора в специальные школы.

Практика показывает, что большинство «трудных» детей любого возраста принадлежит к категории гиперподвижных. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей является самой частой причиной нарушений поведения. В последние десятилетия отмечается тенденция к более частой встречаемости синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) среди детей: 7,5-15 % в экономически развитых странах [19], 2-47% в России [12]. В Кыргызской Республике до сих пор отсутствуют эпидемиологические данные о распространенности СДВГ, однако, мы склонны предполагать, что и у нас в стране при нарастании темпов современной общественной жизни наблюдается стремительный рост случаев СДВГ, поскольку отмечается рост факторов, приводящих к данному синдрому [2]. Социальная значимость СДВГ определяется не только чрезвычайной распространенностью в детской популяции, но и тем, что данный синдром является одной из самых частых причин обращения за помощью к специалистам [12], трудностей обучения (100% [18]), школьной дезадаптации [11,12,16]. К подростковому возрасту у этих детей могут нарастать нарушения поведения, поэтому они входят в группу риска по совершению правонарушений, развитию алкоголизма и наркоманий [3,11,16]. В связи с этим усилия специалистов должны быть направлены на своевременное выявление и коррекцию СДВГ. Поэтому *целью* данной работы состоит в теоретическом анализе проблем поведения детей, страдающих синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Нарушение поведения – это такое отклонение поведения от общепринятых стандартов или манеры вести себя, которые препятствуют полноценному взаимодействию с окружающим миром и удовлетворению потребностей.

С психиатрической точки зрения, проблемы поведения определяются как явные психические расстройства на основе симптомов, описанных в DSM. Согласно МКБ 312, нарушения поведения – это расстройства, включающие главным образом агрессивность и деструктивное поведение, и расстройства, включающие правонарушения. Могут иметь место также легкие эмоциональные расстройства. В справочнике DSM IV TR расстройства социального поведения – это устойчивые паттерны антисоциального поведения, представленные категориями оппозиционно-демонстративного расстройства и расстройства поведения. Проблемное поведение часто называют девиантным, отклоняющимся [20].

К.С. Лебединская и др. [14] дифференцируют патологические и непатологические формы нарушений поведения, именно последние нуждаются в первую очередь в психолого-педагогической, социальной коррекции, а патологические формы требуют совместных усилий педагога и врача, медикаментозной терапии.

По данным Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Сувориновой, нарушения поведения встречаются у 71% мальчиков и 68% девочек с СДВГ [10,11,18]. Согласно Э. Мэш, Д. Вольф [17], около 50% детей с расстройством поведения также страдают и СДВГ. Возможные причины для такого совпадения: а) общий фактор (импульсивность или плохая саморегуляция) может привести как к расстройству поведения, так и к СДВГ; б) СДВГ может быть катализатором расстройств поведения, придав им устойчивость и/или способствуя развитию более серьезных проблем в поведении; в) СДВГ может привести к более раннему возникновению расстройств поведения, в свою очередь определяющих постоянные проблемы в жизни ребенка [10]. Присоединение к СДВГ расстройств поведения сопровождается нарастанием симптомов СДВГ. Сопутствующие СДВГ нарушения поведения рассматриваются в качестве прогностически неблагоприятных факторов.

Нарушения поведения с СДВГ часто объясняется дефицитарностью произвольного внимания. Известно мнение классика психологии Л.С. Выготского о взаимосвязи внимания и поведенческой сферы, выраженное в знаменитой фразе: «История внимания ребенка есть история развития организованности его поведения» [4, с. 418]. По мнению П.Я. Гальперина, внимание – это действие контроля, которое оказывает положительное влияние на любую деятельность, с которой оно связывается. Ученый считает, что произвольное внимание - это контроль за действием, выполняемый на основе заранее составленного плана, с помощью заранее установленных критериев и образцов [5]. Экспериментальное исследование

З.А. Ахметовой и др. доказало взаимосвязь произвольного внимания с такими поведенческими характеристиками, как гиперактивность, импульсивность, реакция оппозиции, тревожная депрессивность, социальная дезадаптация [1].

С психологической точки зрения проблемы поведения ребенка, как считают Э. Мэш и Д. Вольф [17], связаны со статистической характеристикой, которую называют экстернализированным поведением, заключающимся в сочетании импульсивных, сверхактивных, агрессивных и делинквентных актов. Поэтому большинство авторов к непатологическим формам нарушениям поведения, встречающимся при СДВГ, относят импульсивность, упрямство, непослушание, негативизм, задиристость, агрессивность, склонность к риску (50% детей с СДВГ), некоторые формы делинквентного поведения, а также трудности во взаимодействии с окружающими людьми. Согласно данным И.Ю. Заломихиной, в связи со значительными нарушениями поведения 18% школьников с СДВГ обучалось на дому [12].

Склонность к риску является одним из последствий импульсивности [7]. Согласно данным Э. Мэш, Д. Вольф [17], до 50% детей с СДВГ считаются склонными к риску. В результате несчастных случаев они более чем в 2 раза чаще, по сравнению с другими детьми, получают переломы костей, рваные раны, тяжелые ушибы, отравления или черепно-мозговые травмы. Пожизненная предрасположенность к риску и тяга к опасным ситуациям в сочетании с пониженной склонностью к здоровому образу жизни предопределяют прогноз меньшей продолжительности жизни (в среднем — на 8 лет короче). Паттерны рискованного поведения могут проявляться в том, что лица с СДВГ часто попадают в дорожно-транспортные происшествия [15]; СДВГ — существенный фактор риска раннего начала курения, злоупотребления психоактивными веществами и рискованного сексуального поведения, такого как промискуитет или игнорирование средств защиты [17].

Агрессивность. По данным А. Кошелевой и др. [13], матери 66% детей с СДВГ отмечают, что их дети вступают в конфликты во время игр, агрессивны, согласно А. Максимовой [15], у 65 % детей с СДВГ есть проблемы с повиновением вышестоящим авторитетам, в том числе проявления агрессивности на словах и вспышки раздражения, по И.П. Брязгунову и др. [3], 32% гиперактивных детей проявляют агрессивное поведение. Все эти данные свидетельствуют о том, что агрессивность – это весьма распространенное явление у детей с СДВГ. По сведениям А. Максимовой [15], такое поведение уже начинает проявляться среди детей с СДВГ так называемого ползункового возраста, эти дети дерутся, царапаются, кусаются, без видимых причин ими овладевают припадки ярости, все разрушают, проявляют агрессивность к другим детям и даже по отношению к взрослым. Как указывает Е. Дударева [9], гиперактивные дети, как правило, не злы, они не способны долго вынашивать обиду или планы мести, не склонны к целенаправленной агрессии, но в запале драки, когда отказывают слабые механизмы торможения, они могут быть безотчетно жестоки. Е.А. Дремова [8] считает, что ребенок ожесточается в результате постоянных укоров, одергиваний, наказаний. Так как он способен вывести из себя даже самых спокойных взрослых, никого столько не укоряют, не наказывают, не одергивают, сколько его. В результате ребенок ожесточен, у него развивается отрицательная, а часто агрессивная реакция на окружающих, он становится неуправляемым, «трудным» ребёнком. Такая модель защитного поведения порой выгодна для него, а потому трудно исправима, считают И.П. Брязгунов и др. [3].

Около 50% всех детей с СДВГ (по данным Н.Н. Заваденко и др. [10,11,18], у 43,4 %), в основном мальчики в возрасте 7 лет и старше, обнаруживают признаки оппозиционно-вызывающего расстройства. Сочетание СДВГ с оппозиционно-вызывающим расстройством нередко рассматривают как «агрессивный подтип СДВГ». Они проявляют повышенную реактивность, агрессивны по отношению к сверстникам, упрямы, нетерпеливы и драчливы, в подростковом возрасте могут отличаться особой жестокостью, склонностью к нарушениям общественного порядка.

Делинквентное поведение. Будучи подчиняемыми и ведомыми, подростки с СДВГ склонны к вовлечению в подростковые группировки, совершению правонарушений, употреблению алкоголя и наркотиков [3,11,16].

Примерно у 30–50% детей с СДВГ может развиваться кондуктивное расстройство: нарушение общественного порядка, часто возникают серьезные проблемы в школе или с органами правопорядка. Они могут драться, лгать, воровать, устраивать пожары, уничтожать собственность или использовать запрещенные наркотические препараты. СДВГ часто способствует развитию аддиктивных расстройств: алкоголизма и наркомании; у девочек часто встречаются незапланированные беременности.

Подростками с СДВГ в 4 раза чаще попадают под арест [16], чем их сверстники, не страдающие СДВГ, часто попадают в асоциальные компании [3], особенно если сдерживание и подавление постоянно и ребенка в конце концов убедили, что он «самый плохой», такой ребенок может игнорировать учебу в школе или может стать неустойчивым, в таком случае он слепо следует за любой подростковой группой в праздном времяпрепровождении [6]. Другая причина, по которой ребенок попадает в асоциальные компании, состоит в том, что он живёт в состоянии непрерывного стресса, уходя утром в школу, он знает, что его опять будут ругать. Довольно быстро такой ребенок находит место, где все его особенности принимаются и даже одобряются. Это место – улица, двор [9].

Ю.С. Шевченко отмечает, что частота асоциального поведения у подростков с синдромом СДВГ колеблется от 10 до 50%, по данным И.Ю. Заломихиной [12] - у 11% школьников 10—11 лет. Как правило, эмоциональное развитие таких детей запаздывает, проявляются неуравновешенность, вспыльчивость, нетерпимость к неудачам. R. Barkley называет следующие факторы, способствующие развитию асоциального поведения у подростков с СДВГ: выраженные симптомы в детском возрасте, СДВГ у родителей, низкий социально-экономический статус семьи, низкий интеллектуальный уровень родителей. Согласно А. Максимовой [15], причины, по которым ребенок с СДВГ совершает антиобщественные поступки, кроются в том, что такой ребенок не способен предугадать результаты своего поведения и не признает авторитетов.

Возрастные особенности нарушений поведения при СДВГ.

Если в дошкольном возрасте среди детей с СДВГ преобладают гипервозбудимость, двигательная расторможенность, моторная неловкость, отвлекаемость наряду с задержкой темпов психомоторного и эмоционального развития, то в младшем школьном возрасте на первый план выступают нарушения поведения, трудности в обучении, формирование школьной дезадаптации, нарастание проблем во взаимоотношениях с окружающими. В подростковом возрасте у детей с СДВГ нередко нарастают нарушения поведения, агрессивность, трудности во взаимоотношениях в семье и школе, ухудшается успеваемость, может появиться тяга к употреблению алкоголя и наркотиков [11]. Окружающие по-прежнему характеризуют поведение подростков с СДВГ как незрелое, не соответствующее возрасту. Взрослые с СДВГ чаще страдают поведенческими расстройствами или аддиктивными расстройствами, чем их здоровые сверстники. Вероятность криминального поведения в зрелости возрастает в тех случаях, когда СДВГ сочетается с расстройствами поведения. По данным Н.Н. Заваденко, нарастание нарушений поведения с формированием его антисоциальных форм наблюдается у 25 % взрослых, включая конфликты с другими людьми, нестабильные ситуации с работой, злоупотребление алкоголем, прием наркотиков. Прямая связь между СДВГ и совершением преступлений отсутствует [16].

Таким образом, синдром дефицита внимания с гиперактивностью способствует возникновению сопутствующих нарушений в сфере поведения, таких как импульсивность, стремление к риску, агрессивность, делинквентное поведение. Все эти поведенческие проявления снижают качество жизни таких детей, часто приводят к школьной дезадаптации и проблемам во взаимоотношениях с окружающими, а также препятствуют полноценному взаимодействию с окружающим миром и удовлетворению потребностей. Поэтому существует необходимость в дальнейшем изучении данной проблемы, разработке способов диагностики и коррекции этого синдрома. Поскольку между концентрацией произвольного внимания и поведенческими шкалами существуют корреляционные связи, можно надеяться, что коррекционные мероприятия, направленные на развитие произвольного внимания, окажут положительное влияние и на поведенческую сферу детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Литература.

1. *Ахметова З.А., Курбанова Р.Х., Ташмухамедова Д.Х. Взаимосвязь произвольного внимания и нарушений поведения младших школьников // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2018. Т. 18, №1. С. 174-178.*
2. *Ахметова З.А., Капарова Ч.М. Социально-психологические факторы распространенности синдрома дефицита внимания и гиперактивности среди детей // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2016. Т. 16, №12. С. 149-154.*
3. *Брязгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. - М.: Изд-во Ин-та Психотерапии, 2001. 96 с.*
4. *Выготский Л.С. Психология развития человека. / Л.С. Выготский. М.: Изд-во Смысл; Изд-во Эксмо, 2005. 1136 с.*
5. *Гальперин П. Я. К проблеме внимания // Психология как объективная наука / П. Я. Гальперин. М.: Издательство Институт практической психологии, Воронеж: НПО Модек, 1998. С. 415—424.*

6. *Гарбузов В.И. Сверхподвижные и пассивные дети. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://adalin.mospsy.ru/r_02_00/r_02_05l.shtml*
7. *Горпинич Ж. О. Гиперактивность детей младшего школьного возраста. [Электронный ресурс] – Режим доступа: //http://festival.1september.ru/articles/103539/?member=103539*
8. *Дремова Е.А. Гиперактивные дети и проблемы их обучения. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.education.rekom.ru/5_2001/dremowa.html*
9. *Дударева Е. Гипердинамический ребенок. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.e1.ru/articles/kid/page_1/000/384/article_384.html*
10. *Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю. Коморбидные расстройства при синдроме гиперактивности с дефицитом внимания у детей.//Журнал неврологии и психиатрии. 2007. №7. С.30-35.*
11. *Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Румянцева М.В. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики // Дефектология. 2003 г. №6. С.13- 20.*
12. *Заломихина И.Ю. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Журнал «Логопед». 2007. № 3. С.33-39.*
13. *Кошелева А.Д., Алексеева Л.С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка. М.:НИИ семьи, 1997. 64 с.*
14. *Лебединская К.С., Райская М.М., Немировская С.В., Грибанов Г.В., Ростягайлова Л.И., Явкин В.М. //Журнал Дефектология. 1982. № 2. С.11- 18.*
15. *Максимова А. Гиперактивность и дефицит внимания и у детей / А. Максимова. Ростов н/Д.: Феникс, 2006. 224 с.*
16. *Монина Г. Б., Лютова-Робертс Е. К., Чутко Л. С. Гиперактивные дети: психолого -педагогическая помощь. Монография. СПб.: Речь, 2007. 186 с.*
17. *Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 384с.*
18. *Тревожность у детей с гиперактивностью и дефицитом внимания: терапевтическая эффективность пирацетама / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/02_03c/30.shtml*
19. *Хотылева Т.Ю., Ахутина Т.В. Технологии психолого–педагогической помощи детям с СДВГ в Норвегии // Электронный журнал «Психологическая наука и образование». 2010. №5. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.psyedu.ru/journal/2010/5/Hotyleva_Ahutina.phtml*
20. *Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков. М.: Академический проект; Трикста, 2005. 336 с.*

СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Карбозова Н., Мусуркулова Б.А., Болотбекова А.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Наши данные свидетельствуют о том, что распространенность врожденных пороков сердца остается на высоком уровне, особенно в Чуйской области. Это связано с внутренней миграцией населения. Высокий риск наблюдался у женщин с выкидышами и мертворождениями в анамнезе, и у перенесших ОРВИ в первом триместре беременности. По результатам наших исследований выявляемость ВПС в родильных домах является высокой.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, дети, изолированные пороки сердца, сложные пороки сердца.

БАЛДАРДЫН ТУБАСА ЖҮРӨК КЕМТИГИНИН СТРУКТУРАСЫ ЖАНА КЛИНИКАЛЫК КӨРҮНҮШТӨРҮ

Карбозова Н., Мусуркулова Б.А., Болотбекова А.Ж.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициалык академиясы.

Кыргыз Республикасы, Бишкек шаары.

Корутунду: Биздин маалыматтар боюнча тубаса жүрөк кемтигинин кездешүүсү жогорку деңгээлде боюнча калууда, өзгөчө Чүй облусунда. Бул ички миграция менен шартталган. Кош бойлуулуктун алгачкы чейрегинде сасык тымоо менен ооруган аялдарда, тарыхында боюнан түшкөн же баласы өлүү

төрөлгөн аялдарда жогорку тобокелдик байкалган. Биздин изилдөө боюнча тубаса жүрөк кемтигин аныктоо төрөт үйлорүндө эле жогорку деңгээлде экендиги байкалды.
Негизги сөздөр: тубаса жүрөк кемтиги, балдар, жалгыз жоолугучу жүрөк кемтиги, татаал жүрөк кемтиги.

STRUCTURE AND CLINICAL MANIFESTATIONS OF CONGENITAL HEART DISEASES IN CHILDREN

Karbozova N., Musurkulova B.A., Bolotbekova A.J.
Kyrgyz State Medical Academy named after Akhunbaev K.I.
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Our study indicate that congenital heart diseases remain at a high level, the most common are in the Chui region. This is due to internal migration. A high risk was observed in women with a history of miscarriages and stillbirths, and in those who had acute respiratory disease in the first trimester of pregnancy. According to the results of our studies, the detection of congenital heart diseases in maternity hospitals is high.
Key words: congenital heart diseases, children, isolated heart diseases, difficult heart diseases.

Актуальность. Врожденный порок сердца проявляется дефектами развития магистральных сосудов и сердца, а также его положения, и являются результатом нарушения эмбрионального развития. Врожденные пороки сердца являются одними из самых распространенных пороков развития, и остаются насущной проблемой во всем мире независимо от национальной экономической ситуации.

Смертность от врожденных пороков сердца (ВПС) является основной проблемой детской кардиологии в Кыргызской Республике. В 2019 году в 19,3% случаев детской смертности наблюдается от врожденных пороков сердца, занимая второе место (после патологии перинатального периода), и это число неуклонно растет. Растет частота сложных и тяжелых форм ВПС. Это связано с ухудшением экологической ситуации, «старением» беременных, увеличением частоты наследственной и инфекционной патологии. При организации медицинской помощи детям с ВПС существуют факторы определяющие прогноз заболевания. Это ранняя диагностика, наличие высокотехнологических методов лечения. Кроме этого, дети с ВПС нуждаются в динамическом контроле состояния, что позволяет своевременно выявлять необходимость хирургической коррекции порока.

Позднее выявление ВПС приводит к увеличению смертности у детей на первом году жизни. Все это требует улучшения медицинской помощи детям с ВПС, от этого будет зависеть качество и продолжительность жизни пациентов.

Цель исследования: Данное исследование посвящено изучению факторов способствующих развитию ВПС, анализу распространённости и структуры, изучению клинических проявлений различных форм.

Объем и методы исследования: Проанализировано 43 историй болезни детей с ВПС, госпитализированных в отделение кардиоревматологии Национального Центра охраны материнства и детства за 2019 год. Исследование включало в себя изучение анамнестических данных, клинических проявлений.

Результаты

Из анализа историй болезней выявлено, что за 2019 год в отделении кардиревматологии НЦОМ и Д прошли обследование и лечение 43 детей с ВПС. Возраст колеблется от 1 месяца жизни до 17 лет. Среди них изолированные пороки были выявлены у 19% (8 пациентов), сложные пороки у 81% (35 пациентов). Мальчиков было 20 (46,5%), девочек 23 (53,5%). (таб.1)

Таблица 1 - Распределение ВПС по клиническим формам в зависимости от пола

Нозология	Всего	Мужского пола	Женского пола
ДМЖП	2	1	1
ДМПП	4	3	1
ОАП	1	-	1
АВК	1	1	-

Тетрада Фалло	4	2	2
Сложные - 2 порока	9	6	3
Сложные - 3 порока	13	5	8
Сложные - более 3 пороков	9	2	7

Анализ частоты встречаемости врожденных пороков сердца по регионам республики показал наиболее высокий уровень распространенности в Чуйской области (28%) (рисунок №1)

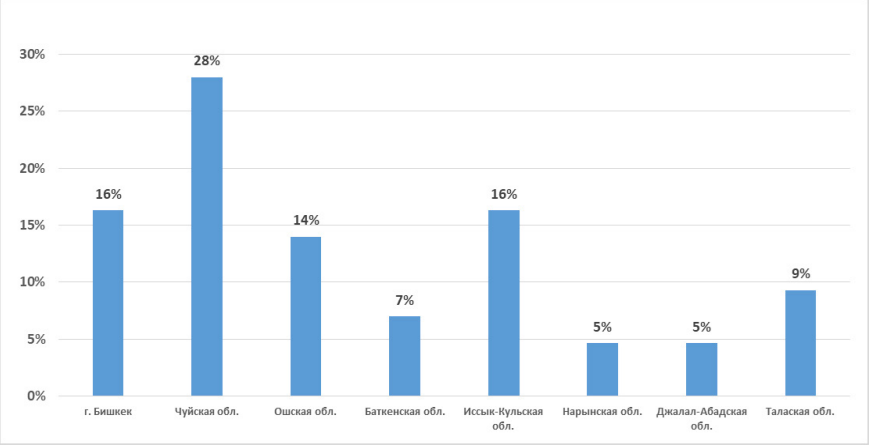


Рисунок 1 Распространенность ВПС по регионам республики

Это объясняется процессом внутренней миграции населения из других регионов в город Бишкек и Чуйскую область. В Иссык-кульской области и городе Бишкек отмечается одинаковая частота встречаемости детей с ВПС.

Анализ акушерского анамнеза женщин, родивших детей с врожденными пороками сердца, выявил факторы риска у 33% случаев. Из них 13% выкидыши, 10% мертворождения, 5% медицинские аборты, 3% бесплодие в анамнезе и 2% антенатальная гибель плода. (рисунок №2)

Рисунок 2 Отягощенность акушерского анамнеза

Наследственная отягощенность имела место у 8 (19%) детей. Из них у 5% имелись ВПС у близких родственников (Тетрада Фалло у отца и ВПС у деда по линии отца), у 5% заболевание матери (хроническая ревматическая болезнь сердца, ДЦП) и у 9% эндокринные заболевания у близких родственников (Сахарный диабет).

Из 43 женщин родивших детей с врожденными пороками сердца у 13 (30%) были выявлены инфекционно-вирусные заболевания в первом триместре беременности. Также у 5% женщин беременность протекала на фоне железодефицитной анемии.

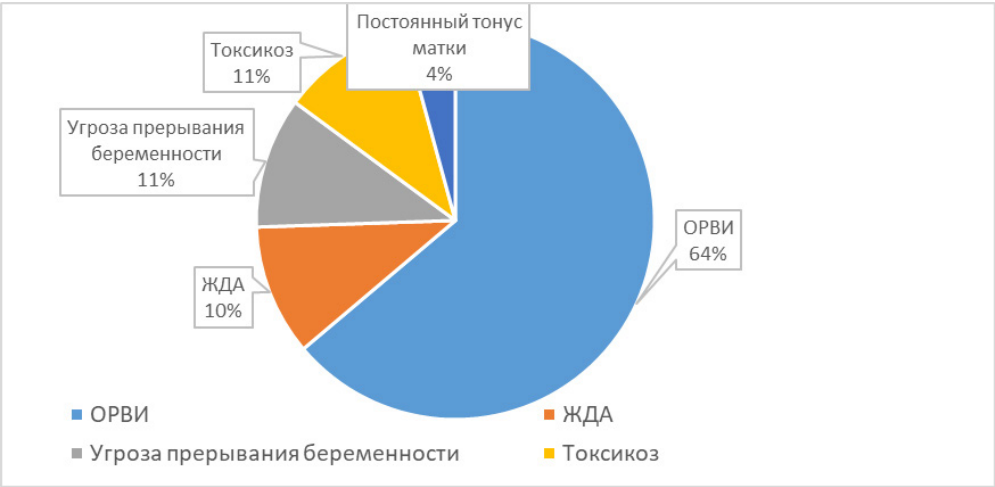


Рисунок 3 Заболевания в период беременности у матерей, родивших детей с ВПС.

Матери больных детей были разделены на 5 возрастных групп: 20-25 лет, 25-30 лет, 30-35 лет, 35-40 лет и 40-45 лет. Наиболее высокие цифры рождения детей с врожденными пороками сердца были у женщин в возрасте 30-35 лет и у женщин в возрасте 40-45 лет – 12 случаев (28%) (рисунок №4).

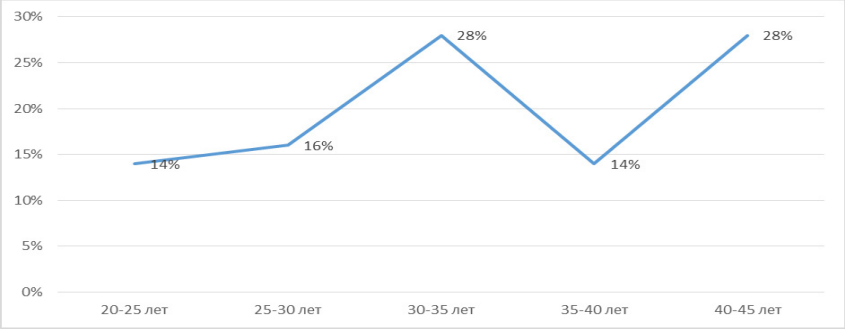


Рисунок 4 Частота рождаемости детей с ВПС в зависимости от возраста матери.

Сроки выявления ВПС у детей варьировали от внутриутробного возраста до 12 лет жизни. Наибольший процент диагностирования составил в первые месяцы жизни, в частности в родильном доме 29 случаев (75%). (Рисунок №5).

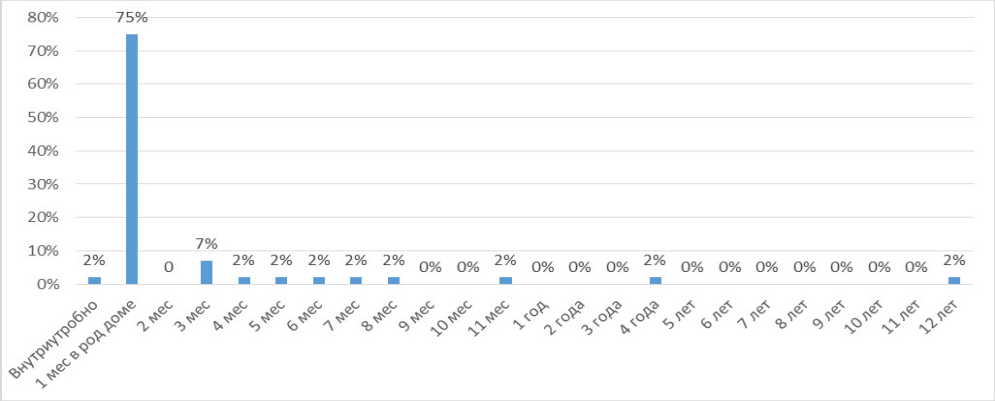


Рисунок 5 Сроки выявления ВПС у детей.

Частота встречаемости детей с изолированными пороками сердца составило 19% (8 случаев), тогда как частота сложных пороков составило 81% (35 случаев).
Среди сложных пороков сердца наиболее часто встречаются комбинация из 3х пороков сердца 38% (13 случаев) (Рисунок № 6)

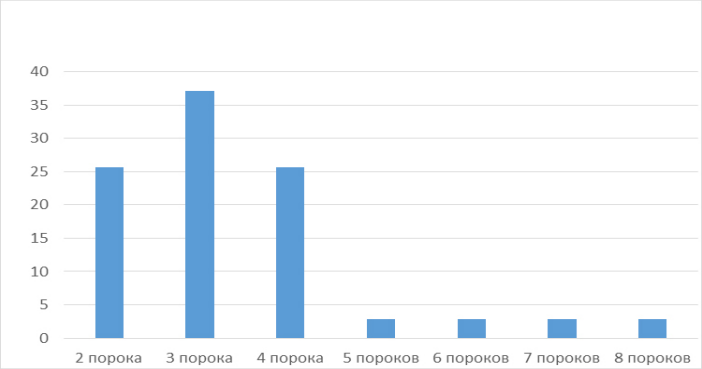


Рисунок 6 Частота встречаемости сложных пороков сердца.

Наиболее часто ВПС у детей сопутствовали болезнь Дауна (7 случаев) и гипоксически-ишемическая энцефалопатия (6 случаев).

Таблица 2

Сопутствующее заболевание	Количество случаев
Болезнь Дауна	7
Гипоксически-ишемическая энцефалопатия	6
Энцефалопатия смешанного генеза	5
Пневмония	4
Бронхит	4
Острый ринит	4
ОРВИ	3
Задержка психомоторного развития	3
Анемия 1-3 степени	7
Судорожный синдром	3
Дискинезия желчевыводящих путей	3

Выводы

1)Данное исследование показывает наибольший уровень распространенности врожденных пороков сердца у детей в Чуйской области, городе Бишкек и Иссык-кульской области. По-видимому, это связано с внутренней миграцией населения, появлением в большом количестве новостроек на окраинах города Бишкек и Чуйской области, где уровень жизни чаще всего является низким, из за чего возникают хронические стрессовые ситуации, плохое питание, все это является факторами риска образования врожденных аномалий у детей, в том числе врожденных пороков сердца.2)Анализ акушерского анамнеза , показал наибольший процент риска у матерей с выкидышами и мертворождением в анамнезе. Также анализ показал, что у 64% женщин беременность протекала на фоне ОРВИ, в этом случае формирование порока сердца у плода может быть связано как с самим вирусом, так и с приемом лекарственных препаратов во время беременности. Далее следовал такие факторы риска как угроза прерывания беременности, токсикоз, железодефицитная анемия у беременных. Возможно, это связано со стрессовыми ситуациями, плохим питанием беременных женщин.

3)Дети с ВПС чаще всего рождались у женщин в возрастной группе от 30 до 35 (28%) лет и у женщин в возрастной группе от 40 до 45 лет(28%).

4)Анализ по срокам диагностики ВПС дал высокий процент выявляемости в родильном доме (75%), это говорит о хороших диагностических возможностях, но в то же время низкие показатели внутриутробной диагностики врожденных пороков сердца (2%), есть вероятность, что это связано с плохо организованной системой скринингового обследования беременных.

5)Анализ исследования показал, что чаще встречаются сложные пороки сердца, а именно комбинация трех пороков сердца в сочетании с болезнью Дауна.

Литература

1. *Клинические рекомендации по ведению детей с врожденными пороками сердца / под ред. Л.А. Бокерия. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2014. 342 с.*
2. *Новикова И.В., Прибушеня О.В., Румянцева Н.В. Формирование групп риска по дородовой диагностике врожденных пороков сердца. Инструкция по применению. Урванцева И. А. [и др.]. Проведение скрининга новорожденных с целью раннего выявления критических ВПС : метод. рекомендации. Сургут : ОКД «ЦД и ССХ», 2015. С. 17−21. Акушерство. Национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С.668—674*
3. *Арутюнов, Г.П. Диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов / Г.П. Арутюнов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — С.275—300.*
4. *Проблеме факторов риска развития врожденных пороков сердца // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – № 5-1. – С. 104-107;.*
5. *Миролюбов Л. М. Врожденные пороки сердца у новорожденных и детей первого года жизни. Казань : Медицина. 2008. 141 с*
6. *Allan L.D., Sharland G.K., Milburn A. et al. Prospective diagnosis of 1,006 consecutive cases of congenital heart disease in the fetus. J Am Coll Cardiol 1994; 23: 1452-1458.*
7. *Predictors of pregnancy complications in women with congenital disease / W. Drenthen, E. Boersma, A. Balci [et al.] // Eur. Heart J. — 2010. — № 31. — P.2124—2132*
8. *Kemper A.R., Mahle W.T., Martin G.R., Cooley W.C. et al. Strategies for implementing screening for critical congenital heart disease // Pediatrics. 2011. Vol. 128. P. 1259-1267.*

КУРЕНИЕ КАК НЕГАТИВНЫЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

М.К. Кошукеева[1], А.А. Муратов[1], А.Ю. Паремская[1], Е.В. Кондратьева[2]

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

[2]Кыргызско-Российский Славянский университет

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлены результаты анонимного анкетирования среди 2856 школьников города Бишкек для изучения распространенности курения как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. В результате, наблюдается тенденция к росту распространенности употребления табака в современной популяции подростков и снижению возраста курильщика. Это является неблагоприятным фактором риска по развитию хронической патологии организма подрастающего поколения.

Ключевые слова: анкетирование, школьники, курение, сердечно-сосудистые заболевания, фактор риска.

ТАМЕКИ ТАРТУУ – БАЛДАР ЖАНА ӨСПҮРҮМДӨРДҮН ЖҮРӨК-КАН ТАМЫР ООРУУЛАРЫН ӨНҮКТҮРҮҮДӨГҮ ТЕРС КОРКУНУЧ ФАКТОРУ

М.К. Кошукеева[1], А.А. Муратов[1], А.Ю. Паремская[1], Е.В. Кондратьева[2]

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

[2]Кыргыз-Россия Славян университети

г. Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме. Жүрөк-кан тамыр ооруларын пайда болууга коркунуч фактору болгон тамеки тартуу боюнча изилдөө учун Бишкек шаарынын 2856 окуучулар арасындагы жашыруун сурамжылоонун жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Натыйжада, азыркы өспүрүмдөрдүн тамеки тартуусунун көбөйүп өсүп жатканы жана тамеки чегүүчүнүн жашы жашарып жаткандыгы байкалды. Бул организмдин жаш муундун өнөкөт оорулардын өнүктүрүү үчүн жагымсыз коркунуч фактору болуп саналат.

Негизги сөздөр: анкета жүргүзүү, мектеп окуучулары, тамеки чегүү, жүрөк-кан тамыр оорулары, коркунуч фактору

SMOKING AS A NEGATIVE RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

M.K. Koshukeeva[1], A.A. Muratov[1], A.Y. Paremskaya[1], E.V. Kondratieva[2]
[1]Kyrgyz State Medical Academy named after Akhunbaev K.I.
[2]Kyrgyz-Russian Slavian University
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The results of an anonymous survey among 2856 schoolchildren in Bishkek to study the prevalence of smoking as a risk factor for cardiovascular disease are presented. As a result, there is a tendency to increase the prevalence of tobacco use in the modern population of adolescents and reduce the age of smokers. This is an unfavorable risk factor for the development of chronic pathology in the body of the younger generation.
Keywords: questionnaires, schoolchildren, smoking, cardiovascular diseases, risk factor

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) атеросклеротического генеза являются основной причиной смерти взрослого населения в большинстве стран мира [1]. Хотя клинические проявления атеросклероза сосудов возникают в старшем возрастном периоде, его начало закладывается в детском возрасте и характеризуется длительным бессимптомным течением в молодом возрасте [2,3,4,5]. На развитие и прогрессирование атеросклероза в молодом возрасте оказывают существенное влияние такой фактор риска как курение [6].

Курение является одним из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, оказывает значительное влияние на снижение показателей качества жизни подростков [7]. Риск преждевременной смерти и развитие сердечно-сосудистых заболеваний в результате курения по сравнению с другими видами рискованного поведения является исключительно высоким [8].

Результаты исследования поведения детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC), проведенного ВОЗ в 2013-2014 годы в Армении и Гренландии показывают, что 12% мальчиков и 11% девочек в возрасте 15 лет, курят хотя бы один раз в неделю (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016 год) [9]. По данным М.К. Павловой и Т.Б. Хайретдиновой (2011) 66% российских подростков имеют опыт курения, а 35,4% из них курят регулярно [6].

Курение вызывает функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы, в последующем приводит дисфункции миокарда и повышению артериального давления (АД), которые являются фактором риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда (ИМ) и смерти больных [10,11,12]. По данным Н.А.Барабаш (2016), табак содержит около 400 токсических веществ, из которых непосредственное влияние на сердечно-сосудистую систему оказывают никотин и его метаболиты, углекислый газ (CO), тиоцианат, вызывая необратимые повреждения эндотелиальных клеток [13].

Европейским региональным бюро ВОЗ совместно Министерством здравоохранения Кыргызстана проведено исследование с целью профилактики неинфекционных заболеваний (2016), где изучались такие поведенческие факторы как – курение, употребление соли и низкой двигательной активности у взрослого населения и у подростков в возрасте 13-15 лет. К сожалению, полученные данные недостаточно описывают ситуацию для всех школьников в Кыргызстане. С учетом вышеизложенного, целью данного исследования было изучить распространенность поведенческих факторов риска кардиоваскулярных заболеваний среди детей и подростков школьного возраста.

Материал и методы

Проведено сплошное анонимное анкетирование детей и подростков в 5 средних общеобразовательных школах города Бишкек, которые были определены методом случайного отбора. Респондентами были 2856 учащихся 5-11 классов в возрасте от 9 до 17 лет. Средний возраст опрошенных детей составил 14,5±0,037 лет. Девочек было 1509 (52,8%) и мальчиков - 1347 (47,2%).

Анкета адаптирована сотрудниками кафедры госпитальной педиатрии с курсом неонатологии КГМА им. И.К. Ахунбаева. Кроме вводной части, опросник включала специальные вопросы по изучаемым поведенческим факторам, в частности, о курении и потреблении алкоголя, физической активности, характера питания детей. Анкеты заполнялись учениками самостоятельно и анонимно.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excell 2003 и SPSS 16.0 с расчетом первичных статистических показате-

лей. Для определения уровня частот различных переменных был применен метод исследования частот. Достоверность различий показателей сравниваемых групп оценивалась при помощи параметрического критерия Стьюдента (t). Степень достоверности определялась на уровне значимости $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение

Анализ полученных данных показывает, что 90,5% опрошенных детей признают вредность табака для организма (табл.). 6,8% (194 детей) не считают табак вредным и 35 школьников (1,2%) не владеют какой-либо информацией о вреде табака.

Большинство опрошенных детей (91,2%) никогда не курили. 245 школьников (8,6%) пробовали курить. К моменту исследования выявлено 22 учеников (0,8%) из 245, которые продолжают курить.

Таблица - Результаты анализа опроса школьников о курении

Курение вредно для здоровья?				
	«Да»	«Нет»	«Не знаю»	«нет ответа»
Мальчики, n=1347	1202 (42,1%)	107 (3,7%)	20 (0,7%)	18 (0,6%)
Девочки, n=1509	1382 (48,4%)	87 (3,01%)	15 (0,5%)	25 (0,9%)
Пробовал ли ты когда-нибудь курить?				
Мальчики, n=1347	201 (7,04%)	1141 (39,9%)	-	5 (0,2%)
Девочки, n=1509	44 (1,5%)	1464 (51,3%)	-	1 (0,03%)
Продолжаешь ли ты курить?				
Мальчики, n=1347	19 (0,6%)	1255 (43,9%)	-	8 (0,3%)
Девочки, n=1509	3 (0,1%)	1503 (52,6%)	-	3 (0,1%)
Как ты считаешь, будешь ли ты курить в дальнейшем?				
Мальчики, n=1347	13 (0,4%)	1092 (38,2%)	227 (7,9%)	15 (0,5%)
Девочки, n=1509	5 (0,2%)	1411 (49,4%)	87 (3,04%)	6 (0,2%)
Если бы лучшие друзья предлагают сигарету, ты согласился бы ее выкурить?				
Мальчики, n=1347	31 (1,1%)	1207 (42,2%)	104 (3,6%)	5 (0,2%)
Девочки, n=1509	15 (0,5%)	1437 (50,3%)	52 (1,8%)	5 (0,2%)
Согласен ли ты с запретом на курение в общественных местах (автобус, школа, игровые площадки, спортивный зал, дискотека и др.)?				
Мальчики, n=1347	1169 (40,9%)	113 (3,9%)	40 (1,4%)	24 (0,8%)
Девочки, n=1509	1387 (48,6%)	83 (2,9%)	23 (0,8%)	16 (0,6%)
Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредные последствия курения?				
Мальчики, n=1347	975 (34,1%)	344 (12,04%)	-	28 (0,9%)
Девочки, n=1509	1101 (38,5%)	389 (13,6%)	-	22 (0,8%)
Как ты считаешь, когда начинают курить, потом будет трудно бросить привычку?				
Мальчики, n=1347	979 (34,3%)	63 (2,2%)	282 (9,9%)	23 (0,8%)
Девочки, n=1509	1229 (43,0%)	38 (1,3%)	196 (6,9%)	9 (0,3%)

Почти все курильщики начинают курить в подростковом возрасте и курящие подростки, скорее всего продолжать курить в зрелом возрасте [2, 12]. В данном исследовании у 18 школьников (0,6%) выявлено желание курить в дальнейшем, а 314 детей (10,9%) не знают, что будут ли курить в будущем.

46 школьников (1,6%) отметили что, если друг предложит курить, то они согласятся. С 733 школьниками (25,7%) никто в их семьях о вредных последствиях курения не обсуждал. 101 школьники (3,5%) считают, что бросить привычку курить не трудно.

Следует отметить, что для детей до 14 лет регулярным курением считается выкуривание одной сигареты в неделю и более, а с 15 лет, как у взрослых, 1 сигарета в день и более. Более редкое курение следует расценивать как нерегулярное [14]. Нами выявлено, что ежедневно курит 8 школьников, каждую неделю курит 5 мальчиков. 10 детей курили хотя бы один раз за последние 3 месяца.

По большинству параметров курения учащиеся в 9-11-х классах опережали учащихся 5-8-х классов: по уровню распространенности ($P<0,05$), по продолжения курения ($P<0,05$) и по влиянию окружающих на распространению курения ($P<0,05$)

Таким образом, результаты анализа показывают на достаточную распространенность курения среди школьников и наличие определенных проблем поведенческого и воспитательного характера. Об этом свидетельствуют выявленные случаи ежедневного и/или еженедельного курения, отсутствие разъяснительной работы у части детей, склонность быстрому согласию курить по предложению друзей, а также тот факт, что 101 школьников считают нетрудным, бросит курить при желании.

Однако, курение является мощным, независимым фактором риска развития ССЗ и процессы, ведущие к нарушениям функционального состояния сердечно-сосудистой системы под воздействием курения носят кумулятивный характер (Павлов М.К., Хайретдинов Т.Б., 2012). В этом плане курящие дети имеют повышенный риск развития ССЗ в будущем за счет эффекта накопления курения при определенных предрасполагающих условиях [15].

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о достаточно высокой частоте употребления табака в современной популяции подростков. Распространение курения среди школьников происходит независимо от возраста и пола учащихся. Это является неблагоприятным фактором риска по развитию серьезных патологии внутренних органов подрастающего поколения.

Курение детей-школьников и высокий уровень смертности населения от сердечно-сосудистых патологий свидетельствует о необходимости проведения целенаправленных исследований по изучению также других факторов риска и принятия мер по профилактике развития заболеваний сердца начиная с детского возраста.

Литература

1. *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Edited by: Mendis S, Puska P, Norrving B. World Health Organization, Geneva, 2013. ISBN 978 92 4 156437 3.*
2. *Young Mi Hong. Atherosclerotic Cardiovascular Disease Beginning in Childhood. Korean circulation journal 2010. doi:10.4070/kcj.2010.40.1.1*
3. *Bloetzer C, Bovet P, Suris J-C, et al. Screening for cardiovascular disease risk factors beginning in childhood. Public Health Rev. 2015; 36: 9. doi: 10.1186/s40985-015-0011-2.*
4. *Muratova VN, Islam SS, Demerath EW, et al. Cholesterol screening among children and their parents. Prev Med. 2001 Jul;33(1):1-6. doi: 10.1006/pmed.2001.0855.*
5. *Prevention of cardiovascular diseases in childhood and adolescence. Russian recommendations. Edited by: Alexsandrov A.A., Bubnova M.G., Kisliak O.A. et al. Issue 9. №1. 2012 (In Rus.). Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в детстве и подростковом возрасте. Российские рекомендации. Под редакцией: Александров А.А., Бубнова М.Г., Кисляк О.А., и соавт. Том 9. № 1. 2012.*
6. *Pavlova M.K., Hairetdinova T.B. The effect of smoking on the cardiovascular system of children and adolescents. Pediatrics. 2011. Issue 90. №5. P.148-153 (In Rus.) Павлова М.К., Хайретдинова Т.Б. Влияние курения на сердечно-сосудистую систему детей и подростков. Педиатрия. 2011. Том 90. № 5. С. 148-153.*
7. *Hait O.V. The influence of modifiable risk factors on the state of the cardiovascular system and the quality of life of adolescent // Avtoreferat diss. Kand.med.nauk. Tuymen. 2013. P. 1-24. (In Rus.) Хаит О.В. Влияние модифицируемых факторов риска на состояние сердечно-сосудистой системы и качество жизни подростков // Автореферат дисс. Канд.мед.наук. Тюмень. 2013. С. 1-24. http://medical-diss.com/medicina/vliyanie-modifitsiruemyh-faktorov-riska-na-sostoyanie-serdechno-sosudistoy-sistemy-i-kachestvo-zhizni-podrostkov#ixzz5hfiPwxsv*
8. *Geppe N.A. Smoking of children and adolescent: health effect and prevention. Atmosphere. Pulmonology and allergology. 2007. №3 P. 15-18 (In Rus.). Геппе Н.А. Курение табака у детей и подростков: влияние на состояние здоровья и профилактика // АтмосферА. Пульмонология и аллергология. 2007. №3. С. 15-18.*
9. *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (hbsc) study: international report from the 2013/2014 survey. Edited by: Jo Inchley, Dorothy Currie, Taryn Young etal. World Health Organization 2016.*

10. *Грошева Е.В. Сабурцев С.А., Сабурцев А.И., Мамонова С.Б. Функциональные особенности сердечно-сосудистой системы учащихся 9 классов // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2015. №4–2. С. 200–205;*
11. *Duncan M.S., Freiberg M.S., Greevy R.A. Association of Smoking Cessation with Subsequent Risk of Cardiovascular Disease. JAMA. 2019;322(7):642–650. doi:10.1001/jama.2019.10298*
12. *Yavnaya IK. Influence of tobacco smoking on vascular endothelium and microcirculation. Far Eastern Medical Journal. 2012;136-9. (in Rus.) Явная И.К. Влияние курения табака на эндотелий сосудов и микроциркуляторное русло. Дальневосточный медицинский журнал. 2012. С. 136-139.*
13. *Barabash N.A., Kuvshinov D.A. Smoking and risk factors of cardiovascular diseases. Complex of problem cardiovascular diseases. 2016. №1. P.51-54 (In Rus.) Барабаш Н.А., Кувшинов Д.А. Курение и факторы сердечно-сосудистого риска. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2016. №1. С.51-54.*
14. *The prevention of noncommunicable diseases and fight with them in Kyrgyzstan. Ministry of Health of Kyrgyz Republic. WHO. 2017 (In Rus.) Профилактика НИЗ и борьба с ними в Кыргызстане: аргументы в пользу инвестирования. Министерство Здравоохранения КР. ВОЗ. 2017;*
15. *Alexandrov AA, Leontieva IV, Rozanov VB, et al. Influence of burdened heredity on cardiovascular diseases on the levels and outcomes of risk factors in children: results of 32-year prospective observation. The Russian Journal of Preventive Medicine. 2019;3:37-43. (In Russ.) Александров А.А., Леонтьева И.В., Розанов В.Б. и др. Влияние отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям на уровни и исходы факторов риска у детей: результаты 32-летнего проспективного наблюдения. Профилактическая медицина. 2019;3:37-43. doi:10.17116/profmed20192203137*

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ У ДЕВОЧКИ 7 ЛЕТ

Мусуркулова Б.А., Паремская А.Ю.
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлен случай ювенильного дерматомиозита, особенностью которого является непрерывно-рецидивирующее, прогрессирующее течение с вовлечением в процесс органов желудочно-кишечного тракта. Осложнило течение резистентность к базисной терапии и развитие нежелательных реакции в виде эрозивного поражения желудочно-кишечного тракта, по-видимому, обусловленного индивидуальными особенностями организма.
Ключевые слова: ювенильный дерматомиозит, кортикостероидная терапия, эрозивный энтероколит.

7 ЖАШТАГЫ КЫЗДЫН ЮВЕНИЛДИК ДЕРМАТОМИОЗИТИ

Мусуркулова Б.А., Паремская А.Ю.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициалык академиясы
Кыргыз Республикасы, Бишкек шаары

Корутунду: Ювенилдик дерматомиозиттин бир кырдаалы көрсөтүлдүү- анын өзгөчүлүгү процесске ичеги-карын органдарынын кошулушу, тынымсыз кайталануусу, прогрессивдүү өрчүшү. Организмдин өздүк өзгөчөлүтөрүнө байланыштуу бөгөн керексиз реакциялардын өөчүшү ичеги-карын органдарынын эрозивдин жабыркаланышы, негизги дарылоонун резистенттүүлүк оорунун жүрүшүп татаалдактты.
Негизги сөздөр: ювенилдик дерматомиозит, кортикостероиддик дарылоо, эрозивдик энтероколит.

JUVENILE DERMATOMYOSITIS IN A 7-YEAR-OLD GIRL

Musurkulova B.A., Paremskaia A.U.
Kyrgyz State Medical Academy named after Akhunbaev K.I.
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: A case of juvenile dermatomyositis is presented, the feature of which is a continuously recurring, progressive course involving the organs of the gastrointestinal tract. Resistance to basic therapy and the

development of an undesirable reaction in the form of erosive lesions of the gastrointestinal tract, apparently predetermined by the individual characteristics of the patient, complicated the course of disease.
Keywords: juvenile dermatomyositis, corticosteroid therapy, erosive enterocolitis.

Актуальность

Ювенильный дерматомиозит (ЮДМ) — тяжелое прогрессирующее системное аутоиммунное заболевание с преимущественным поражением кожи, поперечнополосатых мышц и гладкой мускулатуры с нарушением двигательной функции, вовлечением в воспалительный процесс дыхательной, сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Заболеваемость составляет лишь 2,5–4 случая на 1 000 000 в год [1, 2]. Пик заболеваемости приходится на возраст 5-10 лет [3], хотя может дебютировать как в более раннем, так и в более старшем возрасте. Ювенильный дерматомиозит в отличие от дерматомиозита взрослых сопровождается распространенным васкулитом, выраженными миалгиями, более частым вовлечением внутренних органов в процесс и развитием кальциноза [4].

Одним из тяжёлых проявлений ювенильного дерматомиозита является поражение желудочно-кишечного тракта и в любой период болезни оно может стать превалирующим проявлением. Эрозивно-язвенный процесс в желудочно-кишечном тракте обуславливается распространённым васкулитом, нарушением иннервации. Усугублять или провоцировать поражение может использование в лечении кортикостероидов, одним из побочных эффектов которых являются эрозивные изменения в желудочно-кишечном тракте. Также состояние усугубляется сопутствующим поражением жевательных мышц, мышц языка, дыхательных мышц, мышц брюшной стенки. В целом поражение желудочно-кишечного тракта при ювенильном дерматомиозите является очень серьёзным проявлением, которое отягощает течение заболевания [5], и нередко является решающим поражением в летальном исходе.

Описание случая

Девочка 7 лет поступила в отделение кардиоревматологии НЦОМИД 8.05.2019 с жалобами на выраженную слабость, боли в мышцах, высыпания на коже, нарушения походки, кашель.

Из анамнеза заболевания известно, что летом 2018 года родители впервые заметили изменение походки, девочка перестала самостоятельно одеваться, с трудом поднималась и спускалась по лестнице, появились отёки конечностей. Не обследовалась. Первый раз с жалобами на мышечную слабость, изменения походки, появления на лице отечности и высыпаний обратились в сентябре 2018 г.. При обследовании выявили повышение КФК в крови до 4992 ед/мл. Был выставлен диагноз ювенильный дерматомиозит. На фоне терапии преднизолоном (1 мг/кг), появился жидкий стул и боли в животе. При колоноскопии выявилен эрозивный сигмоидит, что было расценено, как специфическая реакция на стероидную терапию. Преднизолон переведен на парентеральное введение и подключены в лечение сульфасалазин и азатиоприн. Состояние улучшилось, девочка была выписана домой. На 5-ый день после выписки мать отменила назначенные препараты. В январе 2019 г. состояние ребёнка вновь ухудшилось, наросла мышечная слабость, появились отёки на конечностях, эритематозные высыпания с лиловым оттенком на коже. Кишечных проявлений не было. Ребёнок госпитализируется, в лечение вновь подключен преднизолон (1 мг/кг). На фоне этого наблюдалось учащение стула до 40 раз с кровью и сопровождалось сильными болями в животе. Из-за индивидуальной непереносимости преднизолона решением консилиума в лечение подключён октагам в дозе 1,5 мг/кг в течении 3 дней 1 раз в месяц, а также продолжала получать сульфасалазин, азатиоприн. Преднизолон парентерально по 30 мг/сут только в дни получения октагама. После первой инъекции состояние стабилизировалось, но в дальнейшем состояние на этой терапии вновь ухудшается усилились признаки поражения ЖКТ, миопатический синдром, признаки сосудистого поражения ливедо, капилярита ладоней. Ребенок продолжает лихорадить. В начале марта 2019 года ребёнок был направлен в детское ревматологическое отделение Университетской детской клиники 1 МГМУ им. И.М. Сеченова для дальнейшего обследования и коррекции лечения, где находилась с 25.03.19 по 08.04.19. При поступлении в клинику состояние девочки оставалось тяжелым: дистрофична, на лице неяркая нечетко отграниченная лиловая эритема, пастозность лица и параорбитальной области, ливедо, капилятрит ладоней, микрополиадения. Тахикардия до 136 в мин, тоны ясные. Живот вздут, болезненный при пальпации. Стул до 2-3 раз в сутки кашицеобразный, темный, без примесей. Перкуторно печень +1см. Выраженный миопатический синдром: миалгии, контрактуры в крупных суставах, мышцы дрябло-эластичной консистенции, пальпаторно болезненны, сила снижена, не ходит, самообслуживание резко снижено, псевдобульбарные симптомы. Клинически значимые лабо-

раторно-инструментальные исследования: КФК общая 183ед./л; ЛДГ 1346 ед./л; Натрий 144 ммоль/л; Ревматоидный фактор 3.20 ед./мл; С-реактивный белок 2 мг/л; Амилаза 57.7 ед./л; Щелочная фосфатаза 124 ед./л. ЭГДС: Недостаточность кардии, гастрит антрального отдела. Колоноскопия: Левосторонний эрозивный колит, множественные ангиоэктазии левых отделов кишечника. УЗИ внутренних органов: умеренное увеличение размеров печени, реактивные изменения поджелудочной железы, мезентериальная лимфоаденопатия, расширение восходящего, поперечного и дистального отдела нисходящей толстой кишки, структурные изменения подвздошной кишки. Умеренное уплотнение собирательного комплекса почек. ЭКГ: синусовая тахикардия, вертикальное положение электрической оси сердца, нарушены процессы реполяризации, ЧСС 120-130 в минуту. Электромиография (ЭМГ): снижение амплитуд М-ответ, снижение амплитуд и длительности потенциала двигательных единиц (ПДЕ), ускорение рекрутирования ПДЕ, показатели турно-амплитудного анализа ниже нормы, что указывает на мышечный тип поражения. При проведении игольчатой ЭМГ многофазные ПДЕ, характерные для воспалительных заболеваний мышц. Изменения в большой степени затронули перонеальную группу мышц нижних конечностей. Изменений со стороны периферических нервов, мотонейронов спинного мозга не выявлено. В лечении назначен метипред и сульфасалазин заменён на салофальк. На фоне этой терапии состояние несколько улучшилось наросла мышечная сила, купировались боли в животе, стул до 2-3 р/сут, кашицеобразный, без примесей

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 2 родов, наследственность не отягощена. Профилактические прививки проведены согласно национальному календарю. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесла корь в 6 мес.

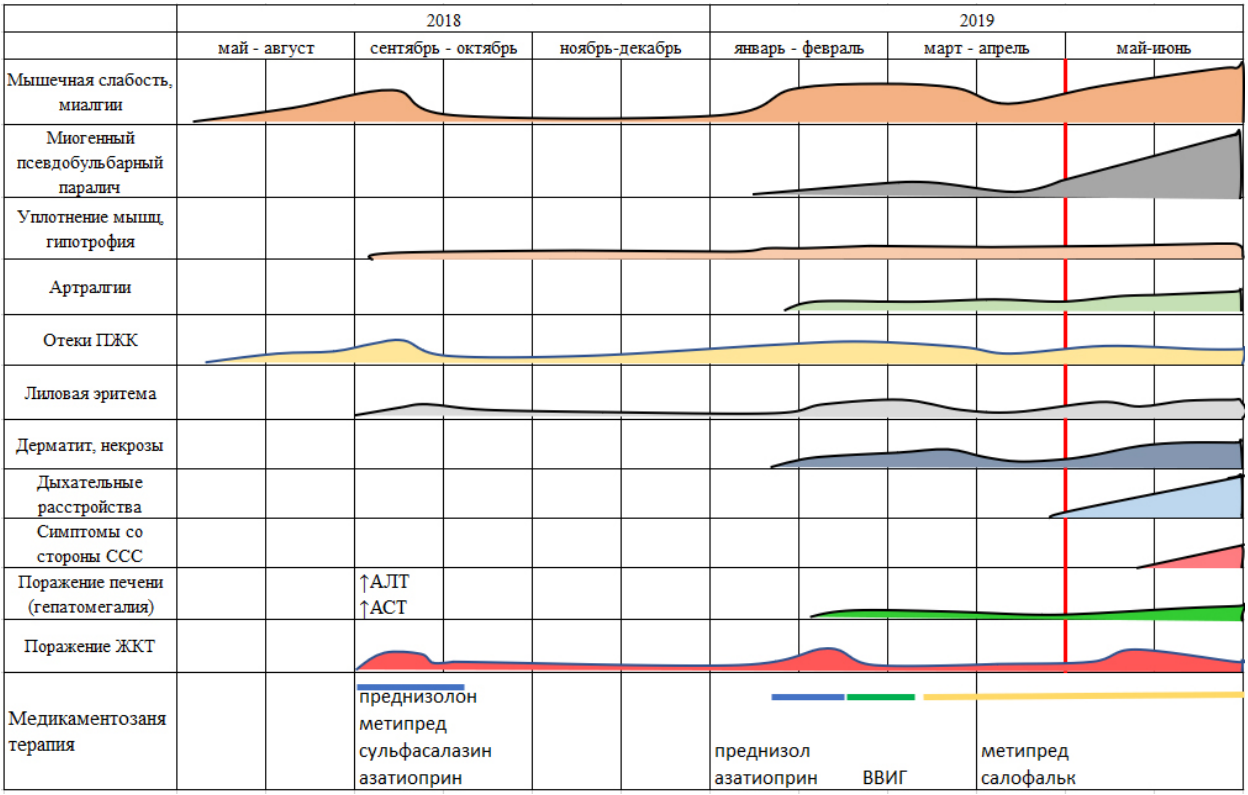


Рис 1. Схематичное изображение течение заболевания и проведенной терапии.

Состояние девочки на момент поступления тяжелое. Кахектичная, выраженный миопатический синдром: миалгии, мышцы атрофированы, контрактуры в лучезапястный, тазобедренных, локтевых суставах, сила снижена, не ходит, миогенный псевдобульбарный паралич – гнусавость голоса, затруднение при глотании. Лиловая эритема на лице и пастозность, на передней поверхности нижних конечностей эрозии под геморрагической коркой с валиком воспаления. Дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца умеренно приглушены, ЧСС 101 в минуту, А/Д 130/90 мм. рт. ст. При обследовании было выявлено повышение АЛТ до 121 Ед/л и АСТ до 106 Ед/л при нормальном билирубине,

что отражает повреждение мышечных волокон. Также выявлено повышение СРБ, СОЭ, отражающих степень активности воспалительного процесса, которые сохранялись в течении длительного времени. Стул учащен с 7.05.2019 до 6 раз/сут, болей в животе не было. В динамике состояние пациентки ухудшалось самостоятельно не передвигалась, перестала отрывать голову от подушки, нарастали симптомы со стороны дыхательной системы появились поверхностный кашель, обильные разнокалиберные хрипы, боли в грудной клетке. 13.05.2019 состояние девочки резко ухудшилось на фоне терапии ГКС учащение стула до 20 раз/сут. с примесью крови и слизи, дистантные хрипы, дыхание ослаблено, гепатомегалия. 14.05.2019 у ребёнка выраженный миопатический синдром, практически не глотает и не двигается. С 15.05.2019 подключена на ИВЛ. Эритема на лице побледнела. Дистантные хрипы, кашлевые толчки слабые. Частота стула и количество примесей значительно уменьшились, появились боли в животе по ходу кишечника. Диурез снижен. Дозу метипреда увеличили в 2 раза. На фоне проводимой терапии состояние ухудшается с каждым днём (лихорадит, самостоятельно не глотает, на аппаратном дыхании, атония мочевого пузыря, миопатически синдром прогрессирует). Развиваются осложнения: полиорганная недостаточность, ДВС-синдром, отёк головного мозга и наступает летальный исход 08.06.2019г.

Заключение

Данный клинический случай демонстрируют агрессивное непрерывно-рецидивирующее течение ЮДМ, с вовлечением в патологический процесс многих органов и систем (кожный синдром, миопатический, суставной, псевдобульбарный, поражение респираторной системы, сердечно-сосудистой системы, нервной системы, желудочно-кишечного тракта), приведших к общей дистрофии, кахексии, дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности.

Осложнило течение заболевания индивидуальная непереносимость стероидной терапии, при назначении которой развивался язвенный энтероколит с кишечным кровотечением. Так же имелись ряд факторов, ухудшающих прогноз выживаемости: позднее начало лечение, резистентность к терапии и вовлечение ЖКТ.

Возможно, такое тяжёлое, непрерывно-рецидивирующее, прогрессирующее течение заболевания, с системностью поражения, было генетически обусловлено.

Литература

1. *Meyer A, Meyer N, Schaeffer M, Gottenberg J-E, Geny B, Sibilia. Incidence and prevalence of inflammatory myopathies: a systematic review. Rheumatology (Oxford). 2015; 54 (1): 50–63.*
2. *Rosina S, Varnier GC, Mazzoni M, Lanni S, Malattia C, Ravelli A. Innovative Research Design to Meet the Challenges of Clinical Trials for Juvenile Dermatomyositis. Current Rheumatology Reports. 2018; 20 (5): 29.*
3. *Р.Т. Ганиева, А.И. Сафина, В.Ю. Шапиро. Ювенильный дерматомиозит: трудности диагностики в практики педиатра. Практическая медицина. 2012; 7(62): 184-186.*
4. *Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т1. – 549.*
5. *Н.С. Подчерняева, М.С. Коневина, М.И. Тихая. Современные представления о ювенильном дерматомиозите: этиология, патогенез, клиника, диагностика (часть I). Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2019; Т.98; 3: 216-226.*

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИФФУЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ

Усупова А.Б., Мусуркулова Б.А.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail:Usupovakg98@gmail.com

Резюме. Представлены результаты изучения клинических проявлений диффузных заболеваний соединительной ткани (ДБСТ) у детей. Особенности проявления кожного, суставного, мышечного синдромов, вовлечения внутренних органов при системной красной волчанке, склеродермии и ювенильном дерматомиозите у детей.

Ключевые слова: дети, СКВ, склеродермия, ювенильный дерматомиозит, клинические проявления.

БАЛДАРДЫН БАЙЛАНЫШТЫРГЫЧ ТКАНДАРЫНЫН ДИФФУЗДУК ООРУЛАРЫНЫН КЛИНИКАЛЫК КОРУНУШТОРУНУН ОЗГОЧОЛУКТОРУ

Усупова А.Б., Мусуркулова Б.А.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Балдардын байланыштыргыч ткандарынын диффуздук ооруларынын клиникалык корунушторунун жыйынтыктары корсотулду.Балдардын ювенилдик дерматомиозит,склеродермия жана системдик канчоо ооруларынын тери, муун, булчун синдромдорунун жана ички органдарынын жабыркоо озгочолуктору.
Негизги создор: балдар, СКВ, склеродермия, ювенилдик дерматомиозит, клиникалык корунуштору.

FEATURES OF THE CLINICAL MANIFESTATIONS OF DIFFUSE CONNECTIVE TISSUE DISEASE IN CHILDREN

Usupova A.B., Musurkulova B.A.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The results of a study of the clinical manifestations of diffuse diseases of connective tissue (DCTD) in children are presented. Features of the manifestation of skin, articular, muscle syndromes, involvement of internal organs with systemic lupus erythematosus, scleroderma and juvenile dermatomyositis in children.
Key words: children, SLE, scleroderma, juvenile dermatomyositis, clinical manifestations.

Актуальность. К числу актуальных проблем в педиатрии относят диффузные болезни соединительной ткани (ДБСТ).[1] ДБСТ представляют собой заболевания иммунопатологической природы с обязательным присутствием аутоиммунного компонента, характеризующееся полиморфностью системных поражений, рецидивирующим течением и, как правило, прогрессированием. Большинство ДБСТ дебютируют в детском возрасте и имеют тенденцию к хроническому течению. Именно прогрессирующий характер течения объясняет социальную значимость этой проблемы, что обусловлено ранней инвалидизацией детей.[1,2]

СКВ – хроническое полисиндромное заболевание, развивающееся на фоне генетически обусловленного несовершенства иммунорегуляторных процессов, которые приводят к неконтролируемой продукции антител к собственным клеткам и их компонентам, с развитием аутоиммунного, иммунокомплексного хронического воспаления. В детском возрасте чаще заболевают девочки.[2,3] Склеродермия - это системное заболевание соединительной ткани и мелких сосудов, характеризующееся распространёнными вазоспастическими нарушениями по типу синдрома Рейно. Склеродермия, по литературным данным, занимает 2 место по распространенности.[1,4] Ювенильный дерматомиозит (ЮДМ) — заболевание, в основе которого лежит воспалительная васкулопатия с преимущественным вовлечением кожи и мышц, с возможным полиорганным поражением.[5,6]

ДБСТ протекают под маской различных заболеваний (ревматоидного артрита, реактивных артритов, ревматической лихорадки, онкологических заболеваний, миозитов и т.д.), что приводит диагностическим ошибкам на раннем этапе течения болезни.[1,3,7]

Цель работы - изучить особенности клинического течения ДБСТ у детей: системной красной волчанки (СКВ), ювенильного дерматомиозита (ЮДМ) и склеродермии.

Материал и методы исследования.

Были проанализированы 36 историй болезни детей с ДБСТ, находившихся на стационарном лечении в кардиоревматологическом отделении НЦОМиД г. Бишкек за период с 2018-2019 гг .

У пациентов с ДБСТ был изучены анамнез жизни и заболевания, данные клинико-инструментальных исследований, включающие: осмотр и физикальное обследование, общеклинические, биохимические и иммунные анализы (общий анализ крови, общий анализ мочи, С-реактивный белок, АТ к ДНК, АНФ, ревматоидный фактор, антистрептолизин –О), инструментальные (УЗИ внутренних органов, рентгенография органов грудной клетки и суставов, ЭКГ) исследования.

Результаты и обсуждение.

Из анализа историй болезней выявлено, что за период с 2018 по 2019 год в отделении кардиоревматологии НЦОМ и Д прошли обследование и лечение 36 детей с ДБСТ. Из них у 6 (16,7%) детей выставлен диагноз системная красная волчанка (СКВ), у 8 (22,3%) детей – ювенильный дерматомиозит, у 11 (30,5%) детей – системная склеродермия, у 11 (30,5%) - ограниченная склеродермия. Среди них мальчиков было -8 (22,2%) ,а девочек было- 28 (77,8%) (таб.1).

Таблица 1. Распределение больных по нозологии и полу

Нозология	Всего	Мужского пола	Женского пола
СКВ	6		6
ЮДМ	8	3	5
ССД	11	2	9
ОСД	11	3	8

Возраст заболевших детей варьировал от 4 до 18 лет. Дебют ДБСТ чаще приходится на 8 – 13 лет (табл. 2).

Таблица 2. Распределение больных по возрастам

4-7 лет	8-13 лет	14-18 лет
8 (23%)	17 (47%)	11 (31%)

В зависимости от региона больные распределились следующим образом: из Чуйской области больных детей было - 14(39%), из Иссык-Кульской области -11(31%), из южных регионов- 9(24,4%), из Нарынской области и Таласской областей - 1 (2,7%) и 1 (2.7%) соответственно. (Рис. 1)

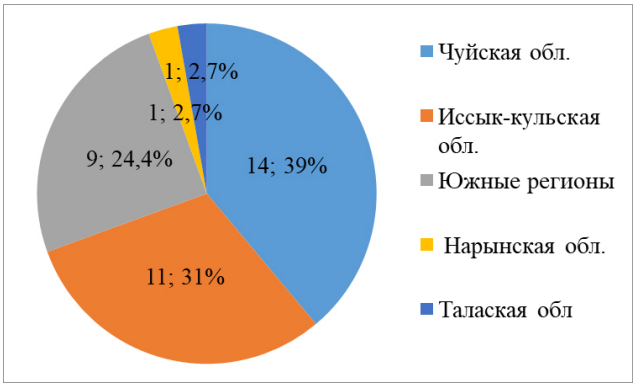


Рис. 1 Распределение больных с ДБСТ по областям проживания.

Провоцирующими факторами в 33,3% случаев были обострение хронических очагов инфекции, в 31% - инсоляция, в 32% случаях у больных имелся аллергические заболевания (пищевая аллергия, поллиноз). В период 2018-2019гг. в отделении находилось 6 больных СКВ и все девочки. Основными клиническими проявлениями СКВ у обследованных детей являлись длительная лихорадка, кожный, суставной, мышечный синдромы, снижение массы тела, утомляемость, синдром Рейно. Лихорадка наблюдалась практически у всех пациентов от субфебрильной до фебрильной. Кожные проявления отмечались в 67 % (4 девочек) случаев и проявлялись в виде высыпаний на коже различного характера — чаще эритематозные высыпания с выраженной гиперемией на лице и в области скуловых дуг в виде бабочки, реже на конечностях и туловище.

Суставной синдром у пациентов с СКВ характеризовался мигрирующими артралгиями, артритами средних и мелких суставов. Наиболее часто артралгии отмечались в локтевых, голеностопных, коленных, межфаланговых суставах пальцев кистей в виде болезненности и ограничения объема активных и пассивных движений в пораженных суставах. Мышечный синдром проявлялся в виде миалгий у 67% (4) больных, при этом не отмечалось тяжелой функциональной недостаточности.

У 50% больных отмечалось снижение массы тела, у 33,3% - синдром Рейно. Поражение внутренних органов в виде гепатомегалии – у всех 6 больных. У 50% больных в анализах крови обнаружены АТ к ДНК.
Наиболее часто встречаемой формой ДБСТ за период 2018-2019гг была склеродермия. В отделении находились 22 ребёнка со склеродермией. Среди них мальчиков-5, девочек-17. Системная склеродермия (ССД) диагностирована у - 11 больных, очаговая склеродермия у 11 детей. Средний возраст к началу болезни у мальчиков и у девочек составил – 11лет. Наиболее частым начальным проявлениям склеродермии был Синдром Рейно (почти у 90% больных) и характеризовался похолоданием кистей и стоп, изменением окраски кожных покровов, парастезиями. Типичное поражение кожи в виде плотного отека, индурации и атрофии наблюдалось у всех детей и сопровождалось гиперпигментацией и депигментацией, а также сосудисто-трофическими нарушениями. Признаки «мумификации «ткани отмечалось у 2 х больных ССД, сопровождалось маскообразным лицом, сгибательными контрактурами, склеродактилией, укорочением концевых фаланг в одной из конечностей. У одного больного с очаговой склеродермией имело место очаговое уплотнение в виде «удара саблей» в области лица. У 4 больных имелись явления пневмофиброза (по данным рентгенологического обследования), у 2 - недостаточность митрального клапана, у 5 – гипертрофический гастрит, у 5 - хронический эрозивный гастродуоденит, у 3 - функциональные расстройства кишечника. Таким образом, ССД у детей характеризуется полисиндромностью и прогрессирующим течением. При этом процесс охватывает преимущественно кожные покровы, внутренние органы и опорно-двигательный аппарат.
С ЮДМ в отделении находились 8 больных (3 мальчика и 5 девочек). В основном у этих больных было подострое течение болезни, и клинические симптомы формировались постепенно. Кожные симптомы проявлялись параорбитальной лиловой эритемой, отёчностью лица, мраморностью кожных покровов, сетчатым ливедо, эритематозными пятнисто-папулёзными высыпаниями на разгибательных поверхностях суставов кистей рук, коленных суставов. Поражение мышц проявлялись мышечной слабостью, болезненностью, гипотрофией мышц, сопровождающиеся затруднением походки, нарушением самообслуживания. В наших наблюдениях у 2-х больных поражение мышц были выраженными до полной обездвиженности. У этих же больных наблюдалось вовлечение гладкой мускулатуры с проявлениями псевдобульбарного синдрома. Так же у больных с ЮДМ отмечалось снижение массы тела. Поражения внутренних органов у детей с ДМ были невыраженными и проявлялись гепатомегалией (3 больных), диспептическими явлениями (4 больных). У 1 ребёнка с агрессивным непрерывно-рецидивирующим течением ЮДМ, наблюдалось вовлечение в патологический процесс всех органов и систем (кожный, миопатический, суставной, псевдобульбарный синдромы, поражение респираторной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта). В анализах у 50% больных наблюдалось повышение уровня креатинфосфокиназы. Уровень КФК у 1 больной была повышена до 6295ед., что превышает норму в 40 раз.

Выводы.

1. Дебют заболевания ДБСТ чаще приходится на 8-13летний возраст, что соответствует литературным данным.
2. По литературным данным, ДБСТ чаще болеют девочки и в наших исследованиях 78% заболевших составили девочки. Это обясняется тем, что в возникновении ДБСТ немаловажную роль, особенно при СКВ играет экстрогенемия.
3. В основном заболевшие дети проживали в Чуйской – 14 детей (39%) и Иссык-Кульской областях – 11 больных (31%). Возможно, это объясняется большим скоплением населения в новостройках вследствие внутренней миграции, неустроенностью и низким уровнем жизни, плохим питанием, наличием стрессовых ситуаций, недоступностью медицинского обслуживания. Высокие цифры заболеваемости по Иссык-Кульской области можно, объяснить воздействием физических факторов, а именно высокой инсоляцией.
4. Проявления кожного, мышечного синдромов были яркими и специфичными для каждой нозологии. Синдром Рейно встречался при всех ДБСТ, но больше всего при склеродермии, почти у 90% больных.

Литература

1. Г.А. Лыскина. Проблемы системных заболеваний соединительной ткани у детей. //Педиатрия.- 2004.- С. 46-49.
2. В.А. Насонова, Н.Г. Гусева Научно-практическая ревматология.-2011.-№4 .-С. 82-85.
3. Насонов Е.Л. Соловьев С.К. Лила А.М. Клиническое течение и стандартная терапия системной красной волчанки в Российской Федерации. Современная ревматология.- 2016.- №2. -С. 50.
4 Осминина М.К. Склеродермия у детей клиника, диагностика, лечение. //Педиатрия.- 2015.- №1 - С.76-79.

5. Исаева Л.А., Жвания М.А.-Дерматомиозит у детей.-М. Медицина.- 1978. – 231 с.
6. Н.С. Подчирняева, М.С. Коневина, М.И. Тихая. Современные представления о ювенильном дерматомиозите : этиология,патогенез,клиника,диагностика (часть 1) . Педиатрия. – 2019. - т.98; 3. - С. 216-226
7. Rosina S, Varnier GC, Mazzoni M, Lanni S, Malattia C, Ravelli A. Innovative Research Design to Meet the Challenges of Clinical Trials for Juvenile Dermatomiositis.Current Rheumotology Reports.- 2018. P. 20-29.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ ПРИ ЕСТЕСТВЕННЫХ РОДАХ В ГПЦ Г.БИШКЕК ЗА 2019 ГОД

Дедковская Д.В., Теппеева Т.Х., Макенжанова М.М.
Научный руководитель: д.м.н., доцент Теппеева Т.Х.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра акушерства и гинекологии №1. Городской перинатальный центр
Бишкек, Кыргызская Республика

Дедковская Д. В. – студентка КГМА, ЛД 6-22. E-mail: yaya_ya@bk.ru
Теппеева Т. Х. – д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1
Макенжанова М. М. – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1

Актуальность: Поиск методов обезболивания родов, как с целью коррекции аномалии родовой деятельности, улучшения психологического и эмоционального комфорта роженицы, остаётся на по-прежнему противоречивой темой между акушерами-гинекологами, анестезиологами и неонатологами.
Использование ЭА в условиях ГПЦ является новшеством, метод введен в 2019 году после соответсвующего обучения и специализации врачей анестезиологов и обеспечения персонала необходимым медицинским оснащением и медикаментами.
Цель исследования: провести ретроспективный анализ применения длительной эпидуральной анальгезии в родах для изучения ее влияния на родовой процесс и перинатальные исходы у родильниц родоразрешенных в 2019 году.
Материалы и методы: исследование проводилось на клинической базе ГПЦ г. Бишкек. Нами проанализировано (основная группа) 44 случая ведения родов с использованием эпидуральной продлённой анальгезии и 35 случаев (контрольная группа) ведения родов через естественные родовые пути без ЭА за 2019 год.
Результаты: Средний возраст в исследуемых группах особо не отличался, в группе родильниц, которым проводилась длительная ЭА, составил в среднем 25±5 лет, в контрольной группе в среднем 25±4 года.
В основной группе продолжительность I периода родов у первородящих составила в среднем 11±5 часов, среди повторнородящих в среднем 9±4 часов. В контрольной группе I период родов продолжался в среднем 11±4 часа у первородящих, среди повторнородящих 9,4±2 часа.
Повреждение мягких тканей родовых путей характерно для первородящих и составило в основной группе 38%, в контрольной группе 13%
Всего у 79 родильниц родилось 79 детей. Все новорожденные были доношенными, с оценкой по шкале Апгар на первой/пятой минуте 7,5±0,6/8,5±0,6 в основной группе, в контрольной группе 8±0,7/8,5±0,7.
Вывод: полученные нами данные не отличаются от данных литературы. Нами установлено, что продлённая ЭА позволяет проводить длительное обезболивание родов, при этом не оказывая значимого влияния на продолжительность родов и негативного влияния на состояние родильницы и новорождённого. В связи с чем, можно сделать вывод, что эпидуральная аналгезия в процессе родов является эффективным и безопасным методом обезболивания.

РОЛЬ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЭТИОЛОГИИ НЕСОСТОЯВШЕГОСЯ ВЫКИДЫША В 1 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Дюшекеева Н.И., науч. руководитель – к.м.н Жакыпова А.К., аспирант Субанова Н.А.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии №2
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Дюшекеева Н.И. – студент леч.фак. 4курс 37 группа, e-mail: nestowa110@gmail.com

Актуальность. Несостоявшийся выкидыш- политологическое осложнение беременности, наиболее частой причиной которого является хронический эндометрит с персистенцией условно-патогенных микроорганизмов и/или вирусов. В настоящее время число случаев несостоявшегося выкидыша оставляет 45-90% от числа самопроизвольных прерываний беременности ив различные сроки и не имеет тенденции к снижению. **Материал и методы.** В ходе научной работы были обследованы 40 пациенток в сроках беременности 8-9 недель. Средний возраст пациенток составил 29-39 лет. Всём пациенткам были проведены: клинико-лабораторное обследование, бакериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого влагалища и слизи цервикального канала, ПЦР-диагностика, трансвагинальнгое УЗИ органов малого таза. По результатам УЗИ выделили 2 типа несостоявшегося выкидыша: анэмбриония и гибель эмбриона. При анэмбрионии зародыш не визуализируется, величина среднего диаметра плодного яйца не превышает 2,0-2,5 см, размеры матки соответствуют 5-7 неделе беременности. **Результаты.** Установлено, что причиной несостоявшегося выкидыша была смешанная урогенитальная инфекции, на фоне которой развился хронический эндометрит. Лечение состояло в применении санации влагалища, назначении антибактериальной, противовирусной, противогрибковой терапии в течение 5 дней после вакуум-аспирации плодного яйца. **Заключение.** У всех обследованных женщин были обнаружены урогенитальные инфекции, протекающие в субклинической форме. У 34(85%) пациенток была выявлена сочетанная инфекция, также признак бактериального вагиноза, у 6(15%) пациенток бактериальный вагиноз проявился изолированно. В результате у 40 обследованных в 100% случаях имела место та или иная вирусная инфекция. Параллельно с БВ у 15(37%) пациенток выявлены уреаплазма и микоплазма, у 6(15%) – хламидиоз. В результате исследования можно утверждать, что причиной несостоявшегося выкидыша у обследованных нами пациенток была смешанная урогенитальная инфекция, на фоне которой, возможно, развивался хронический эндометрит, который привел к таим последствиям. После проведенных лечебных мероприятий все пациентки были повторно обследованы на урогенитальную инфекцию.

Литература:

1. *Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Озерова Р.И. Неразвивающаяся беременность. М.: ГЭОТАР- медиа. 2010;200*

ОДОНТОГЕННЫЙ СЕПСИС И МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Жыргалбеков А.С., Амердинова М.Ф.,
Алмазбек у. А., научн. руководитель – к.м.н. Стакеева Ч.А., Калканбаева Ч.К.
Кафедра акушерство и гинекологии №2
Жыргалбеков А.С. – студент 3 курса, 14 группа, стоматологический факультет, e-mail: Jyrgalbekov6@gmail.com

Материнская смертность от косвенных причин – это смерть беременной/роженицы/родильницы в результате существовавшей ранее болезни или от болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности. В структуре причин материнской смертности, по данным Национального комитета по конфиденциальному расследованию случаев материнской смертности (НК по КРМС) в Кыргызской Республике КРМС за 2014-2015гг, Косвенные причины занимали второе место после кровотечений. Всего погибло 35 (23,6%) женщин. По причинам гибели группа была разделена на 2 подгруппы, где первую составили женщины, погибшие вследствие инфекций, не связанных с беременностью 21 (60,0%), вторую – женщины, умершие вследствие существовавшей ранее материнской патологии, течение которой усугубила беременность – 14 (40,0%). В первой подгруппе три женщины погибли от неакушерского

сепсиса, в том числе в 2 случаях вследствие заболевания почек, в 1 – вследствие одонтогенной гнилостно-некротической флегмоны полости рта и шеи.

Описание случая

Пациентка А., 25 лет, в течение 3 дней беспокоили боли кариозного зуба. Но к врачу не обращалась. 05.05.2015г., в 17:15, ввиду усиления болей и нарастания отека, доставлена родственниками в хирургическое отделение территориальной больницы. Об-но: Сознание ясное. Состояние средней тяжести. Положение вынужденное, из-за болей, щадит шею. Срок беременности 35-36 нед. Локально: При осмотре в подбородочной области отек в основном по центру. Пальпаторно образование плотное, болезненное, отек распространяется до нижнего края подьязычной кости. По центру имеется легкая гиперемия. Движение головы болезненные. Выставлен ДЗ: «Одонтогенный аденофлегмона подчелюстной области. Беременность 35-36 недель». По поводу одонтогенной аденофлегмоны подчелюстной области, произведено вскрытие и дренирование флегмоны, начата антибиотикотерапия. Больную выписывают 06.05.2015г. и ввиду нарастания отека и ухудшения общего состояния, рекомендуют обратиться в специализированное челюстно-лицевое отделение III уровня. При этом ее перенаправляется самостоятельно, без сопровождения медицинского работника.

Больная поступает в стационар Третичного уровня 08.05.15. 09:45.

Жалобы при поступлении: затрудненное дыхание, боли в области рта и шеи, боль при глотании, жевании и поворота голова, тахикардия, повышение температуры тела, чувство жара по всему телу, общая слабость, головную боль.

Состояние больной тяжелое. При внешнем осмотре отмечается нарушение конфигурации лица за счет отека и припухлости мышцы лица. Кожа над припухлостью гиперемирована, имеется местная температура. Слизистая оболочка полости рта бледная, язык приподнят вверх. При пальпации подъчелюстная, подбородочная и передняя поверхность шеи резко болезненны, симптом флюктуации положительный. Ограничение открывания рта. Слизистая оболочка полости рта бледная, язык приподнят вверх.

08.05.15. 11:00 Осмотр гинеколога. ДЗ «Беременность 35-36 нед. Прогрессирует»

Больная готовится на операцию в экстренном порядке, проведена беседа с родственниками.

Осмотр зав/отд. реанимации: На момент осмотра состояние больной тяжелое. Тяжесть обусловлена общей дыхательной недостаточностью и интоксикацией организма. Сознание ясное. На осмотр реакция адекватная. Положение вынужденное. Лицо одутловатое. Язык отечный, выступает изо рта, шея отечная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Дыхание затрудненное. В акте дыхания учувствует вся вспомогательная мускулатура. Аускультативно дыхание жесткое. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. Тахикардия. Пульс 116 в минуту. АД 80/60 мм рт.ст.

Живот увеличен за счет беременности. Печень, селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Диурез положительный. Учитывая тяжесть состояния больной, в экстренном порядке подается на оперативное лечение. Анестезиологический риск 5 группы.

Создан консилиум анестезиологов.

08.05.15 12:00 Операция наложение «трахеостомы».

08.05.15 12:05 Операция вскрытие флегмоны дна полости рта и шеи.

После соответствующей обработки операционного поля под общим наркозом произведен разрез от угла до угла нижней челюсти размером 10-12 см. Остро и тупо послойно обнажено дно полости раны. Далее разрез надгрудинной областью 10см., срединный разрез кожи и подкожной клетчатки подбородочной области и грудной области. Кожа, подкожная клетчатка и фасции разъединены, обнажена паратрахеальная область где имеется густой гной с некрозом мышцы и фасции. Рана промыта антисептиком, оставлена открытой, повязка с левомеколью. Гной взят на чувствительность к антибиотикам (выделен штамм «Clastridium septicum»).

Заключительный диагноз: Гнилостно некротическая флегмона дна полости рта и шеи.

08.05.15г. в 15:00 Клиническая смерть. Начаты реанимационные мероприятия, без эффекта.

08.05.15г., в 15:20 констатирована биологическая смерть.

Дискуссия. Данный случай является ярким примером последствий недооценки общего состояния больной и первоначальной госпитализации ее в непрофильное лечебное учреждение, когда следовало направить беременную сразу в специализированный стационар третичного уровня, не упуская время.

Выводы. Известно, что во время беременности диагностика ряда заболеваний отличается своей сложностью, поэтому консультирование этих женщин должно проводиться специалистом самого высокого

уровня, уже при первом их обращении, а госпитализация – в профильное учреждение. При несоблюдении этих простых правил, происходит потеря времени, прогрессивное ухудшение общего состояния беременной и запоздалое лечение.

УДК:616-053.2:616.89:575.1

РЕДКИЙ ГЕНЕТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (СИНДРОМ РЕТТА) У РЕБЕНКА 3-Х ЛЕТ

Иваненко А.С., науч. руководитель – к.м.н. доц. Статова А.В.
Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар, Краснодарский край
Иваненко А.С. – студентка 6 курса педиатрического факультета КубГМУ, email: Ivanenko-a1ina@mail.ru

Уникальность и актуальность клинического случая. Синдром Ретта - это орфанное прогрессирующее наследственное заболевание, связанное с нарушением развития центральной нервной системы при нормальном развитии до 6–18 мес. и последующей утратой сформированных ранее навыков. Распространенность составляет 1:10 000–1:15 000 среди лиц женского пола, у мальчиков встречается крайне редко.
Цель: демонстрация клинического случая синдрома Ретта у девочки 3-х лет.
Материалы и методы: Ребенок Г., 19.06.2015 года рождения, находившийся на обследовании в ГБУЗ ДККБ Детский диагностический центр. Медицинская карта амбулаторного больного, данные параклинических методов обследования: биохимического анализа крови, иммуноферментного анализа, ЭЭГ мониторинг, ЭМГ конечностей, КТ головного мозга, молекулярно-генетическое исследование.
Результаты. Девочка 3-х лет, с 2 месяцев наблюдалась у невролога с жалобами на задержку двигательного развития. Обследовалась в ДДЦ г. Краснодар. Лабораторное обследование: ОАК, гормонограмма (в пределах возрастной нормы), ЭЭГ: выраженные изменения БЭА с пароксизмальной активностью. Проведено дообследование (ЭЭГ мониторинг, ЭМГ конечностей, КТ головного мозга). На фоне курс комплексного реабилитационного лечения наблюдалась умеренная положительная динамика в виде улучшения моторного развития. В 1 год, 6 месяцев выставлен диагноз ДЦП: резидуальный период, атонически-атактическая форма, 3 ст. тяжести. В связи с прогрессирующей утратой навыков пациентка была направлена на молекулярно-генетическое исследование в МГНЦ РАМН, где был подтверждает диагноз «Синдром Ретта» молекулярно-генетическим методом.
Вывод: Необходимо своевременно обязательно проводить генетическое исследование пациентов с регрессивной психопатологической симптоматикой для понимания истинной причины заболевания.
Литература.

1. *Синдром Ретта: трудности диагностики (клинико-психологические аспекты)/ Е.В. Малинина, И.В. Забозлаева. - DOI: 10.17650/2073-8803-2016-11-3-49-56-Текст: электронный// Русский журнал детской неврологии.- 2016 год, Т .11, № 3.-С.49-55. - Режим доступа : URL: https://rjdn.abvpress.ru/jour/issue/download/18/15*
2. *Rett Syndrome: A Genetic Update and Clinical Review Focusing on Comorbidities. / Gold WA, Krishnarajy R, Ellaway C, Christodoulou J.-DOI: 10.1021/acschemneuro.7b00346. –Текст электронный // EACS Chem Neurosci.- 2018.VOL.21, №9(2)- P.167-176.- Режим доступа : URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29185709*

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОК С МАССИВНЫМ АКУШЕРСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Исакова З.З., Сулайманова Н.Р., Токтосунова А.Т.,
научный руководитель – к.м.н., доц. Теппеева Т.Х., Макенжанова М.М.
Кыргыская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Исакова З.З. – клинический ординатор 2 года каф. Акушерства и гинекологии № 1 КГМА
Сулайманова Н.Р. – клинический ординатор 1 года каф. Акушерства и гинекологии № 1 КГМА
Токтосунова А.Т. – студент 6 курса факультета Лечебое Дело № 1

Актуальность. За всю историю акушерства одними из самых грозных осложнений были и остаются массивные кровотечения, возникающие в послеродовом периоде. Частота возникновения кровотечений, по данным различных авторов, составляет от 3 до 8% от общего числа родов. Стоит отметить, что гипотонические кровотечения не только являются непосредственной причиной смерти, но и сопутствуют другим акушерским осложнениям, приводящим к летальному исходу. Около 60–70% всех случаев смерти родильниц так или иначе связано с кровотечениями. Из тех же женщин, которым удается сохранить жизнь, многие лишаются дальнейшей менструальной и репродуктивной функций, поскольку при традиционной тактике ведения пациенток с послеродовыми гипотоническими кровотечениями на этапе хирургического лечения, как правило, производится надвлагалищная ампутация или экстирпация матки. Поэтому до настоящего времени остаются актуальными разработка и обоснование органосберегающей тактики ведения пациенток с послеродовыми гипотоническими кровотечениями.

Цель исследования. Изучить исход беременности и родов у рожениц с гипотоническими кровотечениями в раннем послеродовом периоде.

Материалы методы. Был проведен анализ 46 историй родов, обменных карт пациенток с массивной кровопотерей более 1 литра за период с января по декабрь 2019 года в Городском Перинатальном Центре г. Бишкек. У всех пациенток был проведен сбор общего и акушерско-гинекологического анамнеза по общепринятым критерием.

Выявлены наличие перенесенных заболеваний, исследована репродуктивная функция, исходы предыдущих беременностей. Оценивали особенности течения настоящей беременности и ее исходы (сроки, способы родоразрешения, объем и причины кровопотери,).

Статистическую обработку данных выполняли с помощью электронных таблиц Microsoft Excel.

Результаты исследования. За 2019 год в городском перинатальном центре было проведено 9463 родов, из них самостоятельные роды наблюдались у 8089 пациенток. Оперативным путем были родоразрешены 1394 пациентки. Хирургический гемостаз произведен 65 пациенткам.

Среди исследуемых пациенток у 22 женщин роды произошли самостоятельно, однако, ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением, в связи с чем, родильницы были взяты на хирургический гемостаз.

24 женщины были родоразрешены путем операции кесарево сечение.

Показанием для оперативного родоразрешения послужили:

- Преждевременная отслойка N расположенной плаценты – 9
- Центральное предлежание плаценты – 8
- Рубец на матке – 4
- Обструкция II периода родов – 2
- Преэклампсия тяжелой степени, не поддающейся мед. коррекции – 1
- Тромбоцитопеническая пурпура -1

С целью сохранения детородного органа, а также для проведения хирургического гемостаза были использован следующие методы: перевязка маточных артерий, наложение компрессионных швов, перевязка внутренних подвздошных артерий.

В 12 случаях объем операции был расширен до субтотальной гистерэктомии. Показанием для удаления детородного органа послужило:

- Разрыв матки по рубцу -1
- Нарушение плацентации-6
- Матка Кювеллера – 1
- Миома больших размеров -1
- Гипотония на фоне ПТС – 2
- Тромбоцитопеническая пурпурура – 1
- Позднее послеродовое гипотоническое кровотечение -1

Выводы. Оснойной причиной возникновения массивных кровотечений на сегодняшний день является преждевременная отскойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты и гипотоническое кровотечние. Своевременное выполнение определенных хирургических мероприятий (перевязка маточных артерий, наложелние компрессионных швов и перевязка внутренних подвздошных артерий) при акушерских кровотечениях позволяет уменьшить кровоснабжение матки, благодаря чему появляется возможность остановить маточное кровотечение, сохранив при этом детородный орган.

Литература

1. *Курцер М.А., Панин А.В., Сущевич Л.В. Перевязка внутренних подвздошных артерий как альтернатива гистерэктомии при массивных акушерских кровотечениях. Акушерство и гинекология 2005; 4: 12–5.*
2. *llam M.S., B-Lynch C. The B-Lynch and other uterine compression suture techniques. Int J Gynaecol Obstet 2005; 89(3): 236–41.*

УДК 618-019

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК И ЖЕНЩИН

Исакова М.Б., Жолдошова Ж.К., Жакыпова А.К.
науч. руководитель – к.м.н. доц. Осмоналиева Р. К.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Исакова М.Б. студентка ЛД 5 курс КГМА, madina1998bb@gmail.com
Жолдошова Ж.К. студентка ЛД 5 курс КГМА, jaka.kg97@gmail.com

Актуальность: Репродуктивное здоровье женщины – это неотъемлемая составляющая общего здоровья организма, которое подразумевает под собой отсутствие заболеваний репродуктивной системы, способность к воспроизведению потомства, а также возможность жить половой жизнью и получать от нее удовлетворение [1,2]. Среди женщин в возрасте 18 лет и старше продолжается рост частоты встречаемости гинекологических заболеваний, что становится значимой причиной формирования многочисленных групп больных со сниженной функцией воспроизводства здорового потомства или потери репродуктивной функции, что негативно сказывается на репродуктивном потенциале нации [1,3,4,5].

Цель: проанализировать и дать оценить состояние репродуктивного здоровья у молодых девушек и женщин.

Материалы и методы: Обследована 117 пациенток, обративших в МЦ с жалобами на НМЦ, боли внизу живота, выделения из половых путей и бесплодие. Возраст пациенток колеблется от 18 до 24 лет. Обследуемые пациентки были разделены на 4 группы: в 1 группу вошли пациентки не живущие половой жизнью(virgo)(n=28), 2,3,4 группы составлены из молодых женщин живущих половой жизнь в течении от 1года и более. Собран акушерско-гинекологический и соматический анамнез, произведены гинекологическое обследование, УЗИ, взяты мазок на флору, гормоны крови по показаниям (ФСГ, ЛГ, Пролактин). Анализ полученных был произведен с помощью программы Excel.

Результаты: При сравнительном анализе было выявлено, что у пациенток, не живущих половой жизнью (1 группа) нарушений менструального цикла (64,3% n=18) выше чем, у женщин, живущих половой жизнью (2гр 38,18%. (n=18), 3гр 40% (n=8), 4гр 42,2% (n=6)). Больше всего воспалительных заболевания отмечается в 4 группе, в сравнении с другими исследуемыми и меньше всего воспалительных заболеваний в группе пациенток 1 группы (35,7%). С жалобами на бесплодие обратились 13,8% женщин из 2 группы, 35% женщин со 3 группы, и 50% женщин с 4-ей группы, причем чем продолжительнее половая жизнь, тем чаще имеет место невынашивание беременности, вторичное бесплодие, обусловленное наличием воспалительных заболеваний органов малого таза.

Выводы: Таким образом, не своевременное обращение девушек и выявление у них дисфункциональных нарушений менструального цикла, а также воспалительных заболеваний органов малого таза может привести к бесплодию. Не своевременное обращение и лечение хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, могут приводить к дисфункции яичников в виде фолликулярных кист, АМК, к вторичному бесплодию, либо невынашиванию беременности.

Литература:

1. *Аспекты репродуктивного здоровья женщин. С.И. Ведищев, А.И. Жирняков, А.А. Иванова // Вестник ТГУ, т.18, вып.6, 2013, с. 3289-3292.*
2. *Лордкипанидзе Б.А., Уварова Е.В., Сырцова Л.Е. Современная концепция подхода к проблеме репродуктивного здоровья и инфекций, передаваемых половым путем, у подростков и молодежи // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2009. № 1. С. 12-23.*
3. *Измеров Н.Ф., Сивочалова О.В., Фесенко М.А., Денисов Э.И., Голованева Г.В. Проблема сохранения репродуктивного здоровья работников при воздействии вредных факторов производственной и окружающей среды. //Вестник РАМН /2012/ № 12 с.47-53*
4. *Хамошина М.Б., Лебедева М.Г., Руднева О.Д. и др. Послеабортная реабилитация: возможности комбинированных оральных контрацептивов // Гинекология. 2010. № 1.с. 41-44.*
5. *Barat M.U., Agacayak E., Bozkurt M. et al. (2016) There is a positive correlation between socioeconomic status and ovarian reserve in women of reproductive age. Med Sci Monit 22: 4386-4392.*

УДК 618.13:615.814

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Каныбекова А.К., Жолдошова Ж.К., Стакеева Ч.А.
научный руководитель – к.м.н., доцент Осмоналиева Р.К.
Кафедра акушерства и гинекологии №2.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Каныбекова А.К. студентка ЛД 4 курс, aisuluu.kan@gmail.com,
Жолдошова Ж.К. студентка ЛД 5 курс, jaka.kg97@gmail.com

Актуальность Синдром тазовых болей является актуальной проблемой гинекологии, т.к. встречается у 30-40% трудоспособных женщин. Невозможность иметь желанного ребенка, изнуряющие тазовые боли повышают эмоциональную лабильность женщины, нарушают ее социальный статус, снижают работоспособность [3,5]. Хроническая тазовая боль в 73-1% случаев является симптомом гинекологических заболеваний и (или) экстрагенитальных (21,9%)[1,4]. Применение комплексных программ диагностики и терапии хронической тазовой боли с использованием факторов физического воздействия позволяет сократить скоки лечения, снизить частоту рецидива болевого синдрома, достичь стойкой ремиссии, что способствует скорейшему восстановлению трудоспособности и улучшения качества жизни [2,5].

Цель исследования. Оценка эффективности лазеротерапии у женщин с синдромом хронической тазовой боли, обусловленной гинекологическими заболеваниями органов малого таза.

Материалы и методы. Представлены результаты обследования и лечения 43 женщин в возрасте от 22 до 43 лет. Ведущей жалобой пациенток были длительно существующие боли в подвздошной области, над лоном и в пояснице. По результатам обследования у 46,51% пациенток(n=20) были выявлены признаки обострения хронического воспалительного процесса, у 16,27 % женщин(n=7) аденомиоз, у 23,25% больных (n=10) спаечный процесс в малом тазу, ретенционные кисты яичников у 13,95% (n=6). Среди обследуемых первичное бесплодие у 10 пациенток, вторичное бесплодие у 26 больных, 2 женщины страдали привычным невынашиванием , у остальных нарушение менструального цикла. Лазеротерапия проводилась аппаратом «Мустанг» по оригинальной схеме с использованием биоактивных точек на теле пациенток курсом 10 процедур. Оценку болевого синдрома проводилось по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты. При применении лазеротерапии болевые ощущения при СХТБ уменьшались на 4-5 процедуре, максимальный эффект наступал к 7-8-10 процедуре. Наряду с уменьшением болевого синдрома у пациенток после лазерной терапии имело место нормализация менструального цикла у 51,16% и наступление беременности у 41,86% женщин, у 2 женщин произошел самопроизвольный выкидыш, что составило 6,98% .

Заключение. Таким образом применение лазеротерапии в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий способствует лечению и профилактике формирования синдрома ХТБ, и благотворно отражается на результатах лечения гинекологических больных, страдающих ХТБ.

Литература:

1. *Московенко Н.В., Безнощенко Г.Б. Интегрированный подход к лечению хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста. Рос. Вестн. акушера-гинеколога. 2011; 11 (5): 58–62.*
2. *Московенко Н.В. Комплексный подход к диагностике и лечению тазовой боли у женщин: клинико-экономические аспекты. Казанский медицинский ж-л. 2012; №1(93). С.61-67*
3. *Подзолкова Н. М., Глазкова О. Л. Симптом, синдром, диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии: руководство / - 3-е изд.,испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.*
4. *Радзинский В.Е., Оразов М.Р., Костин И.Н. Хроническая тазовая боль в гинекологической практике Хроническая тазовая боль в гинекологической практике // Доктор.Ру. 2019. № 7 (162). С. 30–35*
5. *Яроцкая Е.Л. Тазовые боли у женщин: вопросы диагностики и лечения Consilium Medicum. 2016; 18 (6): 82–86.*

УДК: 616.13-002-053.2

ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ

Кахарова Н.Р., Бекбатырова Д.Е.
Научные руководители: д.м.н., профессор Орынбасарова К.К.,
ассистент кафедры детских болезней Атантаева Ж.Г.
НАО «КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова», Алматы, Казахстан

Кахарова Н.Р. – интерн 7 курса факультета «Педиатрия»; почта: knargizar@mail.ru;
Бекбатырова Д.Е. – интерн 7 курса факультета «Педиатрия».

Актуальность: Геморрагический васкулит (ГВ) является одной из частых причин госпитализации детей в гематологическое отделение ДГКБ №2 г. Алматы. Актуальность данной проблемы не вызывает сомнений: ежегодно во всем мире регистрируется 13-20 случаев на 100 000 детей в год [1]. Наличие сопутствующей патологии у детей влияет на длительность стационарного лечения и активность заболевания [2-3].

Цель исследования: изучение структуры заболеваемости и влияния сопутствующей патологии на течение заболевания при геморрагическом васкулите у детей.

Материал и методы: изучены 392 архивные истории болезни детей с геморрагическим васкулитом, получивших стационарное лечение в ДГКБ №2 г.Алматы в период с 2014г по 2019г. Были выделены 2 группы детей с геморрагическим васкулитом: 1 (основная) группа – дети с сопутствующей патологией, 2 (группа сравнения) – дети без сопутствующей патологии.

Результаты: В возрастном составе преобладали дети 4-7 лет (57%), затем дети пре- и пубертатного периода (18% и 15% соответственно). Мальчики – 58%, девочки – 42%. Количество детей с сопутствующей патологией составило 176 человек (45%). При этом в структуре сопутствующей патологии преобладали атопический дерматит (17%) и инфекции: ОРВИ – 33%, энтеровирусная инфекция – 11%, инфекции желудочно-кишечного тракта – лямблиоз (18%), хеликобактерная инфекция (25%). При абдоминальной форме ГВ кожный геморрагический синдром и боль в животе без лечения сопутствующей гастроэнтерологической патологии рецидивировали, что привело к увеличению продолжительности стационарного лечения. У большинства заболевших манифестации васкулита предшествовала острая инфекция дыхательных путей: назофарингит (49%), тонзиллит (10%). Аллергоанамнез был отягощен у 90 детей (23%), среди них количество детей с сопутствующей патологией составило 54 человека (60%). В группе детей с сопутствующей патологией продолжительность стационарного лечения более 20 койко-дней - 47%, по сравнению со 2-ой группой – 18%, среднее количество койко-дней у детей до 3х лет с сопутствующей патологией составило 28 дней, при этом у детей второй группы – 16 дней. Кожно-суставная форма составляла в основной группе –45%, во 2-группе – 53%, кожно-абдоминальная форма была в 2 раза больше и составляла 11% в 1-ой, а во 2-ой группе – 6%. Высокая активность (3 степень) процесса у детей в 1-ой группе – 35%, во 2-ой группе – 23%.

Выводы:

1. У детей с сопутствующей патологией продолжительность стационарного лечения в 2,5 раза больше, чем у детей без сопутствующей патологии.
2. Рецидивированию кожного геморрагического синдрома способствовал отягощенный аллергический фон и сопутствующие инфекции. В структуре сопутствующей инфекционной патологии преобладали: ОРВИ (33%), энтеровирусная инфекция – 11%, инфекции желудочно-кишечного тракта – лямблиоз (18%), хеликобактерная инфекция (25%).
3. Кожно-абдоминальная форма была в 2 раза больше у детей с сопутствующей патологией. Рецидивы кожного геморрагического и абдоминального синдромов обусловлены сопутствующей гастроэнтерологической патологией.
4. При рецидивировании синдромов геморрагического васкулита рекомендуется дополнительное обследование и исключение сопутствующей патологии.

Литература:
1. *Jelusic M, Sestan M, Cimaz R, Ozen S. Different histological classifications for Henoch-Schönlein purpura nephritis: which one should be used// Pediatr Rheumatol Online J. - 2019-17(1):10.*
2. *Wang X, Zhu Y, Gao L, Wei S, Zhen Y, Ma Q. Henoch-Schönlein purpura with joint involvement: Analysis of 71 cases. // Pediatr Rheumatol Online J.- 2016-14(1):20*
3. *Hetland L., Susrud K., Lindahl K., Bygum A. Henoch-Schönlein Purpura: A Literature Review // Acta Derm Venereol. -2017.- № 97.-P.1160–1166*

УДК 613.2:057.875+470.62

ФАКТОРЫ РИСКА СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ И ПОТРЕБЛЕНИЕ ПИЩЕВОГО КАЛЬЦИЯ У ДЕТЕЙ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ГОРОДА КРАСНОДАРА

Краснова Е.Ю., Карачевцева Д.Я.,
научный руководитель – к.м.н., доц. Сутовская Д.В.
Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар, Россия

Краснова Е.Ю. – студентка педиатрического факультета, email: krasnovakate98@mail.ru
Карачевцева Д.Я. – студентка педиатрического факультета

Актуальность. В детском возрасте накапливается 86% генетически детерминированной костной массы и продолжается до двадцати пяти лет. Упущенные возможности профилактики снижения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в детском и молодом возрасте нарушают оптимальное развитие скелета, препятствуют минерализации костной ткани.
Цель исследования: изучить модифицированные факторы риска снижения МПКТ, потребление пищевого кальция у студентов г. Краснодара.
Материалы и методы: проведено анкетирование 100 студентов в возрасте 18-25 лет г. Краснодара. Средний возраст составляет 21,5 ± 0,2. Из них 57 (57%) девушки и 43 (43%) юноши. Потребление пищевого кальция оценивалось с помощью метода воспроизведения питания.
Результаты: Изучение питания студентов показало, что рекомендуемое количество кальция в сутки потребляют только 7 (7%) респондентов. Средняя величина составила 1553,1 ± 123,2 мг/сут (Me=1419 мг/сут, LQ-UQ=2364-1330). Выраженный дефицит данного нутриента отмечен у 38 (38%) студентов, средняя величина потребления кальция составила 528,6 ± 11,9 мг/сут (Me=533,5 мг/сут, LQ-UQ=645-350). Умеренный дефицит пищевого кальция установлен у 55 (55%) студентов. Средняя величина потребления кальция составила 879,6± 22,9 мг/сут (Me=841,5 мг/сут, LQ-UQ=1236-650).
Основным источником кальция в питании студентов является сыр (28% от потребления кальция), на втором кальций молока и кисломолочных продуктов (11% и 12% соответственно). В ходе исследования установлено, что практически каждый второй студент злоупотребляет сладким (43%), каждый четвертый - употребляет более 5 чашек кофе в день (23%) и у 17% студентов отмечено злоупотребление подслащенными сахаром газированных напитков. Одним из факторов риска снижения МПКТ является гиподинамия: 70% респондентов не посещают спортивные секции, 49%. Наличие в анамнезе переломов среди студентов составило 22% и 11% - среди членов семьи.
Выводы: Среди факторов риска снижения МПКТ преобладают два - низкое потребление пищевого кальция и низкая физическая активность. Средняя величина потребления кальция среди всех студентов с продуктами питания составила 793,11± 32,2 мг/сут. (Me=715,5 мг/сут., LQ-UQ=2364-350), при норме 1300 мг/сут.

Литература:
1. *Кондратьева Е.И., Сутовская Д.В., Зобенко В.Я., Хапачева Д.Э. Состояние минеральной плотности костной ткани у школьников города Краснодара // Сибирский медицинский журнал. - 2011. - т. 26. - №4. - С. 232-233.*
2. *Мальцев С.В., Мансуров Г.Ш. Снижение минеральной плотности костной ткани у детей и подростков: причины, частота развития, лечение // Вопросы современной педиатрии. - 2015. т. - 14. №5. - С. 573-575.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ РЕБЕНКА С ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКОГОРНЫМ КЛИМАТОМ (ПЯТИЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Маришбек кызы Эльвира, Эсенгелди кызы Айжамал, Маматов С.М.
Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Введение. С недавних пор при лечении иммунной тромбоцитопении у детей была использована высокогорная климатотерапия, которая стала оказывать положительный эффект в виде клинико-гематологического улучшения и ремиссии. Сегодня уже имеем определенные положительные результаты, которые решили изложить на суд читателя.

Цель. Оценить эффективность высокогорной климатотерапии при хронической иммунной тромбоцитопении у ребенка С.А. за пятилетний период лечения в высокогорной базе Туя-Ашу (3200 м н.у.м.).

Клиническое наблюдение. Для демонстрации эффективности терапии высокогорным климатом ниже приводится клинический случай ребенка с полной ремиссией, наблюдающаяся у нас с 2015 года с клиническим диагнозом: ИТП тяжелой степени (исходно генерализованный кожно-геморрагический синдром, уровень тромбоцитов ниже $20x10^9$/л.). Это девочка 01.06.2010 года рождения из города Бишкек. Ребенок от третьей беременности, третьих родов. ВПР – 3500 гр., рост – 52 см.

Больной себя считает с октября 2013 года, когда впервые в отделение гематологии Национального центра охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики выставили клинический диагноз иммунной тромбоцитопении. В течение полутора года ей проводилась глюкокортикоидная терапия (преднизолон 2 мг на 1 кг веса). На фоне проводимой терапии кожно-геморрагический синдром и носовые кровотечения постоянно рецидивировали, число тромбоцитов сохранялся на уровне $25\text{-}35x10^9$/л. За этот период ребенок имела 7 госпитализаций в стационар, каждая госпитализация составляла 15-20 дней. В связи с неэффективностью первой линии терапии глюкокортикоидами в июле 2015 года больная впервые была направлена и взята на сорокадневный курс лечения высокогорной климатотерапией (**рис.**).

Рисунок. Уровень тромбоцитов у ребенка с иммунной тромбоцитопенией в процессе лечения преднизолоном и высокогорной климатотерапией.

Ребенок успешно прошла полный курс лечения. Если до подъема в горы число тромбоцитов составила $32,4x10^9$/л, то после курса их количество достигло $103,0x10^9$/л Проявления кожно-геморрагического синдрома были полностью купированы. Следует отметить, что достигнутая ремиссия стабильно держалась на протяжении года, при этом ни одной госпитализации до следующего раза лечения в горах.

В общей сложности ребенок С.А. получила пятикратный полный курс высокогорной климатотерапии (2015, 2016, 2017, 2018 и 2019 годы). 1 сентября 2017 года, после трехкратного пребывания в горах, девочка успешно пошла в первый класс средней школы г.Бишкек на общих основаниях. Динамика числа тромбоцитов после каждого курса лечения представлено на рисунке**.** На сегодняшний день ребенок

имеет полное выздоровление, на протяжении последних двух лет уровень тромбоцитов держится выше минимального уровня нормы (240,0 и 275,0x10^9/л, соответственно).

Заключение. Клиническое наблюдение за ребенком С.А. страдающей хронической формой ИТП – это яркий пример высокой эффективности высокогорной климатотерапии. Использование горного климата в лечении ИТП у детей должно получить широкое использование и открыть новые возможности в достижении ремиссии заболевания.

ИММУННАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОГОРНОЙ КЛИМАТОТЕРАПИИ

Мусакеев А.О., Эсенгелди кызы Айжамал, Маматов С.М.
Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Ключевые слова: дети, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, лечение, высокогорная климатотерапия.

Введение. Вопрос о дальнейшем совершенствовании базисной терапии иммунной тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) по-прежнему широко обсуждается специалистами и является предметом оживленных дискуссий.

Цель. Оценить эффективность высокогорной климатотерапии при хронической иммунной тромбоцитопении у детей за пятилетний период лечения в высокогорной базе Туя-Ашу (3200 м н.у.м.).

Материал и методы. В исследование включено 22 ребенка с хронической ИТП в возрасте от 3 до 14 лет; средний возраст 6,3±1,02 года. Длительность заболевания колебалась от 3 до 8 лет. Для лечения детей поднимали на высокогорную базу Туя-Ашу Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К.Ахунбаева (перевал Туя-Ашу, 3200 м н.у.м.). Продолжительность лечения в высокогорье - 40 дней.

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

Результаты исследования. Результаты предпринятой высокогорной климатотерапии оценивались согласно критериям И.А.Лисукова и соавт. [2013], по ответу на лечение:

- полный ответ (количество тромбоцитов ≥ 100×10^9/л при отсутствии кровоточивости),
- ответ или объективный ответ (количество тромбоцитов ≥ 30×10^9/л или двукратное их повышение от начального уровня при отсутствии кровоточивости),
- отсутствие ответа (количество тромбоцитов < 30×10^9/л, менее чем двукратное их повышение от начального уровня или наличие кровоточивости).

Результаты лечения детей с иммунной тромбоцитопенией в процессе высокогорной климатотерапии

Результаты лечения	Высокогорная климатотерапия				
	1-й курс (n = 22)	2-й курс (n = 22)	3-й курс (n = 22)	4-й курс (n = 22)	5-й курс (n = 22)
Полный ответ	1 (4,5%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)	2 (9,0%) *	2 (4,5%) *
Объективный ответ	11 (45,4%)	13 (59%)	16 (63,6%) *	16 (72,7%)*	18 (77,3%) *
Отсутствие эффекта	10 (18,2%)	8 (13,6%)	5 (9,0%) *	4 (4,5%) *	2 (9,5%) *
Примечание: p<0,05 – различия статистически значимы по сравнению с показателями первого курса лечения высокогорной климатотерапии					

Выводы.

1. Условия высокогорья способствуют улучшению клинической картины у детей с хронической иммунной тромбоцитопенией, достоверному повышению уровня тромбоцитов в периферической крови и достижению ремиссии у большинства из них.

УДК: [613.952-053.3+613]:470.620

АНАЛИЗ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ И ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Предко С.Ю., Епинетова А.А.,
науч.руководитель – к.м.н., доцент Сутовская Д.В.
Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар

Предко С.Ю. – студентка 6 курса педиатрического факультета, e-mail: predko.sveta@yandex.ru
Епинетова А.А. – студентка 5 курса педиатрического факультета

Актуальность. Гармоничное развитие детей обеспечивается множественными факторами, и на первом году жизни основную роль отводят питанию. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании (ИВ), получают повышенную белковую нагрузку, что ведет к повышенному риску развития метаболических нарушений.

Цель исследования. Изучить продолжительность грудного вскармливания (ГВ), сроки введения прикорма; провести сравнительную оценку физического развития в зависимости от вида вскармливания в Краснодарском крае.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 404 (209 мальчики, 195 девочки) историй развития ребенка. Проанкетировано 98 матерей по срокам введения прикорма и информированности о принципах вскармливания детей первого года жизни.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования средний возраст ГВ составил 4,7±4 мес (5,5±3,9 г. Краснодар, 4±4,1 районы). На ГВ до 1 мес находилось 72,8% детей, до 3 мес - 66,1%, до 6 мес - 58,2%, до 9 мес - 42,8% и до 12 мес - 27,7%. Введение прикорма на ГВ проводилось в следующие сроки: овощное пюре - 6,6±2,4 мес, каша - 6,6±2,5 мес, мясное пюре - 8,3±2,2 мес; на ИВ 5±1,5 мес, 5±1,4 мес, 7,6±1,1 мес соответственно. Введение прикорма соответствовало «окну толерантности» у 14% детей, а у 86% отмечено позднее введение прикорма. Оценка физического развития детей, находящихся на ГВ, показала, что среднее физическое развитие имело 70% детей, ниже среднего 7,7%, низкое 4,3%, выше среднего 15,4% и высокое 2,6%. На ИВ 44,3% детей имели среднее физическое развитие, 5,7% ниже среднего, 29,5% выше среднего, 11,5% высокое и 9% детей очень высокое. ИМТ детей соответствовал среднему значению на ГВ 48,9% и 45,1% на ИВ, ниже среднего 4,3% - ГВ, выше среднего 31,2 % - ГВ и 30,5% - ИВ, высокое 15,6% и 24,6% соответственно. Ежемесячная прибавка веса и роста у детей на ИВ достоверно выше, чем при ГВ. Установлена прямая корреляционная зависимость между ежемесячной прибавкой веса и уровнем потребления белка.

Заключение. В ходе исследования установлена достаточно низкая средняя продолжительность ГВ (4,7±4 мес). Зарегистрировано позднее введение прикорма у 86% детей. Физическое развитие детей на ИВ достоверно выше как по росту, так и по весу, что коррелирует с уровнем потребляемого белка.

Литература:

1. *Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: методические рекомендации / ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. П78 — М.: б. и., 2019. — 112 с.*
2. *Организация грудного вскармливания в перинатальном центре (Клинические рекомендации)// НЕОНАТОЛОГИЯ: новости, мнения, обучение №4 2017. 12 с.;*

УДК 616-053.2:613.25:616-08

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И РОЛЬ ВРАЧА ПРИ ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОМ ОБУЧЕНИИ В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Райкина Е.Н., Цей С.М., науч. руководитель – к.м.н., доц. Статова А.В.
Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар, Краснодарский край

Райкина Елизавета Николаевна – студент 6 курса педиатрического факультета КубГМУ
Цей Суанда Мехметали - студент 6 курса педиатрического факультета КубГМУ, email: suandalavanda@mail.ru

Актуальность. По данным ВОЗ более миллиарда человек в мире имеет лишний вес, при этом ожирение рассматривают как хроническое рецидивирующее заболевание, тесно связанное с развитием множества осложнений. Большинство пациентов не в состоянии самостоятельно поддерживать свой режим, следовать всем правилам рационального питания, поэтому столь высока роль функционирующей в ГБУЗ ДККБ совместно с кафедрой педиатрии №2 ФГБОУ ВПО КубГМУ «Школы по коррекции и профилактике ожирения у детей» (далее – Школа).

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ антропометрических параметров 101 ребенка в возрасте от 7 до 18 лет с избыточной массой тела и ожирением, прошедших обучение в Школе. На протяжении 6 месяцев детям осуществлялось комплексное наблюдение.

Результаты. По данным антропометрических исследований было выявлено, что 31% детей имели избыток массы тела, 37% - ожирение 1 степени, 22% - ожирение 2 степени, 6% - ожирение 3 степени, 4% - ожирение 4 степени. В среднем потеря веса в неделю составляла 480 г, в месяц – 1200 г. Показатели снижения массы тела у девушек были эффективнее (400 г у юношей и 570 г у девушек в неделю, 1080 г и 1380 г - в месяц соответственно). Через 6 месяцев положительный результат был отмечен у 82% детей. Почти вдвое сократилось число детей со 2 и 3 степенями ожирения, снижение массы тела отмечалось эффективно у обоих полов. Через 2 года после обучения без контроля со стороны врача: у 25% - избыточная масса тела, у 33% - ожирение 1 степени, у 26% - ожирение 2 степени, у 16% - ожирение 3 степени.

Заключение. Эффективность обучающей программы на фоне контроля со стороны врача отмечена у 82% детей. В условиях отсутствия динамического наблюдения и комплексного подхода к лечению ожирения у детей выявлена отрицательная динамика: большинство детей вернулись к исходным антропометрическим параметрам.

Литература:

1. *Дедов, И.И., Детская эндокринология: учебник / И.И. Дедов, В.А. Петеркова, О.А. Малиевский, Т.Ю. Ширяева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с.*
2. *Ахмедова, Р.М. Ожирение у детей и подростков: распространенность, клинико – метаболические особенности, возможности терапии и профилактики: дис. … канд. мед. наук. Пермь, 2015. – 23 с.*

ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ

Саидходжаева Саида Набиевна
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан

Актуальность: ВИЧ-инфекция – актуальная медико-социально значимая проблема современного здравоохранения. Признаки поражения ЦНС регистрируются у 30-90% больных с ВИЧ-инфекции. Изменения головного мозга у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом могут быть обусловлены различными факторами разнородными оппортунистическими инфекциями, опухолевым процессом, цереброваскулярными заболеваниями, демиелинизирующим процессом, а также непосредственным

действием вируса иммунодефицита, причем поражения ЦНС могут развиваться как одновременно с ВИЧ-инфекцией, так и метахронно, т.е. спустя некоторое время после инфицирования

Цель исследования: Изучить спектр и характер поражения ЦНС у детей с ВИЧ инфекцией.

Материалы и методы: В исследование включено 30 детей с ВИЧ-инфекцией с парентеральным путем заражения. Пациенты проходили обследование и лечение в специализированной клинике инфекционных заболеваний при Республиканском центре по борьбе со СПИДом, а также в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института. Возраст детей составил 12-18 лет. Все пациенты принимают АРВТ терапию. Критерием включения являлось наличие поражения ЦНС. Использовались клинические, лабораторные, инструментальные, статистические методы.

Результаты: В структуре поражений ЦНС на основании комплексного клинико-неврологического исследования были определены наиболее распространенные неврологические синдромы. Наиболее частыми синдромами явились ассоциированные с ВИЧ инфекцией когнитивно-поведенческие расстройства у 28 детей (94%). Данный синдром проявлялся проявлениями дисфункции нескольких систем: эмоционально-поведенческая, вегетативная, когнитивная и двигательная. Так же частой жалобой, предъявляемой большинством детей явились головные боли у 27 детей (90%), которые проявлялись различной степенью тяжести, локализацией и характером. При исследовании скрининговой шкалы неврологической дисфункции выявлялись также координаторные нарушения (44%), очаговый неврологический дефицит (8%), синдром вегетативной дистонии (80%), эпизоды головокружений и потери сознания(4%), синдром парасомнии (60%), энурез и логоневроз (40%). Приступы судорог различного характера были жалобой у 4 детей (14%). Чаще всего встречалось сочетание нескольких неврологических синдромов.

Заключение. Таким образом, для детей с ВИЧ-инфекцией с парентеральным путем заражения характерным является полиорганное поражение нервной системы (96%). Для пациентов исследуемой старшей возрастной группы характерно развитие подострого ВИЧ-энцефалита, с преимущественным когнитивным дефицитом и поведенческими расстройствами. Поражение периферической нервной системы не диагностировалось у исследуемой группы детей. Спектр клинико-неврологических поражений вариабелен и определяется локализацией патологического процесса в ЦНС.

KNOWLEDGE OF REPRODUCTIVE AND SEXUAL RIGHTS AMONG STUDENTS OF KSMA

Sakshi Malame, Zholdoshbekova G.Zh., Stakeeva Ch.A., Kalkanbaeva Ch.K.
Department of Obstetrics and Gynecology №2
Kyrgyz State Medical Academy named I.K. Akhunbaeva
Bishkek, Kyrgyz Republic

Sakshi Malame – student 3rd year, General Medicine for Foreign students,
Zholdoshbekova G.Zh. – assistant of department of Obstetrics and gynecology №2

Keywords: Reproductive Health, Reproductive and Sexual Rights, Foreign students and Youths.

People have the right to make choices regarding their own sexuality, as far as they respect the rights of others. It is a combination of two fields that are reproductive rights and sexual rights, sometimes treated as synonymous to each other. The knowledge of those rights is critical to youth's ability to protect themselves from unwanted reproductive outcomes, which is one of the steps to achieve goals for improving access to Reproductive Health (RH).

Aim: To assess knowledge of Reproductive and Sexual Rights(RSR) as well as associated factors among the students of KSMA of foreign faculty from 1st and 6th year. And also to assess the level of knowledge and skills of young people in the field of reproductive health.

Method: To achieve the above goals, a questionnaire was developed, including data such as age, gender as well as marital status. Different 10 descriptive questions were regarding sexual relationships, knowledge of contraceptive methods, knowledge of HIV/AIDS and Sexual Transmitted Diseases (STDs) and RH was listed in a pamphlet. Assessment of knowledge was carried out by simultaneous research. For this the 1st (October 29th) and 6th (October 28th) years of the faculty General Medicine for Foreign students were asked to fill out questionnaires within 20 minute and this activity was performed before the lectures with respect to the

present students. The questioning was carried out anonymously, and it was also allowed to refuse to fill out questionnaires. To carry out a comparative analysis and clarification of the main laws for the main indicators, the Students criteria was applied.

Results: As a result of this study, a total of 148 students were surveyed, including102 first year students,46 sixth year students.At the time of study, all students were unmarried, but 2% had a stable sexual partnership. Awareness of ways to prevent unwanted pregnancy and STDs was significantly higher higher among 6th year students (20% in the 1st year versus 86% in the 6th year, r <0.01). Along with the fact that awareness of the symptoms of sexually transmitted diseases was quite high . The proportion of correct answers in the group of older students was higher (78% versus 91%). No knowledge of STDs symptoms were detected by 7% of first year students. About 17% of those surveyed from the first year did not consider the constant use of a condom during intercourse as a reliable means of protection against HIV and 9% did not know about it at all. 22% of first year students believed that only way to reduce the risk of HIV infection is through sexual contact with only one uninfected partner. About 39% of senior students said they experienced situations when they needed medical assistance in the field of reproductive health but only half of them asked for help. The greatest difficulties when young people experience when seeking medical help are having psychological problems (such as embarrassment , fear of leakage if confidential information, no money to pay for treatment or examination). After summing up only 50% of the first year students and 82% of sixth year students showed sufficient knowledge of reproductive health. **Conclusion:** The level of awareness largely depends on the age of the young person. In addition, thematic classes were an additional source of knowledge for students of a medical university. Therefore, undergraduate students have shown a higher level of reproductive health awareness.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ С МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Сулайманова Н.Р., Исакова З.З., Токтосунова А.Т., Макенжанова М.М.
научн.рук. – к.м.н., доц. Теппеева Т.Х.,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии №1. г. Бишкек, Кыргызская Республика

Сулайманова Н.Р. – клинический ординатор 1 года, каф. Акушерства и гинекологии №1 e-mail: nuray-sr@mail.ru
Исакова З.З. - клинический ординатор 2 года, каф. Акушерства и гинекологии №1
Токтосунова А.Т – студент 6 курса 24гр, ЛД№1

Актуальность. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) является одной из актуальных проблем современного акушерства. Несмотря на то, что частота возникновения данной патологии составляет от 0,4 до 1,4%, она всегда рассматривается как экстренная ситуация, угрожающая жизни матери и ребенка. Преждевременная отслойка часто является причиной массивных кровотечений, что может привести к материнской смертности..

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ 21 историй родов женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, родоразрешенных оперативным путем с массивной кровопотерей (более 1000мл) во время операции кесарево сечения за 2018г (группа А) и 9 историй родов за 2019г. (группа Б) произошедших в городском перинатальном центре (ГПЦ) г. Бишкек.

Результаты. Возраст женщин составил от 21 до 42 лет. Большинство беременных находились в оптимальном репродуктивном возрасте. Все женщины были родоразрешены путем кесарево сечения в экстренном порядке. Учитывая ПОНРП, массивное кровотечение, наличие участка имбибиции на матке, с целью сохранения репродуктивной функции женщины в группах А и Б во всех случаях была произведена билатеральная перевязка маточных артерий. У женщин из группы А с целью гемостаза было решено дополнительно наложить компрессионные швы по Б. Линчу, а в группе Б у четырех женщин. У двух женщин группы А, учитывая молодой возраст пациенток, в качестве органосохраняющей операции была произведена перевязка внутренних подвздошных артерий, в группе Б четыре женщин. Учи-

тывая массивную кровопотерю в одном случае в группе А операция была расширена до субтотальной гистерэктомии без придатков, в группе Б три случая.

Выводы. Учитывая результаты исследуемого материала сравнительный анализ органосохраняющих операций за 2018 и 2019гг. выявление потенциальных факторов риска, ранняя диагностика, особенности тактики ведения и разработка методов органосохраняющих операций при ПОНРП способствует снижению материнской смертности и повышению «качества жизни» женщин без удаления детородного органа.

Литература:

1. *Национальное руководство «Акушерство» / под ред. Э.К. Айламазяна [и др.]. – М: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – С. 678-679*
2. *Айламазян Э.К. Подготовка беременных с рубцом на матке после кесарево сечения к родоразрешению. / Э.К. Айламазян, Т.У. Кузьминых, Н.И. Поленов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. - №57(1). – С.3-10*

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ ГИПОТОНИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Токтосунова А,Т., Исакова З.З., Сулайманова Н.Р.,
научный руководитель – к.м.н., доц. Теппеева Т.Х., Макенжанова М.М.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии №1.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Токтосунова А.Т. –студент 6 курса 24 группы лечебное дело№1 e-mail: altywa.toktosunovna@gmail.com
Исакова З.З. - клинический ординатор 2 года, каф. Акушерства и гинекологии №1
Сулайманова Н.Р – клинический ординатор 1 года, каф. Акушерства и гинекологии №1

Актуальность. Послеродовые гипотонические кровотечения являются частыми и серьезными осложнениями беременности и родов и приводящими к материнской смертности. На ряду с консервативными методами лечения гипотонических кровотечений в современном акушерстве используется хирургический гемостаз.

Материалы и методы. Нами был произведен анализ 22 историй родов, обменных карт пациенток, с развитием массивного кровотечения более 1 л в раннем послеродовом периоде с января по декабрь 2019 года на базе Городского перинатального центра г. Бишкек.

У всех пациенток был проведен ретроспективный анализ общего и акушерско-гинекологического анамнеза, возникшие, осложнения в течении данной беременности, а также особенности течения родов и раннего послеродового периода.

Результаты. За 2019 в ГПЦ было проведено 9463 родов,из них роды через естественные родовые пути составили 8089 случаев В 65 случаях роды осложнились ранним послеродовым гипотоническим кровотечением. Превышающий объем более 15% от ОЦК встречалось у 22 рожениц , консервативные методы гемостаза оказались не эффективны, в связи с чем женщины были взяты на хирургический гемостаз. Чаще массивные кровотечения наблюдались у повторнородящих пациенток. С целью остановки кровотечения, пациентки были переведены на хирургический гемостаз. В 19 случаях объем операции ограничился двусторонней деваскуляризацией маточных артерий, с последующим наложением компрессионных швов по Хайману.

В 3 случаях, объем операции на фоне продолжающегося кровотечения был расширен до перевязки внутренних подвздошных артерий, в 2 случаях с целью остановки продолжающегося массивного кровотечения произведена субтотальная гистерэктомия. Показанием для удаления детородного органа в 1 случае послужило коагулопатическое кровотечение на фоне преэкампсии тяжелой степени, во втором случае было диагносцировано врастание плаценты, в связи с чем, сохранение органа было нецелесообразным.

Выводы. Таким образом своевременно проведенные консервативные и хирургические мероприятия по остановке массивных акушерских гипотонических кровотечений являются эффективными методами, позволяющими сохранить орган и репродуктивную функцию пациенток. Женщины с массивными гипотоническими кровотечениями перенесшие хирургический гемостаз нуждаются в реабилитационных мероприятиях для восстановления менструальной и детородной функции.

Литература:

1. *Национальное руководство «Акушерство» / под ред. Э.К. Айламазяна [и др.]. – М: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – С. 678-679*
2. *Айламазян Э.К. Подготовка беременных с рубцом на матке после кесарево сечения к родоразрешению. / Э.К. Айламазян, Т.У. Кузьминых, Н.И. Поленов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. - №57(1). – С.3-10*

ПОДРОСТКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Тургунова М.С., 4 курс, факультет «Лечебное Дело»,
научный руководитель: к.м.н. Стакеева Ч.А., Калканбаева Ч.К.
Кафедра акушерства и гинекологии №2

Тургунова М.С., студентка 4 курса, факультет «Лечебное Дело», e-mail:turgunova.muattar@gmail.com

Введение: Раннюю беременность эксперты ВОЗ относят к числу основных проблем здоровья подростков. Беременность в юном возрасте повышает риск материнской смертности, у детей очень молодых матерей наблюдаются более высокие показатели заболеваемости и смертности. Несмотря на то, что в последние годы, в Кыргызской Республике отмечается отчетливая тенденция к уменьшению числа беременностей и родов среди подростков, подростковая рождаемость в стране продолжает оставаться на высоком уровне и в 2018г. составила 50 на 1000 девушек в возрасте 15-19 лет.
Цель исследования: Провести анализ течения беременности и родов у юных матерей.
Материалы и методы: Основную группу составили 17 родильниц моложе 19 лет, роды у которых произошли в городском клиническом родильном доме №2 г. Бишкек. Контрольную группу им составили 25 родильниц в возрасте 21-24 лет, роды у которых произошли в вышеуказанном учреждении и в тех же временных рамках. По массо-ростовым параметрам, паритету родов и сроку гестации исследуемые группы были репрезентативны. В рамках работы был проведен стандартный комплекс клинических, лабораторных и диагностических методов исследования. Сравнивались течение беременности, родов, послеродового периода и состояние новорожденных. Для осуществления сравнительного анализа и уточнения основных закономерностей по основным показателям применялись критерий t Стьюдента
Результаты: Средний возраст основной группы составил 18,10,8 лет и находился в рамках 16,5 лет до 19 лет. В возрасте до 17 лет было 4 женщин (23,5%), до 18 – 7 (38,9%), до 19 лет –6 (29,4%). Средний возраст контрольной группу составил 220,8 лет. В обеих группах доминировали первобеременные (89,2%), однако в основной группе отмечались чаще самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды и замершая беременность. Поздняя явка отмечалась значимо чаще в основной группе (34% против 12%, p<0,01). Осложненное течение беременности отмечалось в 72% основной группы и в 22% - в контрольной, среди которых отмечались анемия, преэклампсия и преждевременные роды. В 2 случаях основной группы роды закончились операцией кесарево сечение по поводу тазового предлежания плода и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Преждевременные роды в основной группе отмечались в 17,6% (3) случаях против 8% (2) контрольной. В случае родов в доношенном сроке в отделение детской реанимации поступило 23,5% (4) новорожденных, в то время, как в контрольной – только 8% (2).
Выводы: Осложнения беременности, родов и патологическое состояние новорожденных у юных родильниц отмечаются чаще, чем у матерей 21-24 лет.

ЖОЛДОШУНУН ЖУБАЙЫНА КАЙРЫЛУУСУ

Б.Б. Токтобеков
Руководитель – Стакеева Чолпон Аскаровна, завуч каф. акушерства и гинекологии №2

Токтобеков Бекзат Бактыбекович - студент КГМА леч. фак. 4 курс 40 группа.

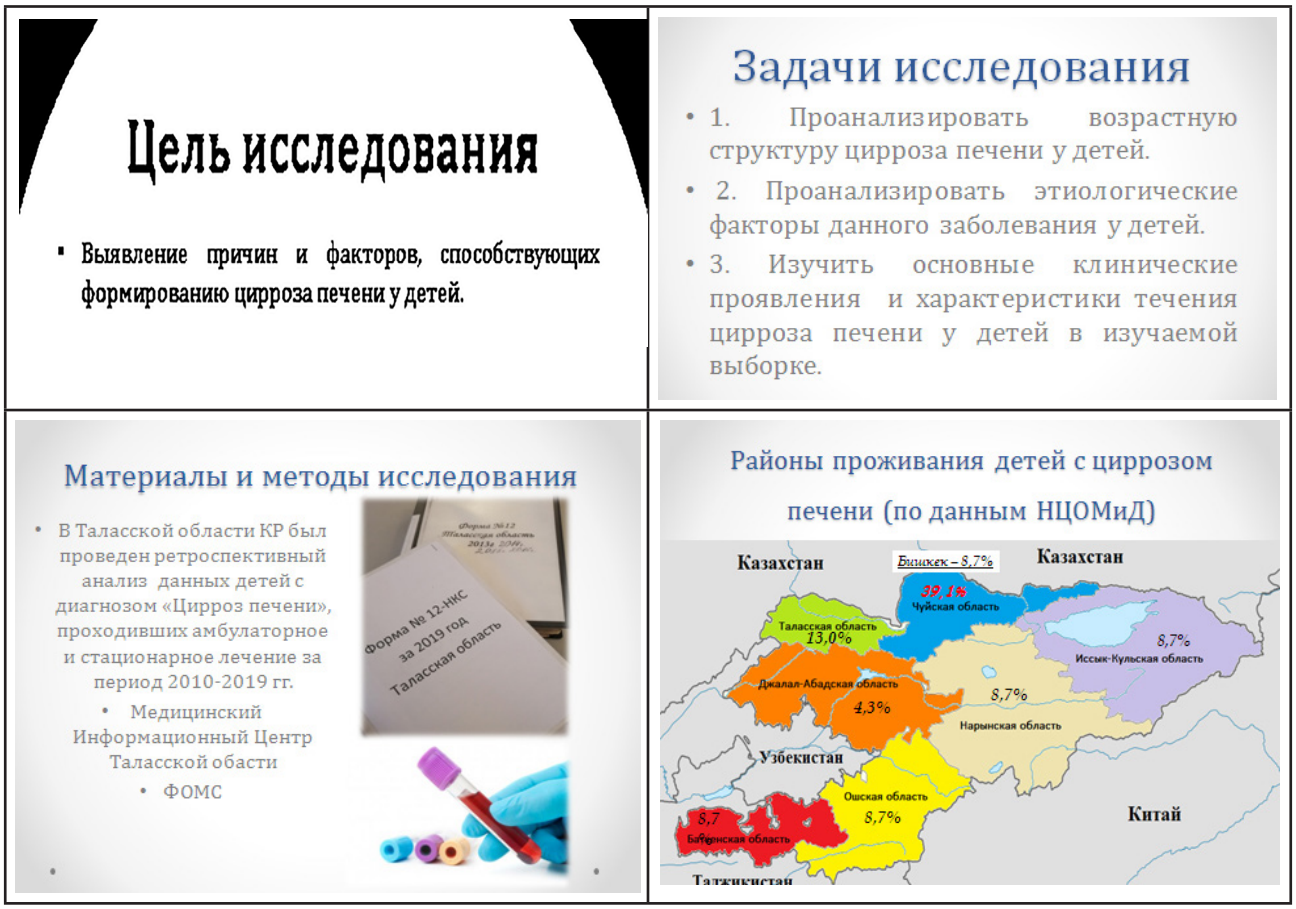
Стихотворение затрагивает тему «Дородового ухода»
Алтыным, каражаным сагынайын

Кардыңда балабыздан кагылайын
Көркүнө көз тийбесин көпчүлүктүн
Мөмөлүү алма-шактуу дарактайым
Кам көрүш балабызга бирдей милдет
Калтырба дарыгердин айткандарын
Жакпады деп калгандарын иргеп-иргеп
Кандай болгон күндө да кашыңдамын
Көзүм жокто кеңири ашынбагын
Калбай барып, талбай кылгын дарыгердин айтканын,
А мен дайым кош колдоп артыңдамын

Доклады

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ (ДАННЫЕ ПО ТАЛАССКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСТАНА)

Сариева А. – клин. ординатор 2 года каф. факультетской педиатрии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева
Науч. рук-ль – к.м.н., доц. Кожоназарова Г.К.



Районы проживания детей с циррозом печени (по данным МИЦ ТО КР)
Манасский район – 4,6 %
Талас– 22,7 %
Таласский район – 13,6 %
Кара-Буурлинский район – 9,1 %
Байкй-Аминский район - 50 %

Место проживания больных с циррозом печени
Город
Село
22,7 %
77,3 %
22,7%
77,3%
ГОРОД
VS
ДЕРЕВНЯ

Соотношение процентного количества больных детей по половому признаку
40%
60%
Мальчики
Девочки

Возраст детей с впервые выявленным циррозом печени
120,0
100,0
80,0
60,0
40,0
20,0
0,0
13,6%
27,3%
45,5%
14%
100%
до 1 года
1-4 лет
5-14 лет
15-17 лет
Итого

Клинический случай
Девочка, 8 лет 7 мес.

Клинический случай
Девочка, 8 мес
Состояние после трансплантации печени

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ЯВЛЕНИЯМИ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЯ

1) Канаев Рыскулбек Алыбаевич – д.м.н.,проф. ,
зав кафедры восточной медицины КГМИП и ПК им. С.Б. Даниярова
2) Ниязбеков Чынгыз Ниязбекович –
Аспирант кафедры восточной медицины КГМИП и ПК им. С.Б. Даниярова
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации. (КГМИП и ПК) им. С.Б. Даниярова.
г. Бишкек, Республика Кыргызстан

Аннотация: Обосновано необходимость разработки альтернативных подходов к лечению головных болей обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника. Представлены результаты клинико-инструментального исследования различных методов лечения. Доказано эффективность иглорефлексотерапии в комплексном лечении при головных болей.
Ключевые слова: головных болей, вертеброгенный болевой синдром, явления венозного застоя, иглорефлексотерапия, комплексное лечение.

NEEDLE REFLEXOTHERAPY IN INTEGRATED TREATMENT OF HEADACHES DUE TO DEGENERATIVE-DYSTROPHIC CHANGES OF THE CERVICAL SPINE WITH VENOUS CONSTITUTION PHENOMENA

1) Kanaev Ryskulbek Alybaevich – MD, prof., Head of the Department of Oriental Medicine, KSMIP and PC named after S.B. Daniyarov
2) Niyazbekov Chyngyz Niyazbekovich – Post-graduate student of the Department of Oriental Medicine of KSMIP and PC named after S.B. Daniyarov
Kyrgyz State Medical Institute for Retraining and Further Training.
(KSMIP and PC) n.a. S.B. Daniyarov.
Bishkek, the Republic of Kyrgyzstan

Abstract: The necessity of developing alternative approaches to the treatment of headaches caused by degenerative-dystrophic changes in the cervical spine is substantiated. The results of clinical and instrumental studies of various treatment methods are presented. The effectiveness of acupuncture in the complex treatment of headaches has been proven.
Key words: headaches, vertebrogenic pain syndrome, venous stasis phenomena, acupuncture, complex treatment.

Актуальность работы: Головная боль может быть проявлением ряда заболеваний. В разных странах мира по данным статистики от 25 до 40% населения страдают головной болью [5]. Вторичные головные боли составляют 8-15% среди всех головных болей. Одной из важных проблем неврологии и нейрохирургии являются гемодинамические нарушения при дегенеративных поражениях шейного отдела позвоночника, так как компрессия экстравазальной части вертебробазилярной системы приводит к расстройствам гемодинамики в полости черепа различной степени выраженности [1-3]. На сегодняшний день наиболее изученным является синдром позвоночной артерии, встречающийся в 42,5-50% случаев [6]. Роль расстройств венозного мозгового кровообращения в происхождении, течении и клиническом определении сосудистой патологии головного мозга длительное время недооценивалась и до настоящего времени эти расстройства часто не распознаются. Венозная дисциркуляция в полости черепа обычно является не самостоятельным заболеванием, а осложнением других заболеваний, связанных с нарушением экстракраниального и интракраниального венозного оттока. При этом ее проявления подчас бывают более выраженными и тягостными, чем основное заболевание. Что касается нарушений венозного оттока в вертебробазилярной системе, то они чаще всего обусловлены дегенеративно-дистрофическими изменениями на уровне шейного отдела позвоночника. Это связано с тем, что большая часть экстракраниального отдела позвоночной артерии в сопровождении вегетативного сплетения и

позвоночных вен проходит в подвижном узком костном канале, образованном отверстиями в поперечных отростках шейных позвонков. Поэтому, даже незначительные разрастания крючковидных отростков могут травмировать сосудисто-нервный пучок, непосредственно сдавливая или раздражая симпатическое сплетение.

Функциональные биомеханические нарушения на уровне шейного отдела позвоночника обусловливают постуральный дисбаланс мышц шейно-плечевой области, что также способствует затруднению венозного оттока из полости черепа. Таким образом, болевой синдром при дегенеративно-дистрофических изменениях на уровне шейного отдела позвоночника является патогенетически и клинически полиморфным, складываясь из миофасциального, корешкового и сосудистого компонентов. Сообщений о применении ИРТ в комплексном лечении при верифицированных формах лечения головных болей, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника с явлениями венозного застоя нам обнаружить не удалось, что и явилось основанием для планирования данного исследования

Цель исследования: Определить эффективность использования иглорефлексотерапии в комплексном лечении головных болей, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника с явлениями венозного застоя.

Материал и методы исследования.

Нами обследовано 90 больных с головных болей, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника с явлениями венозного застоя в возрасте от 18 до 55лет.

Проведено клинико-неврологические и инструментальные методы исследования: ультразвуковая допплерография, реоэнцефалография, электроэнцефалография, рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника, магнитно-резонансная томография.

Клинико-неврологические исследования.

Боли в затылке и шеи; Головная боль; Головокружение; Звон в ушах; Иррадиирущие боли в плечах и руках; Потемнение в глазах; Слабость рук; Утрата подвижности шеи; Онемение пальцев; Слабость и повышенная утомляемость; Раздражительность; Бессонница.

Для оценки функционального состояния вегетативной нервной системы при головных болей, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника с явлениями венозного застоя использовали определение вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности.

Результаты и их обсуждение.

Нами были изучены эффективность иглорефлексотерапии в комплексном лечении при головных болей, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника с явлениями венозного застоя.

Комплекс методов лечения ГБ при ВБС включал:

- Для группы 1 – медикаментозная терапия
- Для группы 2 – Миофасциальное расслабление, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, фитотерапия

Нами проведено исследование функции надсегментарного отдела вегетативной нервной системы до и после лечения головных болей, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника с явлениями венозного застоя, путем определения вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности.

Исследование вегетативного тонуса показало, у больных ВБС ГБ до лечения сумма баллов равнялась 67,0 ± 1,20 и соответствовала выраженной степени СВД, после иглорефлексотерапии достигало до 45,0 ± 1,30, а после комплексного лечения достигало до 42,0 ± 1,20. ($p < 0,05$). *Исследование вегетативной реактивности* показало, что у больных ВБС ГБ до лечения отмечалось незначительное замедление ЧСС 3,0 ± 1,20 ударов в 1 мин, слабое замедление – пониженная вегетативная реактивность (симпатическая реакция), а у больных получавшие ИРТ отмечается ЧСС 8,0 ± 0,30 ударов в 1 мин, этот показатель свидетельствовал о повышенной вегетативной реактивности (парасимпатическая реакция). При комплексном лечении отмечается положительные динамики по всем показателям ВР ($p<0,05$). (Табл. 1).

Таблица 1 - Показатели состояния вегетативной нервной системы при головных болей, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника с явлениями венозного застоя.

Показатели	Сроки обследования	ВБС ГБ	
		$ИРТ_n$ = 45 M1±m1	$КЛ_n$ =45 M2±m2
СВД в баллах	До лечения после	67,0± 1,20 45,0± 1,30	67,0± 1,30 42,0± 1,20
	P	<0,001	<0,001
МО	До лечения после	3560±1,40 3363±1,20	3540±1,10 3285±2,20
	P	<0,001	<0,001
Вегетативная реактивность	До лечения после	3,0±1,20 8,0±0,30	3,1±1,30 9,0±1,20
	P	<0,01	<0,01
Вегетативное обеспечение деятельности	АД до лечения после	45,0±1,30↑ 30,0±1,20↑	46,0±1,10↓ 32,0 ± 1,20↓
	P	<0,01	<0,01
	ЧСС до лечения после	38,0 ± 1,30 33,0 ± 1,20	39,0 ± 0,10 32,0 ± 0,20
	P	<0,01	<0,01

Исследования вегетативного обеспечения в ортоклиностатической пробе показал, что у больных ВБС ГБ до лечения подъем систолического давления был на 45,0 ± 1,30 мм.рт.ст. Жалобы на ощущение прилива крови к голове, потемнение в глазах. Эти явления трактовались как избыточное вегетативное обеспечение деятельности. После проведенного ИРТ подъем систолического давления был 30,0 ± 1,20 мм.рт.ст., отмечено относительно положительное динамики. (p <0,05). После комплексного лечения отмечается положительные динамики по всем показателям ВОД. (p <0,05).

При изучении воздействия применения иглорефлексотерапии в комплексном лечении на состояние церебральной гемодинамики оказалось, что начиная с 20-х суток лечения достоверно нарастала скорость кровотока по интракраниальным артериям, причем, максимальные изменения регистрировались в сосудах вертебрально-базилярной системы (задние мозговые и основная артерии) (отличия по сравнению с исходным уровнем составили 18%; p<0,05). (Табл.2).

Таблица 2 - Значения средней скорости кровотока по интеркраниальным артериям на фоне применения комплексного лечения (кл).

	ПМА	СМА	ЗМА	ОА	ПА
до лечения после лечения	42,3±3,4 41,0±2,5	48,5±3,7 50,5±3,2	32,4+3,0 31,2± 3,2	35,7±3,2	29,2±2,2 30,4±3,7
10 сутки пл	43,2+3,1 42,4±2,7	51,4±3,3 53,4±3,1	34,6±3,7 33,7±3, 5	37,9±3,0	31,6±2,3 33,6±2,7
20 сутки пл	43,8±2,2 43,9+2,4	52,7±2,8 53,2+3,8	37,2±2,5* 36,9±2,5*	41,8±2,0*	36,8±2,1* 37,2±2,2*
30 сутки пл	45,7±3,4 46,5±3,5	53,5±3,7 54,4±3,8	38,8±2,4** 38,5±2,3**	43,8±1,8**	37,9±2,0** 38,0 ±2,2**

Группа сравнения	41,6±3,9 40,2±3,8	51,6±3,3 52,8±4,0	30,6 ±3,1 29,8±3,0	38,1±2,0	29,1±3,0 28,0±2,6

* - отличия достоверны по сравнению с исходным уровнем (p< 0,05)
** - отличия достоверны по сравнению с группой сравнения (p<0,05)
***ПМА** - передняя мозговая артерия: **СМА** - средняя мозговая артерия; **ЗМА** - задняя мозговая артерия; **ОА** - основная артерия; **ПА** - интракраниальный сегмент позвоночной артерии.*

Несколько позже - на 30-е сутки лечения регистрировалось достоверное увеличение скорости кровотока по экстракраниальным сегментам позвоночных артерий (на 18%; p<0,05). Улучшение состояния церебральной гемодинамики происходило на фоне стабильного системного артериального давления и частоты сердечных сокращений, вне зависимости от исходного уровня основных показателей центральной гемодинамики. Учитывая наличие признаков нормализации сосудистого тонуса (по данным РЭГ), можно предположить, что положительный эффект от применения иглорефлексотерапии в комплексном лечении был обусловлен, в первую очередь, снижением исходно повышенного сосудистого тонуса и облегчением-венозного оттока из полости черепа. Важно, что использование иглорефлексотерапии в комплексном лечении вызывало достоверное улучшение состояния церебральной гемодинамики.
Проведенное исследование позволило обнаружить умеренное влияние иглорефлексотерапии в комплексном лечении на состояние системы гемостаза, в первую очередь в виде уменьшения агрегации тромбоцитов и снижения вязкости цельной крови.
В результате проведенного комплексного лечения на протяжении 10 суток, у больных ВБС ГБ наблюдалась выраженная положительная динамика. Так, уже на 15-е сутки лечения имела место положительная динамика, достоверное уменьшение приступов головокружения и уменьшение частоты их возникновения (на 18 и 22% соответственно по сравнению с исходным уровнем; p<0,05). (Табл 3).
Полученный данные свидетельствуют о том, что применение иглорефлексотерапии в комплексном лечении на протяжении 2-х недель у больных с вертебрально-базилярной недостаточностью способствовало существенному улучшению состояния пациентов.

Таблица 3 - Характеристика эпизодов головокружения на фоне комплексного лечения (кл).

Сроки лечения	Интенсивность	Длительность	Субъективная оценка
До лечения	2,6±0,4	2.7±0.3	2.8±0,3
10 сутки	2,4±0,3	2,5±0,4	2.4±0.4
15 сутки	1,9±0,3*	2,4±0,3	1,9±0,3**
Группа сравнения	2,8±0,3	2,6±0,3	2.5±0.3

На фоне лечения, уже начиная с первой недели, больные отмечали уменьшение выраженности и продолжительности приступов головокружения. Одновременно наблюдался регресс части неврологической симптоматики. В первую очередь уменьшалась выраженность статической и динамической атаксии улучшилась функции черепных нервов (глазодвигательных, бульбарной группы). Субъективно больные отмечали появление ощущение бодрости, улучшение памяти, нормализацию настроения. В меньшей степени иглорефлексотерапии в комплексном лечении оказывал влияние на ощущение шума в ушах, выраженность пирамидных и проводниковых чувствительных расстройств.
Максимальный эффект наблюдался к окончанию периода наблюдения - на 15-е сутки, когда имело место достоверное уменьшение интенсивности и частоты приступов головокружения (на 20% по сравнению с исходным уровнем; p<0,05 (Табл.3). В меньшей степени применение иглорефлексотерапии в комплексном лечении сказывалось на динамике и выраженности ощущения шума в ушах, значения которых, хоть и снижались, однако, существенным образом не отличались от исходного уровня.
Выводы.
1.После иглорефлексотерапии в комплексном лечении больных с ГБ ВБС отмечается положительные динамики по всем показателям: вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности.

2.Применение иглорефлексотерапии в комплексном лечении больных с ГБ ВБС способствует формированию коллатерального кровообращения. увеличению кровотока по сосудам вертебрально-базилярной системы и нормализации состояния микроциркуляции, что клинически проявлялось урежением эпизодов ТИА в вертебрально-базилярной системе и регрессом вестибулярных расстройств.
3. Применение иглорефлексотерапии в комплексном лечении у больных с ГБ ВБС приводило к нормализации вестибулярной и слуховой функций, а также к уменьшению выраженности очагового неврологического дефицита, в первую очередь - атактических расстройств, однако, не сопровождалось изменением состояния микро и макро циркуляции.
4. Использование иглорефлексотерапии в комплексном лечении у больных с ГБ ВБС оказывает умеренное положительное воздействие в виде уменьшения интенсивности и частоты эпизодов головокружения, улучшения памяти.

Список литературы.

1. *Кадыков А.С., Манвелов Л.С., Шахпаронова Н.В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга. (Дисциркуляторная энцефалопатия). М.: ГЭОТАР-Мед, 2006.*
2. *Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы. Под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина. М.: Медицинское информационное агентство, 2006.*
3. *Исайкин А.И., Яхно Н.Н. Вертебральнобазилярная недостаточность. РМЖ 2001;9(25):1166—9.*
4. *Тул Дж. Ф. Сосудистые заболевания головного мозга. Руководство для врачей.Пер. с англ. Под ред. акад. РАМН Е.И. Гусева, проф. А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.*
5. *Верещагин Н.В. Патология вертебральнобазилярной системы и нарушения мозгового кровообращения. М.: Медицина, 1980.*
6. *Клиническая ангиология: Руководство. Под ред. А.В. Покровского. М.: Медицина, 2004;2.*
7. *Шевченко Ю.Л. и др. Кардиогенный и ангиогенный церебральный эмболический инсульт (физиологические механизмы и клинические проявления). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.*
8. *Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (Вертеброневрология): Руководство для врачей. М.: МЕД-пресс-информ, 2003.*
9. *Калашникова Л.А. Диссекция артерий, кровоснабжающих мозг, и нарушения мозгового кровообращения (научный обзор). Анн клин и экспер неврол 2007; 1(1):41—9.*
10. *Caplan L.R. Posterior Circulation ischemia: then, now, and tomorrow. Stroke 2000;31:2011—23.*
11. *Savitz S.I., Caplan L.R. Vertebrobasilar disease. N Engl J Med 2005;352(25):2618—26. 15. Frisoni G.B., Anzola G.P. Vertebrobasilar ischemia after neck motion. Stroke 1991;22:1452—60.*
12. *Dadsetan M.R., Skerhut H.E.I. Rotational vertebrobasilar insufficiency secondary to vertebral artery occlusion from fibrous band of the longus coli muscle. Neuroradiology 1990;32:514—5.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬЮ СУСТАВОВ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ

1) Канаев Рыскулбек Алыбаевич – д.м.н.,проф. ,
зав кафедры восточной медицины КГМИП и ПК им. С.Б. Даниярова
2) Кудайбергенова Медина Эсенбековна – Невролог – НГ МЗ КР отд. №3.
Ассистент кафедры восточной медицины КГМИП и ПК им. С.Б. Даниярова
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации. (КГМИП и ПК) им. С.Б. Даниярова.
г. Бишкек, Республика Кыргызстан

Резюме: Отмечено недостаточное внимание практикующих специалистов к использованию методов иглорефлексотерапии для лечения и реабилитации пациентов с генерализованной гипермобильностью суставов, сопровождающейся вертеброгенным болевым синдромом. Рассмотрены механизмы воздействия иглорефлексотерапии и особенности её применения для купирования болей в спине. Представлены результаты использования разработанной автором методики применения иглорефлексотерапии для лечения и реабилитации пациентов с генерализованной гипермобильностью суставов, сопровождающейся вертеброгенным болевым синдромом.

Ключевые слова: иглорефлексотерапия, вертеброгенный болевой синдром, генерализованная гипермобильность суставов, тормозной и возбуждающий методы иглорефлексотерапи, точки акупунктуры.

ГИПЕРМАМИЛДУУ МУУНДАРДЫН КЕНИРИ ТАРАЛЫШЫНЫН КЕСЕПЕТИНЕН ОМУРТКАЛАРДЫН ОРУСУНУН КЕЛИП ЧЫГЫШЫН ИЙНЕРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ МЕТОДУН КОЛДОНУУ МЕНЕН ДАРЫЛОО ЖАНА КАЛЫБЫНА КЕЛТИРУУ

1) Канаев Рыскулбек Алыбаевич – м.и.д., проф., чыгыш медицина кафедрасынын башчысы С.Б. Данияров атындагы КММКД ж/а БЖИ
2) Кудайбергенова Медина Эсенбековна – Невролог – НГ МЗ КР №3 болуму. чыгыш медицина кафедрасынын ассистенти С.Б. Данияров атындагы КММКД ж/а БЖИ
С.Б. Даниаров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярлоо жана билимин жогорлатуу институту

Корутунду: Гипермамилдуу муундардын кенири таралышынын кесепетинен омурткалардын орусунун келип чыгышын ийнерефлексотерапия методу аркулуу дарылоо жана калыбына келтируу мумкунчулугун практикалык доктурлардын конулдору бурулбай жатат.Бел орусун ийнерефлексотерапия методу менен дарылоо механизмы изилденип чыккан.Авторлор жаны ийнерефлексотерапия методун таап чыгышып, анны гипермамилдуу муундардын кенири таралышынын кесепетинен омурткалардын орусунун келип чыгышына эффективтуу колдонушкан.
Негизги создор: ийнерефлексотерапия, омурткалардын оруу синдрому, Гипермамилдуу муундардын кенири таралышы, ийнерефлексотерапиянын жогорлатуу жана басандатуу методу. ийне саюлучу точкалар.

USING THE METHODS OF ACUPUNCTURE FOR THE TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH GENERALIZED HYPERMOBILITY OF THE JOINTS, ACCOMPANIED BY VERTEBRAL PAIN SYNDROMES

1) Kanaev Ryskulbek Alibaevich – MD, Professor, head of the Department of Oriental medicine CHIP and PC.
2) Kudaibergenova Medina Esenbekova – Neurologist – NG Ministry of health DEP. No. 3. Assistant of the Department of Oriental medicine CHIP and PC
Kyrgyz state medical Institute of retraining and advanced training. (CHIP and PC) n.a. S.B. Danyiarov. Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Marked by lack of attention of practitioners to use the methods of acupuncture for the treatment and rehabilitation of patients with generalized hypermobility of the joints, accompanied by vertebrogenic pain syndrome. The mechanisms of effects of acupuncture and its application for the relief of back pain. Presents the results of using the developed method of application of acupuncture for the treatment and rehabilitation of patients with generalized hypermobility of the joints, accompanied by vertebrogenic pain syndrome.
Key words: acupuncture, vertebrogenic pain syndrome, generalized joint hypermobility, brake and stimulating methods iglorefleksoterapiya, acupuncture points.

Постановка проблемы исследования. Во всём мире в последние годы наблюдается прогредиентное увеличение числа больных с хроническим болевым синдромом. Наибольшее распространение имеют боли вертеброгенного происхождения, от которых, в той или иной степени, страдает до 80% трудоспособного населения - в экономически развитых странах, по данным экспертов ВОЗ, распространённость вертоброгенных болевых синдромов (ВБС) достигла размеров неинфекционной эпидемии. [1;2] Причиной ВБС в большинстве случаев являются дегенеративно-дистрофические изменения в межпозвонковых дисках. [3;4] По количеству больных вертеброневрологические заболевания вышли на третье место после сердечно-сосудистой и онкологической патологии. [5] Отмечается выраженная тенденция учащения случаев ВБС в молодом возрасте, утяжеление процесса, увеличение продолжительности периода нетрудоспособности.

Исследователями активно разрабатываются различные подходы к лечению и реабилитации больных с ВБС. Помимо медикаментозной терапии для консервативного лечения применяются в самых разных сочетаниях немедикаментозные методы: лечебная физкультура, мануальная терапия и многочисленные физиотерапевтические методы (магнито-, гидро-, бальнео-, крио-, пелоидо-, озоно-, пролотерапия, гипоксическая тренировка и др.) [7;8] Особое место среди методов лечению и реабилитации больных с ВБС, по нашему мнению, занимает иглорефлексотерапия (ИРТ).

Подбор оптимального набора методов в практике лечения ВБС представляется специалистам скорее искусством, чем наукой; используемые методы лечения дегенеративно-дистрофических поражений межпозвонковых дисков далеко не всегда эффективны и безопасны [9]; необходима разработка новых реабилитационных технологий и новых концептуальных подходов к лечению пациентов с генерализованной гипермобильностью суставов, сопровождающейся ВБС [10-12].

Проблема исследования – недостаточное внимание практикующих специалистов к использованию методов ИРТ для лечения и реабилитации пациентов с генерализованной гипермобильностью суставов, сопровождающейся ВБС.

Обзор литературы. ИРТ, по мнению многих авторов, является методом, прерывающим патологические звенья, ведущие к патологии мышечной системы, и поэтому она является патогенетической терапией при лечении пациентов с ВБС. Улучшая нейрогуморальные реакции, вызывая ряд защитно-приспособительных, обменных, трофических, иммунных сдвигов, ИРТ способствует быстрейшему выздоровлению больных. [13]

Индивидуальный подбор точек предусматривает в одних случаях воздействие на местный болевой источник, в других — на подкорково-стволовые структуры, в третьих - учитывать вазомоторно-биохимический компонент боли, в четвертых, с учетом эндокринных сдвигов, в пятых, с учетом коркового уровня восприятия и анализа болевых ощущений. Исходя из этого, в перечне точек акупунктуры даны рекомендации по использованию корпоральных, аурикулярных точек и точек меридианов. [14]

ИРТ может быть использована как без сочетания, так и в сочетании с мануальной терапией. Такое многостороннее воздействие на нейромоторную систему мышц, нормализуя проприоцептивную импульсацию, устанавливает физиологическое соотношение между проприоцептивной и экстероцептивной импульсацией, восстанавливает механизмы торможения, реализующиеся на сегментарном и супрасегментарном уровнях, оказывает анальгетическое и релаксирующее действие.

В руководствах по ИРТ [13;14] описываются два метода воздействия: тормозной (некоторые авторы называют его тормозящим) и возбуждающий. Так как раздражение, вызванное введением иглы в точки воздействия, может быть тормозящим или возбуждающим в зависимости от глубины введения иглы и длительности ее нахождения в тканях, каждый из методов, имеет два варианта. Тормозной метод характеризуется как метод сильного раздражения, возбуждающий - как метод слабого раздражения. Тормозной метод оказывает успокаивающее, тормозящее воздействие при повышенной двигательной, чувствительной и секреторной функциях и имеет седативное, гипотензивное, болеутоляющее и десенсибилизирующее действия [12].

Цель исследования: анализ опыта применения ИРТ для реабилитации пациентов с генерализованной гипермобильностью суставов, сопровождающейся вертоброгенных болевых синдромов .

Материал и методы

1.Экспериментальная база и этапы исследования

Основная клиническая группа (ЭГ) состояла из 160 больных с генерализованной гипермобильностью суставов, сопровождающейся вертоброгенных болевых синдромов(ВБС).

Контрольная группа (КГ) состояла из 120 пациентов с генерализованной гипермобильностью суставов, сопровождающейся ВБС, проходивших курс традиционного медикаментозного лечения в сочетании с лечебной физкультурой.

2.Критерии включения пациентов в исследование

-обращение с жалобами на ВБС (на момент обращения все пациенты оценивали своё состояние по визуальной аналоговой шкале в диапазоне «боль средней интенсивности - очень сильная боль»)

- гипермобильность суставов

-возраст пациентов от 30 до 50 лет включительно

-согласие пациента на участие в исследовании (подписывалось информированное согласие на участие в исследовании)

-прохождение пациентами полного курса лечения и участие во всех опросах
3.Критерии исключения:
-ревматические заболевания;
-отказ пациента от участия в исследовании

Результаты

Разработанная методика использования ИРТ для лечения и реабилитации пациентов с генерализованной гипермобильностью суставов, сопровождающейся ВБС основана на рекомендациях [13;18].

Курс лечения включал 10-15 сеансов воздействия на акупунктурные точки согласно Международной номенклатуре: VG3 - (яо-гуань), VG4 - (минь-мэнь), VG 14 - (да-чжуй), V32 -(шэнь-шу), V24 - (ци-хай-шу), V25 - (да-чан-шу), V26 (гуань-юань-шу), V53 (бао-хуан).

Измерение интенсивности боли по шкале ВАШ проводилось на момент обращения до начала лечения и затем через 2-4-12-24 недели с начала лечения.

Интенсивность боли уменьшилась через 2 недели в КГ И ЭГ; наилучшие результаты наблюдались в ЭГ; через 4 недели (т.е. примерно в середине курса лечения) эта тенденция сохранялась; максимальное снижение уровня боли наблюдалось через 3 месяца (т.е. по завершении процедур); через 6 месяцев после начала курса лечения (т.е. через 3,5 - 4 месяца после окончания процедур) у некоторой части пациентов наблюдался рецидив ($p<0,05$).

Купирование острой боли все пациенты отмечали в среднем через 4,5±1,6 дня с начала лечения в ЭГ и КГ; однако затем динамика изменения доли пациентов с отсутствием либо слабой интенсивностью боли в зависимости от методов лечения существенно различалась: наивысшие значения доли пациентов с болью ниже 3–х баллов по шкале ВАШ на всех этапах лечения и реабилитации у ЭГ, более низкие – у КГ 1 ($p<0,05$).

У мужчин, как и у женщин, наивысшие значения доли пациентов с болью ниже 3–х баллов по шкале ВАШ на всех этапах лечения и реабилитации у ЭГ, наименее низкие – у КГ; однако доля пациентов мужчин, которые отмечают снижение боли, почти в два раза меньше, чем женщин; этому феномену можно дать два объяснения: а) мужчины по-другому относятся к оценке боли, б) эффективность всех трёх методик лечения для мужчин существенно ниже, чем для женщин ($p<0,05$).

Во всех трёх возрастных группах за счёт преобладания женщин наблюдаются высокие показатели снижения уровня боли; при сохранении общих тенденций, между тремя возрастными группами наблюдается заметные различия, которые, однако, их нельзя считать статистически достоверными из-за недостаточного количества пациентов.

Вывод

Терапевтический эффект разработанного комплекса ИРТ для реабилитации пациентов с генерализованной гипермобильностью суставов, сопровождающейся ВБС улучшает гибкость и подвижность позвоночника, увеличивает кровоснабжение и питание позвонков; помогает при хронических болях в позвоночнике.

Литература

1. *Шостак Н.А. Дорсопатии в практике терапевта - новые возможности лечения //Терап. Архив.- М., 2003.-Т.75.-№12.-С.59-61.*
2. *Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): руководство для врачей / Я.Ю. Попелянский. – М.: Медпресс-инофрм- 2003. - 672 с.*
3. *Marks R.A. Spine fusion for discogenic low back pain: outcomes in patients treated with or without pulsed electromagnetic field stimulation. //Adv. Ther. 2000. Mar-Apr; 17 (2).- P.57-67*
4. *Stranjalis G. et al. Low back pain in a representative sample of Greek population: analysis according to personal and socioeconomic characteristics. / Stranjalis G., Tsamandouraki K., Sakas D.E., Alamanos Y. // Spine. 2004. Jun 15; 29(12). - P.1355-1360.*
5. *Челноков В.А. Модуль двигательной активности – новая технология применения физических упражнений при лечении и профилактике остеохондроза позвоночника // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - 2008. - № 2. - С. 48-50.*
6. *Sandler D. Weight training fundamentals / USA: Human Kinetics Publishers, 2003. - 152 p.*
7. *Yip Y.B., Tse S.H. The effectiveness of relaxation acupoint stimulation and acupressure witharomatic lavender essential oil for non-specific low back pain in Hong Kong: a randomized controlled trial. // Complemen. Ther. Med. 2004 Mar; 12(1). - P.28-37.*

8. *Воробьева О.В. Роль суставного аппарата позвоночника в формировании хронического болевого синдрома. Вопросы терапии и профилактики // Русский медицинский журнал. Неврология, психиатрия. – 2010. – Т. 18, № 16 (380). – С. 1008-1013.*
9. *Lurie J.D. et al. Clinical problem-solving. A pain in the back./, Gerber P.D. Sox H.C. //N. Engl. J. Med. 2000. Sep 7; 343(10).- P.723-726.*
10. *Stratford P.W. et al. Development and initial validation of the back pain functional scale./ Stratford P.W., Binkley J.M., Riddle D.L. //Spine. 2000. Aug 15; 25(16). P.2095-2102.*
11. *Jones M.A. et al. A school-based survey of recurrent non-specific low-back pain prevalence and consequences in children. / Jones M.A, Stratton G., Reilly T., Unnithan V.B // Health Educ. Res. 2004. Jun; 19(3). - P.284-289.*
12. *Галоян К.А. Комбинированная мануальная и детензор- терапия, как метод выбора при реабилитации больных с дискогенными поясничными радикулопатиями. Сб. научных трудов международного симпозиума «Актуальные вопросы немедикаментозной превенции, терапии и реабилитации». Нуниси.- 2004- С. 125-129.*
13. *Лувсан Г. Очерки методов восточной рефлексотерапии.- Новосибирск.,2000.-432 с.*
14. *Кукареко В.П. Комплексная программа восстановления двигательной функции позвоночника / В.П. Кукареко, А.Г. Фурманов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - 2011. - № 1. - С. 20-22.*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У СТУДЕНТОВ КГМА им. И.К. АХУНБАЕВА

Зайирбекова Айтурган Зайирбековна – студент 6 курса, Специальность «Лечебное дело».
Кафедра семейной медицины до-дипломного образования.
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева.
Научные руководители: д.м.н., доцент Усубалиев М.Б., асс. Джусупбеков С.Д.
e-mail: aitu615@mail.ru

Резюме: в данной статье представлены результаты исследования распространенности головной боли среди студентов медиков КГМА им. И.К. Ахунбаева. Скрининговое обследование проводилось с января 2020 по 28 февраля 2020 года. При определении вида головной боли с помощью онлайн-опроса у студентов Медицинской академии были выявлены 4 вида головной боли: напряжения (48,4%), синусовая (20,6%), мигрень (16,8%), кластерная (14,2%). При оценке у студентов, страдающих мигренью по шкале MIDAS (Migraine Disability Assessment) выявлено, что у 70,1% определена 1 степень, у 26,3 % - 2 степень и у 3,6 % - 3 степень. Так же интенсивность головной боли определяли по ВАШ (Визуально-аналоговая шкала) и Числовой рейтинговой шкале. При исследовании отмечено, что у 38,7% головные боли наблюдались на этой недели, у 28,2 % - на прошлой недели, у 16% - месяц назад, 15,4 % не помнят и у 1,4% - год назад. В большинстве случаев головные боли наблюдались во время сессии (70,1%) , реже (17,8%) – в стрессовые ситуации и по причине болезни (12,1%). Дебют головной боли у 38,9% студентов отметили 1-5 лет назад, у 13,4% - с детства, у 13,4% - месяц назад и у 12,7% - свыше 5 лет.
Ключевые слова: студенты, головная боль, анкетирование, скрининг**.**

И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫНЫН СТУДЕНТЕР АРАСЫНДА БАШ ООРУУНУН ТАРАЛЫШЫ

Зайирбекова Айтурган Зайирбековна – 6 курсунун студенти, Дарылоо иши факультети.
Дипломго чейинки үй-бүлөөлүк медицина кафедрасы.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы.
Илимий жетекчилер: м.и.д., доцент Усубалиев М.Б., асс. Джусупбеков С.Д.

Корутунду: бул макалада Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын студенттеринин арасында баш оорусунун таралышы изилденген. Скрининг 2020-жылдын январынын 28 февралга чейин жүргүзүлдү. Онлайн сурамжылоо менен студенттердин арасында баш оорунун 4 түрү аныкталган: тирешуу баш ооруу (48,4%), синустук (20,6%), шакыйды (16,8%), чыналуучу (14,2 %). Шакыйды ооруусу менен студенттер MIDAS (Migraine Disability Assessment) шкаласы менен бааланды, 70,1% - 1-даража, 26,3% - 2 даража жана 3,6% - 3 даража. Баш ооруу катуулугу ВАШ (Визуалдык аналогдук шкаласы)

жана Сандык даражалуу шкаласы менен өлчөнгөн. Бул изилдөөдө баш ооруу 38,7% ушул аптада болсо, 28,2% - акыркы аптада, 16% - бир ай мурун, 15,4% да эстеринде жок, ал эми 1,4% - бир жыл мурун деп белгиленди. Копчулук учурларда баш оорусу (70,1%) сессия убагында, 17,8% - стресске кабылган жагдайларда, 12,1% – оорууга байланышту болгон. Баш ооруунун пайда болушу 38,9% студентттер 1-5 жыл мурун, 13,4% - бала кезинен, 13,4% - бир ай мурун жана 12,7% - 5 жыл мурун деп жооп берген.
Негизги сөздөр: студенттер, баш ооруу, сурамжылоо, скрининг.

THE PREVALENCE OF HEADACHE IN STUDENTS OF THE KSMA I.K. AKHUNBAEV

Zayirbekova Aiturgan Zayirbekovna – 6 year student. Specialty: faculty of medicine.
Department of Family Medicine undergraduate education.
I.K. Akhunbaeva Kyrgyz state medical academy.
Scientific adviser: Doctor of Medical Sciences, Associate Professor Usubaliev M.B.,
ass. Djusupbekov S.D.

Resume: This article presents the results of a study of the prevalence of headache among medical students of KSMA named after I.K. Akhunbaeva. Screening was conducted from January 2020 to February 28, 2020. When determining the type of headache using an online survey, 4 types of headache were identified among students of the Medical Academy: tension (48.4%), sinus (20.6%), migraine (16.8%), cluster (14.2 %). When assessing students suffering from migraine according to the MIDAS (Migraine Disability Assessment) scale, it was found that 70.1% had 1 degree, 26.3% had a 2 degree, and 3.6% had a 3 degree. Headache intensity was also determined by VAS (Visual Analogue Scale) and Numerical Rating Scale. When examining the duration of a headache, it was noted that 38.7% had headaches this week, 28.2% last week, 16% a month ago, 15.4% do not remember, and 1.4% a year ago. In most cases, headaches were observed during the session (70.1%), less often (17.8%) - in stressful situations and due to illness (12.1%). The headache debut in 38.9% of students was noted 1-5 years ago, in 13.4% - since childhood, in 13.4% - a month ago and in 12.7% - over 5 years.
Key words: students, headache, questionnaires, screening

А**ктуальность**. Головная боль (ГБ) является одной из актуальных проблем современной клинической медицины, решение которой осуществляется на стыке нескольких специальностей. Многие люди ГБ не считают серьезным расстройством, поскольку в основном она возникает эпизодически, не является инфекционным заболеванием и не приводит к смерти. Даже существуют взгляды на ГБ как на вариант нормы, приводятся данные о «физиологической» цефалгии у школьников, связанных с ростом, режимом сна. Она может сопутствовать утомлению, эмоциональному напряжению и трудно поддается четкому определению. Поэтому часто ГБ недооценивается, не распознается, не лечится надлежащим образом, в связи с чем она лишает человека возможности нормально функционировать, нарушает адаптацию и снижает качество жизни, входит в число самых частых причин нетрудоспособности. Наибольшее влияние на трудоспособность и качество жизни оказывают хронические формы ГБ [2, 3].

Эпидемиологические исследования указывают на различные данные о распространенности ГБ в общей популяции. Ею страдает более 70% населения развитых стран Европы и Америки. Согласно систематизированным исследованиям, около 78% женщин и 64% мужчин хотя бы раз страдали от ГБ на протяжении предыдущего года, и 36% женщин и 19% мужчин страдают от рецидивирующих ГБ [3]. У здоровых людей значительное место в развитии ГБ занимали стрессогенные факторы. Частота эпизодов ГБ и ее продолжительность были связаны с дезадаптивным вариантом совладания. ГБ была с высокой частотой обнаружена в терапевтической, неврологической и психиатрической клинике [4].

В последние десятилетия отмечается стремительный рост исследований, посвященных проблеме ГБ. Созданы многочисленные профессиональные общества, в том числе Международное общество ГБ, Европейская Федерация ГБ, Российское общество по изучению ГБ, Глобальная кампания «Преодоление бремени ГБ», издаются специализированные научные журналы, регулярно публикуются книги по этой проблеме, повсеместно осуществляются соответствующие образовательные программы. Это привело к существенным достижениям в исследовании различных аспектов проблемы ГБ. Но, несмотря на свою актуальность и всеобщее внимание исследователей, проблема ГБ еще далека от окончательного реше-

ния [5, 6]. Исходя из литературных данных, несмотря на то, что очень многие испытывают ГБ достаточно часто, обращаемость по этому поводу к врачам остается на довольно низком уровне. Оценка ГБ представляет определенные сложности из-за отсутствия четких жалоб, в связи с трудностью вербальной верификации, разнообразия проявлений [3, 4, 5, 6]. Кроме того, точность оценок сомнительна из-за трудностей получения достоверной информации. Наличие конкретных патологических симптомов при обследовании скорее исключение, чем правило. Распространенность ГБ окончательно не определена, что свидетельствует об актуальности рассматриваемой проблемы. Особое значение приобретает сегодня ГБ у лиц молодого возраста [7, 8, 9, 10] вследствие возрастающих с каждым годом психоэмоциональных и информационных нагрузок на них, влияния ГБ на умственную и физическую работоспособность учащейся молодежи, качество жизни и успеваемость в период обучения.

Цель исследования: по результатам анкетирования изучить распространенность головной боли у студентов Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

Материалы и методы. В исследовании проводилось скрининговое обследование среди студентов КГМА с января 2020 по 28 февраля 2020 года. Данное анкетирование включало 350 студентов КГМА им. И.К. Ахунбаева, среди них 68,6% лица мужского пола и 31,4% - женского пола, проходили опрос студенты с 1 по 6 курсов и всех факультетов. Анкета включала характеристики головных болей, возраст, в котором начались головные боли, частоту болей за последний год и частоту за месяц, при каких условиях часто наблюдались головные боли, когда последний раз у них болела голова, также головная боль оценивалась по шкалам: MIDAS, ВАШ и ЧИС (числовая рейтинговая шкала).

Результаты их обсуждения. При определении вида ГБ с помощью онлайн-опроса у студентов Медицинской Академии были выявлены 4 вида головной боли: синусовая (боль, локализованная в области лба и /или в области скулы), кластерная (боль внутри и вокруг глаз), напряжения (боль, сжимающая голову), мигрень (боль половины головы, тошнота и нарушение зрения, характерные для классической формы). У 48,4% студентов была выявлена боль напряжения, у 20,6% - синусовая боль, у 16,8% - мигрень и у 14,2% - кластерная боль.

У 16,8 % студентов с мигренью также оценили головную боль по шкале MIDAS (Migraine Disability Assessment). У 70,1 % - 1 степень - малая интенсивность боли, отсутствие или минимальное снижение повседневной активности (0-5 баллов), у 26,3 % - 2 степень - умеренная / выраженная боль, незначительное ограничение повседневной активности (6-10 баллов), у 3,6 % - 3 степень - сильная боль, выраженное ограничение повседневной активности (11-20 баллов). Сильная боль и резко выраженное снижение повседневной активности (21 и более баллов) ни у кого не выявлено.

Также мы решили проверить интенсивность ГБ по шкале ВАШ (Визульно-аналоговая шкала), так как данный тест не может быть выполнен в устной форме или по телефону, мы пригласили студентов КГМА (пришли 50 студентов). На таблице они разместили линию, перпендикулярно пересекающую визуально-аналоговую шкалу в той точке, которая соответствует их интенсивности боли. С помощью линейки, измеряется расстояние (мм) между «отсутствие боли» и «сильнейшая боль, какую можно только представить», обеспечивая диапазон оценок от 0 до 100. Более высокий балл указывает на большую интенсивность боли (рис.1). В результате 51,6% студентов оценили ГБ как умеренная боль (45-74 мм), 35,5% - слабая (5-44 мм), 8,4% - сильная (75-100 мм) и 4,5% - нет боли (0-4 мм).

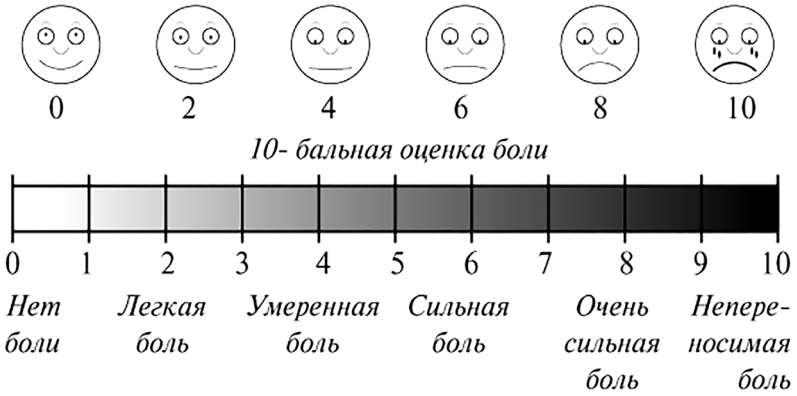


Рис. 1. Визуально-аналоговая шкала для оценки интенсивности боли.

Для точного определения интенсивности головной боли у студентов (участвовали 267 студентов) мы включили Числовую рейтинговую шкалу по боли. Результаты были следующими: 75,3% студентов оценили ГБ как умеренная (5), 15,9% - отсутствие боли (0), 8,8% - сильнейшая боль, какую можно представить (10) .

По факту анкетирования ГБ у лиц женского пола в 1,5 раза чаще встречалась, чем у мужского.

По частоте встречаемости у 38,7% головные боли наблюдались на этой недели, у 28,2 % - на прошлой неделе, у 16% - месяц назад, 15,4 % - не помнят и у 1,4% - год назад.

У 70,1% студентов ГБ случались во время сессии, у 17,8% - при стрессовых обстоятельствах, у 12,1% - по причине болезни.

У 36,9% студентов ГБ встречались иногда, у 28,7% - часто, у 21,7% - редко, у 12,7% - практически не болела голова.

По длительности: у 38,9% студентов голова начала болеть 1-5 лет назад, у 21,7% - практически не болела, у 13,4% - с детства, у 13,4% - месяц назад, у 12,7% - 5 лет и более назад.

Выводы. В связи с полученными данными анкетирования среди студентов КГМА им. И.К. Ахунбаева чаще всего встречается головная боль напряжения - 48,4%, синусовая боль - 20,6%, мигрень - 16,8%, кластерная боль - 14,2%. По интенсивности ГБ по Числовой рейтинговой шкале большинство студентов оценило боль как умеренную - 75,3%, далее 15,9% - отсутствие боли, 8,8% - сильнейшая боль, какую можно представить. ГБ в 1,5 раза чаще встречалась у лиц женского пола по сравнению с лицами мужского пола. 70,1% студентов связывали с сессией, 17,8% - со стрессовыми обстоятельствами и 12,1% - по причине болезни. По частоте у 36,9% студентов ГБ встречались иногда, у 28,7% - часто, у 21,7% - редко. Дебют головной боли 38,9% студентов отметили 1-5 лет назад, 13,4% - с детства, 13,4% - месяц назад и 12,7% - свыше 5 лет.

Литература:

1. *Голенков А.В., Иванова И.Л., Куклина К.В., Петунова Е.А. Эпидемиология расстройств сна у студентов-медиков // Вестник Чувашского университета. 2010. № 3. С. 98–102.*
2. *Голенков А.В., Орлов Ф.В., Сапожников С.П., Козлов В.А. Связь расстройств сна с головной болью // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. №1. С. 71-74.*
3. *Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике / Т. Дж. Стайнер и др.; пер. с англ. Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой; науч. ред. В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской, Г.Р. Табеевой. М.: ООО «ОГГИ.РП», 2010. 56 с.*
4. *Орлов Ф.В., Голенков А.В. Эпидемиология головной боли // Вестник Чувашского университета. 2005. № 2. С. 99–105.*
6. *Basdav J., Haffejee F., Puckree T. Impact of headaches on university students in Durban, South Africa. Springerplus, 2016, vol. 5, no. 1, Sep. 29, p. 1679.*
7. *Bhat N., Jain S., Singh A., Wadhwani A., Mansuri R., Bhat S., Kaur H., Gandhi N. Prevalence and Characteristic of Headache in Dental Professionals: A Questionnaire Based Survey. J. Clin. Diagn. Res., 2016, vol. 10, no. 4, Apr., pp. 107–110. doi: 10.7860/JCDR/2016/17645.7699.*
8. *Deleu D., Khan M.A., Humaidan H., Al Mantheri Z., Al Hashami S. Prevalence and clinical characteristics of headache in medical students in Oman. Headache, 2001, vol. 41, no. 8, Sep., pp. 798-804.*
9. *Ferri-de-Barros J.E., Alencar M.J., Berchielli L.F., Castelhano Junior L.C. Headache among medical and psychology students. Arq. Neuropsiquiatr., 2011, vol. 69, no. 3, Jun., pp. 502–508*
10. *Сергеев А.В. «Головная боль напряжения: современное состояние проблемы». ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия \\ Регулярные выпуски «РМЖ» №22 от 15.10.2014,с. 15.*

УДК 616.1-036.2

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ ГОРОДА БИШКЕК

Кулданова К.Н., науч. руководители – д.м.н., проф. Молдобаева М.С., Красницкая М.В., Эсенгелдиева Н.М.
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

Цель исследования. Оценить распространенность факторов риска(ФР) сердечно-сосудистых заболеваний(ССЗ), а также их сочетание среди студентов трех ВУЗ г. Бишкек для своевременной профилактики осложнений от ССЗ. **Материалы и методы.** Исследованы 295 студентов 1-3 курсов КГМА, КГУ и КГТУ. Изучены антропометрические и поведенческие показатели ФР. **Результаты.** Популяция студентов младших курсов характеризуется высокой распространенностью поведенческих и антропометрических показателей ФР ССЗ, превалирует низкая физическая активность (ФА) в КГМА, нерегулярное употребление овощей и фруктов (нуОиФ)-в КГУ и КГТУ. Часто встречающаяся комбинация ФР - сочетание нуОиФ, избыточной массы тела и низкой ФА. Студенты младших курсов ВУЗов нуждаются в знаниях по борьбе с ФР для своевременной профилактики ССЗ.
Ключевые слова: факторы риска, сердечно-сосудистые заболевания, студенты.

БИШКЕК ШААРЫНЫ ЖОГОРКУ ОКУУ ЖАЙЛАРЫНЫН СТУДЕНТТЕРИНИН АРАСЫНДАГЫ ЖҮРӨК-КАН ТАМЫР ООРУЛАРЫНЫН РИСК ФАКТОРЛОРУ

К.Н. Кулданова, М.С. Молдобаева, М.В. Красницкая, Н.М.Эсенгелдиева
Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
(ректору – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.),
Эндокринология курсу менен ички ооруулардын пропедевтика кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Изилдөөнүн максаты. Жүрөк-кан тамыр ооруларынын (ЖКТО) кабылдоолорун өз убактысында алдын алуу үчүн Бишкек ш. үч ЖОЖнын студенттеринин арасындагы ЖКТО риск факторлорун(РФ) жана алардын байланышын изилдөө. **Материалдар жана методдор.** Антропометриялык жана жүрүш-туруш РФ көрсөткүчтөрү КММА, КМУ жана КМТУ 1-3 курстагы студенттердин арасында изилденген. **Жыйынтыктар.** төмөнкү курстарынын студенттеринин популяциясында ЖКТО РФ ичинен антропометриялык жана журум турум көрсөткүчтөрү жогорку денгээлде жайылган, алардын ичинен физикалык активдүүлүктүн (ФА) КММАда, мөмө-жемишти регулярдуу колдонуу (МЖрк) КМУ жана КМТУда төмөндүгү басымдуулук кылат. Эн көп кездешкен РФ комбинациясы бул МЖрк, ашыкча салмактуулук жана ФА төмөндүгү. ЖОЖдын төмөнкү курстагы студенттери ЖКТО алдын алуу жана РФ менен күрөшүү боюнча билимге муктаж.
Ачкыч сөздөр: риск факторлору, жүрөк кан-тамыр ооруларынын, студенттер.

PREVALENCE OF CARDIOVASCULAR DISEASES RISK FACTORS AMONG THE STUDENTSA OF TERTIARY EDUCATION UNSTITUTIONS OF BISHKEK

K.N. Kuldanova, M.S. Moldobaeva, M.V. Krasnisckaya, N.M. Esengeldieva
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,
Department of propaedeutics of internal diseases with the course of endocrinology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Purpose of the study. To study the prevalence of the main risk factors(RF) of cardiovascular diseases(CVD), as well as their combination among students of three higher educational institutions in Bishkek for the timely prevention of CVD complications. **Materials and methods.** The study was conducted among 295 students of 1-3 courses in the city of Bishkek. Anthropometric and behavioral indicators of RF were studied. **Results.** The population of undergraduate students of KSMA, KSU and KSTU is characterized by a high prevalence of behavioral and anthropometric indicators of RF for CVD, low physical activity (PA) prevails in KSMA, irregular use of fruits and vegetables (iuFV) - in KSU and KSTU The most common combination of RF was a combination of iuFV, overweight and low PA. Junior students of universities need to know how to control the RF for the timely prevention of CVD.
Key words: risk factors, cardiovascular diseases, students.

Актуальность. Смертность от неинфекционных заболеваний (НИЗ) составляет 71 % от всех заболеваний. Своевременный скрининг и лечение – основные компоненты борьбы с НИЗ [1]. Для уменьшения заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний(ССЗ) наиболее эффективным способом является их первичная профилактика, т. е. борьба с факторами риска(ФР) [2]. К основным ФР НИЗ относятся: курение, низкий уровень физической активности, злоупотребление алкоголем и нездоровое питание. Большинство ССЗ можно предотвратить принятием мер в отношении факторов риска с помощью стратегий, охватывающих все население [3].

Внедрение здорового образа жизни снижает риск последующих сердечно-сосудистых событий и смертности и является дополнительным к соответствующей вторичной профилактической терапии [4]. Изменение образа жизни и реализация здорового поведения значительно уменьшает риск будущих сердечно-сосудистых событий и смерти даже при контроле на основе доказательной вторичной профилактической терапии и вмешательств [5,6,7,8]. Преимущества очевидны уже через 6 месяцев после индексации события и вмешательств [5,9].

Основной причиной смертности от НИЗ являются осложнения от ССЗ. ССЗ и лежащие в их основе поведенческие и метаболические факторы риска являются причиной примерно 17,5 миллионов смертей в год и около 31% смертей во всем мире [10]. Показатель общей смертности населения в 2017 году в нашей республике составил 5,3 на 1000 населения (2016г. – 5,5, снижение на 0,2%). Основными причинами смертности населения в республике остаются болезни системы кровообращения – 51,9% (2016г. – 50,8%), затем новообразования –11,6% (2016г. -11,7%), внешние причины смерти– 8,6% (2016г.– 8,3%), болезней органов пищеварения – 6,3% (2016г.-6,4%), органов дыхания - 5,6% (2016г.- 6,0%) [11]. По данным Национального статистического комитета КР в 2018 из общего количества умерших– 32989 количество умерших от заболеваний сердечно-сосудистой системы(ССС) составила – 16803 (50,9%), затем новообразований – 4147 (12,6%), внешних причин - 2575 (7,8%), болезней ЖКТ – 2095 (6,4%), болезней органов дыхания – 1764 (5,3%), болезней эндокринной системы – 485 (1,5%) [12].

В Кыргызстане в структуре причин смертности населения болезни системы кровообращения с 2013 по 2018 гг. занимают лидирующее место и составляют: 50,5% 50,4%, 50,8%, 50,8%, 51,6 % и 50,9% [12]. К сожалению, в доступной литературе нам не удалось найти показатели смертности в КР среди молодых лиц. Увеличивается доля в структуре смертности лиц молодого возраста. Так, в Российской федерации в период с 1990 по 2010-е гг. показатель смертности среди лиц в возрасте 20–29 лет увеличился в 2,6 раза, в возрасте 30–44 лет – в 1,6 раза и в возрасте 45–49 лет – в 3,5 раза. Число умерших от ССЗ среди лиц в возрасте 20-24 лет к 2016 году составляет 9311; в возрасте 25-29 лет к 2016 году составляет 22196 [13]. Учитывая это, необходимо изучение ФР развития ССЗ среди молодежи [2,14]. Традиционно ИБС выявляется у пациентов в возрасте старше 40 лет, но в последнее время отмечается тенденция к появлению ее у лиц молодого возраста.Распространенность ИБС у младших школьников трудно установить точно, так как это часто тихий процесс. Частота, с которой это происходит, была изучена в исследовании вскрытия 760 молодых (в возрасте от 15 до 34 лет) жертв несчастных случаев, самоубийств или убийств. Продвинутые коронарные атеромы были обнаружены у 2 % мужчин в возрасте от 15 до 19 лет. Эти поражения присутствовали у 20% и 8 % мужчин и женщин в возрасте от 30 до 34 лет соответственно, тогда как у 19% и 8 %, соответственно, был обнаружен ≥ 40% стеноз левой передней нисходящей артерии [15].

Эпидемиологические исследования убедительно показали высокую распространенность сердечно – сосудистой патологии в молодом возрасте. Именно в этом возрасте закладывается отношение к питанию,

физкультуре, курению, формируется образ жизни, сексуальное поведение и одновременно проявляются ФР хронических заболеваний, в т.ч. и ССЗ. У молодых людей ФР ССЗ уже имеют тенденцию к объединению нескольких ФР, например, как метаболический синдром (МС), что в дальнейшем отражается на здоровье при увеличении возраста [16,17,18]. У молодежи преобладают поведенческие ФР ССЗ, такие как курение, употребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность (НФА), что в свою очередь обусловливает высокую распространенность ожирения, артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии (ДЛП) и атеросклероза. Так как в этом возрасте предстоит еще реализовать важные социальные функции в обществе как профессиональная, репродуктивная, интеллектуальная и нравственная [19], то своевременное выявление и коррекция ФР приобретают определяющую роль. В РФ разработаны современные подходы в борьбе с ФР НИЗ, которые с позиции медицины, основанной на доказательствах, следует применить при диспансеризации у группы лиц молодого возраста с ФР [20]. Студенческие коллективы - оптимальная модель для реализации структурированных программ профилактики ССЗ. Студенческая молодежь является особой группой, которая объединена условиями и атмосферой обучения в высшем учебном заведении (ВУЗе). В процессе обучения в результате значительного напряжения всех резервов организма влияние факторов кардиоваскулярного риска значительно [21].

Анализ литературы показывает, что особенно важна возможность адекватно оценить риск развития ССЗ именно в эти критические, с точки зрения формирования личности, периоды и направить усилия клиницистов на разработку программы первичной профилактики у лиц молодого возраста, которые относятся к группе высокого риска, по аналогии с тем, как это происходит у людей старших возрастов [22]. При исследовании 3121 участников исследования CARDIA в возрасте от 18 до 30 лет выявлено, что диетические факторы развития играют важную роль в развитии атеросклеротических ССЗ, но те же диетические факторы не обязательно могут быть связаны с развитием кальцификации коронарной артерии. Неблагоприятные синергетические эффекты натрия и добавленных сахаров могут быть особенно связаны с ССЗ. Мясо / переработанное мясо или молочные продукты несут различный риск атеросклеротических ССЗ, а добавление сахаров прямо или косвенно в повышении кальцификации коронарной артерии и ускорение подслащенными сахаром напитками событий ССЗ, особенно в сочетании с высоким потреблением натрия, требует дальнейшего рассмотрения [23]. При обследовании 146 студентов Кемеровского государственного медицинского университета (КемГМУ) и 67 студентов Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ) при анкетировании в рамках международного проекта «MAY MEASUREMENT MONTH 2017 (MMM17)» с использованием стандартного опросника, дополненного анкетой, включающей в себя вопросы о ежедневном употреблении кофе и энергетических напитков, количестве потребляемых овощей и фруктов, поваренной соли, уровне физической нагрузки и ночных дежурств в качестве среднего медицинского персонала, а также трехкратном измерении АД через 5 минут отдыха сидя, выявлено следующее. Частота АГ у обследованных студентов КемГМУ в возрасте 22,04 ± 1,8 лет составляет 4,1 %, у студентов СамГМУ в возрасте 21,2 ± 0,73 лет – 1,5 %, достоверно чаще у мужчин, употребляющих регулярно кофе. Студенты мужского пола имеют большую частоту встречаемости нескольких ФР, чем студенты женского пола. Выявлена высокая частота курящих студентов (13 % – КемГМУ, 7,5 % – СамГМУ), при этом начали курить во время учебы 31,6 % от всех студентов курильщиков. Таким образом, наиболее часто встречающимися ФР среди всей выборки являются курение, повышенное употребление поваренной соли. Молодые мужчины значимо чаще демонстрировали наличие ФР, чем женщины аналогичного возраста [24]. При исследовании 837 студентов КГМА и КРСУ методом опроса было выявлено, что студенты медицинских кыргызских вузов практикуют нездоровый образ жизни [25]. Накопление и анализ подобного рода данных могут обеспечить лучший контроль над ситуацией на этапе пограничного состояния и его перехода в собственно заболевание и, весьма вероятно, повысить эффективность антигипертензивных мероприятий.

Таким образом, оценка распространенности факторов риска ССЗ среди студенческой молодежи является обоснованной и своевременная борьба с ними, несомненно, значительно уменьшат развитие в дальнейшем ССЗ и их осложнения, которые в конечном счете снизят смертность от ССЗ.

Цель исследования. Оценить распространенность основных ФР ССЗ, а также их сочетание среди студентов трех высших учебных заведений г. Бишкек для своевременной профилактики осложнений от ССЗ.

Материалы и методы. Исследование проведено среди 295 студентов1-3 курсов: из них вКГМА им. И.К. Ахунбаева(1 группа) – 96,КГУ им. И. Арабаева(2 группа) - 166, КГТУ им. И. Раззакова(3 группа)

- 33, средний возраст – 20,0±0,26лет. Тип исследования - метод поперечных срезов, период обследования с 09.04.19г по 23.05.19г. Оценка ФР проводилась по результатам анонимного анкетирования, т.е. не указывались фамилия, имя и отчество студентов. Использовали однократное, индивидуальное, очное анкетирование методом опроса. Анкета состоит из показателей антропометрических и поведенческих ФР: рост, вес, вычисление индекса массы тела (ИМТ), окружность талии, уровень артериального давления (АД), потребление алкоголя, привычки питания, физическая активность, курение. Рост вычисляли ростомером в см, вес измерялся на медицинских весах в кг, вычисление индекса Кетле проводилось по формуле: ИМТ = масса, кг/рост, м2, оценка ИМТ проводилась по рекомендациям ВОЗ, для установления избыточной массы тела (ИзМТ) и ожирения было превышение пограничных значений индекса Кетле ≥ 25 кг/м² и ≥30 кг/м², окружность талии измерялась сантиметровой лентой в см, абдоминальным ожирением считалась окружность талии у мужчин >94 см, у женщин >80 см , измерение уровня АД производилось двукратно на правой руке в положении сидя с помощью тонометра(сфигмоманометра) методом Короткова, затем рассчитывали среднее давление из 2 измерений. В группу лиц с артериальной гипертензией (АГ) были отнесены лица с уровнем систолического артериального давления (САД) выше 140 мм рт. ст. и/ или диастолического артериального давления (ДАД) выше 90 мм рт. ст. Потребление алкоголя оценивалось ответом «да» или «нет», ежедневное употребление фруктов и овощей оценивалось по критериям ВОЗ , занятие ФА оценивалось по критериям: отсутствие регулярных физических упражнений (как минимум, 3 раз в неделю) в свободное время и быстрая ходьба не менее 30мин/день;регулярное курение: как минимум, 1 сигареты в день на протяжении последнего года с последующейоценкой степени никотиновой зависимости по результатам теста Фагестрема: степень зависимости по баллам: 0-2 балла - очень низкая, 3-4 балла - низкая, 5 баллов - средняя, 6-7 баллов - высокая, 8-10 баллов - очень высокая.

Критерии включения: студенты ВУЗов; возраст 18-21год; согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: беременность и период лактации, наличие группы инвалидности, наличие установленного психического заболевания, тяжелая соматическая патология.

Статистическую обработку полученных данных исследования проводили применением стандартных методов вычисления: M±m и p по критерию Стьюдента (достоверной считалась значимость p<0,05), распространенность в % (отношение числа первичных обращений к средней численности населения, умноженное на 1000), кроме того рассчитывали коэффициент распространенности (PR) и доверительный интервал (ДИ) с 95%.

Результаты и обсуждение.Структура количества студентов в зависимости от ВУЗа была следующей: студенты КГМА – 96 (32,6%), студенты КГУ – 166(56,3%), студенты КГТУ – 33 (11,1%) (диаграмма 1) , средний возраст в КГМА составил 20,2±0,16 лет, в КГУ – 21,0±0,43 лет, в КГТУ – 18,8±0,21 лет, p_{2-3}<0.01, p_{1-2}<0.05.

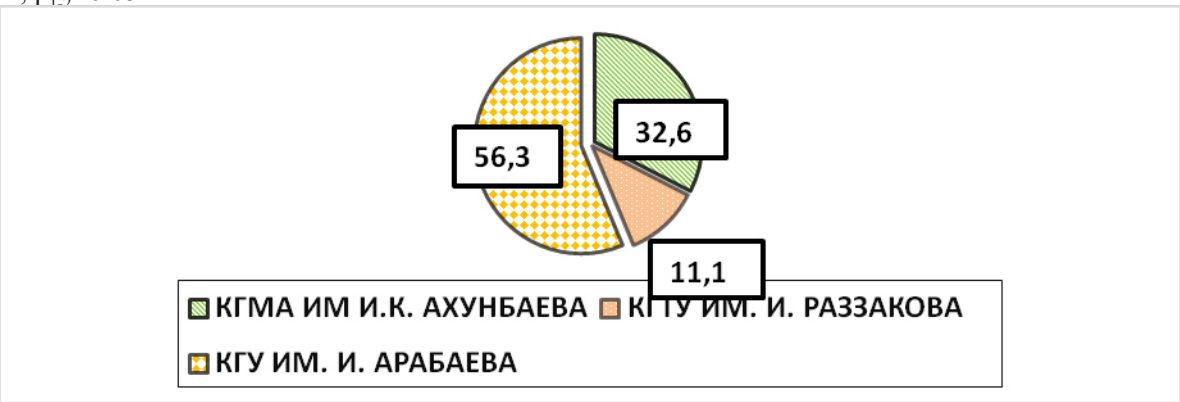


Диаграмма 1. Распределение студентов в зависимости от ВУЗа.

При оценке ИМТ по индексу Кетле≥ 25кг/м^2 выявлено, что в 1 группе он встречается у 11,4 % (PR 0,11, ДИ 0,05-0,17), во 2 группе - у 13,2 % (PR 0,13, ДИ 0,08-0,18), в 3 группе - у 15,15% (PR 0,15, ДИ 0,05-0,17) (p_{1-2}<0,05), т.е. преобладает у студентов КГТУ, хотя средние значения индекса Кетле у всех обследованных были в пределах нормы: 21,5±0,29 кг/м^2, 20,5±0,24 кг/м^2 и 21,9±0,5 кг/м^2 соответственно (p_{2-3}<0.01 и p_{1-2}<0.01) (диаграмма 2).

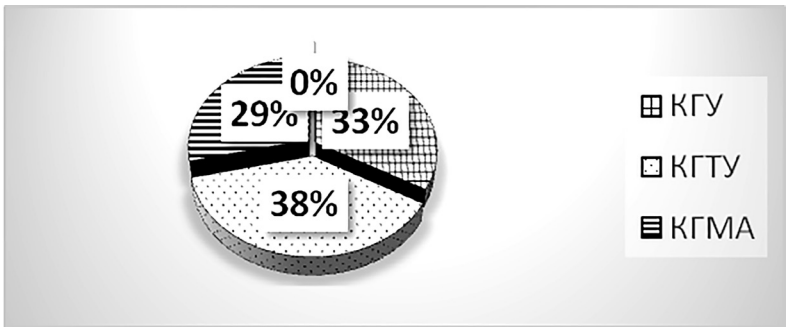


Диаграмма 2. Распределение индекса Кетле≥25кг/м2 в зависимости от ВУЗа.

Частота систолической артериальной гипертензии (САГ) в зависимости от ВУЗа оказалась выше у студентов КГТУ: в 1 группе – у 2,08% (PR 0,02, ДИ -0,01-0,05), во 2 группе – у 1,2% (PR 0,01, ДИ 0-0,02), в 3 группе – у 3,0% (PR 0,03, ДИ -0,03-0,09) (p_{1-2}>0.05, p_{2-3}>0.05). Среднее САД достоверно также оказалось выше в 3 группе: 120,7±1,59 мм.рт.ст (p_{2-3}<0.01). Частота диастолической артериальной гипертензии (ДАГ) в зависимости от ВУЗа также оказалась достоверно выше у студентов КГТУ в 3 группе: 9,09% (PR 0,09, ДИ -0,01-0,1) против 8,3% (PR 0,08, ДИ 0,03-0,13) в КГМА и 1,8% (PR 0,02, ДИ 0-0,04) в КГУ (p_{2-3}<0.05, p_{1-2}<0.05). Среднее ДАД также достоверно оказалось выше в 1 группе: 76,0±0,85мм. рт.ст (p_{1-2}<0.05) (диаграмма 3).

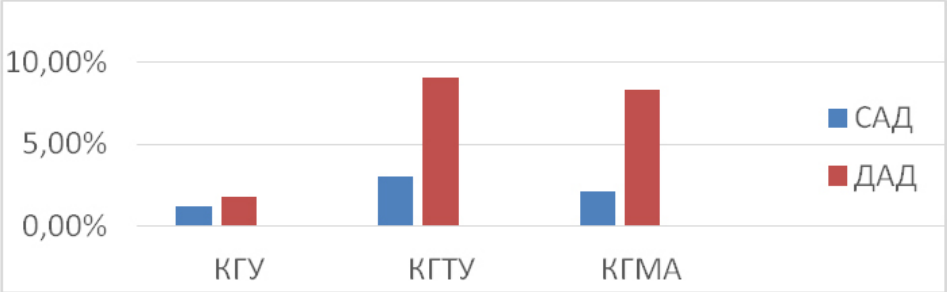


Диаграмма 3. Распределение АГ ≥140/90мм.рт.ст. в зависимости от ВУЗа.

Частая распространенность курения выявлена у студентов КГТУ - 21,2% (PR 0,21, ДИ 0,04-0,38) в сравнении с другими 2 ВУЗами среди студентов КГМА она оказалась наименьшей (5,2% (PR 0,05, ДИ 0,01-0,09), в КГУ– 6% (PR 0,06, ДИ 0,02-0,1). Умеренная табачная зависимость больше у студентов КГМА – 20%(PR 0,2, ДИ -0,1-0,3), далее – у студентов КГТУ (14,3%) (PR 0,1, ДИ -0,1-0,2), но среди всех 10 студентов КГУ имеется легкая табачная зависимость, тогда как в КГМА – 80% (PR 0,8, ДИ 0,5-0,13) и в КГТУ – 85% (PR 0,9, ДИ 0,7-0,11) (диаграммы 4, 5).

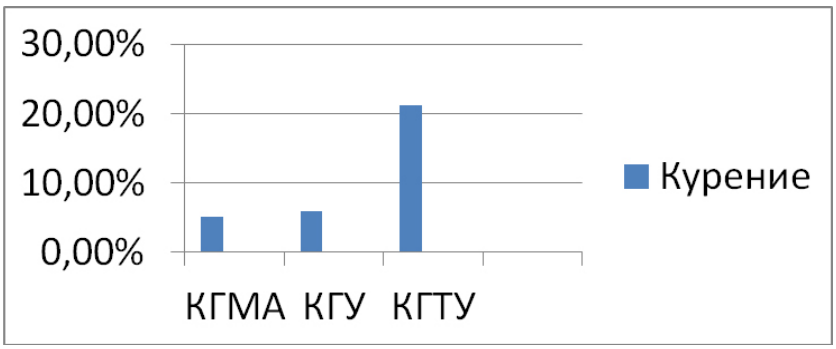


Диаграмма 4. Частота распространенности курения в зависимости от ВУЗа.

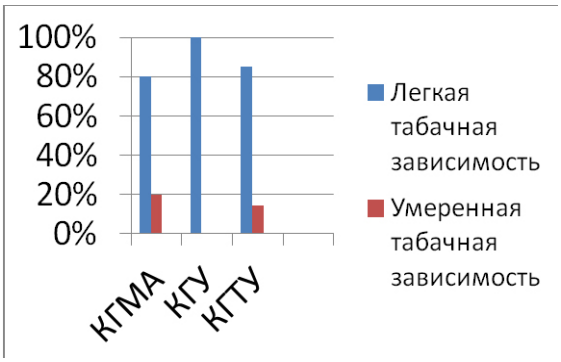


Диаграмма 5. Частота умеренной табачной зависимости в зависимости от ВУЗа.

Алкоголь употребляют больше студенты КГТУ (12,1%) (PR 0,12, ДИ 0,01-0,23), затем студенты КГМА (6,2%) (PR 0,06, ДИ 0,01-0,11), затем студенты КГУ (3,61%) (PR 0,04, ДИ 0,01-0,07), не употребляют студенты КГМА (93,8%) (PR 0,94, ДИ 0,89-0,99) и студенты КГУ (96,39%) (PR 0,96, ДИ 0,93-0,99) (диаграмма 6).

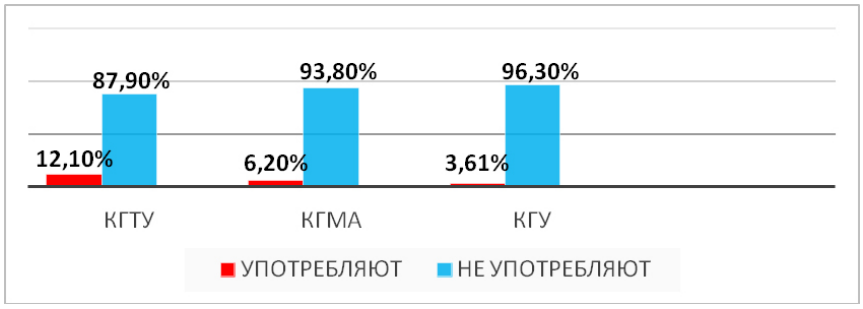


Диаграмма 6. Частота употребления алкоголя в зависимости от ВУЗа.

Частота регулярных физических упражнений (как минимум, 3 раз в неделю) в свободное время и быстрая ходьба не менее 30мин/день выявлена у студентов КГТУ (75,7%) (PR 0,76, ДИ 0,62-0,90), меньше у студентов КГУ (61,4%) (PR 0,61, ДИ 0,54-0,68) и самая меньшая у студентов КГМА (55,2%) (PR 0,55, ДИ 0,45-0,65) (диаграмма 7).

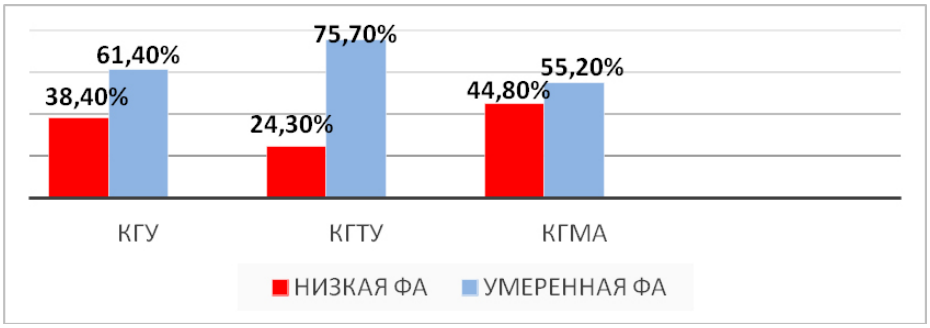


Диаграмма 7. Частота регулярных физических упражнений в зависимости от ВУЗа.

Профиль питания у студентов КГМА оказался смещен в более здоровую сторону: 89,5% (PR 0,895, ДИ 0,835-0,955) употребляют овощи и фрукты каждый день, по сравнению со студентами КГУ (36,1%) (PR 0,36, ДИ 0,29-0,43) и КГТУ (45,4%) (PR 0,45, ДИ 0,28-0,62). Студенты КГУ(63,%) (PR 0,64, ДИ 0,57-0,71) не употребляют ежедневно фрукты и овощи.

Сочетаемость ФР у студентов в зависимости от ВУЗа: в КГМА – у 35(36,4%) студентов отмечалось наличие 1 ФР, у 10 (10,4%) – 2 и более ФР. У студентов КГУ – 2 и более ФР наблюдались у 55(33,1%), у 69(41,6%) – 1 ФР. 6 студентов КГТУ имели 1 ФР (18,2%), 2 и более ФР встречались у 6 (18,2%).

Наиболее часто встречающейся комбинацией ФР являлось сочетание неправильного питания, ИзМТ и низкой ФА.

Проведенное исследование позволило установить достаточно заметную распространенность поведенческих факторов риска развития ССЗ среди студентов 3 ВУЗов города Бишкек, из них преобладают нерегулярное употребление овощей и фруктов(нуОиФ) – у 90,5%, низкая ФА — у 38,9%, затем ИзМТ и ожирение – у 12,8 %. курение – у 7,45%, употребление алкоголя – у 5,4%, САГ– у 1,6% и ДАГ – у 4,7%.

Имеются различия в зависимости от профиля ВУЗа распространенность факторов кардиоваскулярного риска: у студентов КГУ-нуОиФ (63,9%), низкая ФА (38,4%), ИМТ (13,2%), среди студентов КГТУ -нуОиФ(54,6%), низкая ФА (24,3%), курение (21,2%), ИзМТ (15,1 %), потребление алкоголя (12,1%), ДАГ (9,09%), САГ (3,03%), среди студентов КГМА - низкая ФА (44,8%), ИзМТ (11,4 %), нуОиФ(10,5%), ДАГ (8,3 %), потребление алкоголя (6,2%), курение (5,2%), САГ (2,08%), т.е. в КГМА нуОиФ не является ведущим среди ФР.

Таким образом, среди обследованного контингента, начиная со студентов младших курсов ведущими ФР ССЗ являются нуОиФ,низкая ФА, ИзМТ и ожирение.

Выводы. Популяция студентов младших курсов КГМА, КГУ и КГТУ характеризуется высокой распространенностью поведенческих и антропометрических (нуОиФ, низкая ФА, ИзМТ и ожирение) показателей ФР ССЗ.

Распределение частоты факторов риска ССЗ зависит от профиля ВУЗа: в КГМА - низкая ФА (44,8%), ИМТ (11,4 %), нуОиФ (10,5%), в КГУ - нуОиФ (63,9%), низкая ФА (38,4%), ИзМТ (13,2%), в КГТУ – нуОиФ (54,6%), низкая ФА (24,3%), курение (21,2%).

Сочетаемость ФР у студентов зависит также от профиля ВУЗа: в КГМА –у 10 (10,4%) – 2 и более ФР в КГУ у 55(33,1%),в КГТУ - у 6 (18,2%).Наиболее часто встречающейся комбинацией ФР явилось сочетание нуОиФ, ИзМТ и низкой ФА.

Студенты младших курсов ВУЗов нуждаются в знаниях по борьбе с ФР для своевременной профилактики ССЗ.

Список литературы.

1. *Всемирная Организация Здравоохранения [Электронный ресурс]/ Информационные бюллетени. Неинфекционные заболевания.- 2018.- Режим доступа: https://www.who.int/ru/news-room/fact sheets/detail/noncommunicable-diseases, свободный. – Загл. С экрана. – Яз. рус., англ.*
2. *Мазур, Н.А. Практическая кардиология [Текст] / Н.А. Мазур. – Москва: Медпрактика, 2012. – 680 с.;*
3. *Всемирная Организация Здравоохранения [Электронный ресурс]/ Информационные бюллетени. Сердечно- сосудистые заболевания. 2017.- Режим доступа: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds) ,свободный. – Загл. С экрана. – Яз. рус., англ.*
4. *Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2016;37:2315-2381.*
5. *Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P. et al. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. Circulation 2010;121:750-758 p.*
6. *Booth JN III, Levitan EB, Brown TM, et al. Effect of sustaining lifestyle modifications (nonsmoking, weight reduction, physical activity, and mediterranean diet) after healing of myocardial infarction, percutaneous intervention, or coronary bypass (from the REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke Study). Am J Cardiol 2014;113:1933-1940.*
7. *Giannuzzi P, Temporelli PL, Marchioli R, et al. GOSPEL Investigators. Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction: results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network. Arch Intern Med 2008;168:2194-2204.*
8. *Keteyian SJ, Brawner CA, Savage PD, Ehrman JK, Schairer J, Divine G, Aldred H, Ophaug K, Ades PA. Peak aerobic capacity predicts prognosis in patients with coronary heart disease. Am Heart J 2008;156:292-300 p.*
9. *2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes European Heart Journal (2020) 41, 407-477.*
10. *J.D.Finger,M.A.Busch,C.Heidemannetal.ZeitlicheTrends kardiometaboler Risikofaktorenbei Erwachsenen. Medizin , 2019.- 113- 712 p.*
11. *Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики [Электронный ресурс]/ Итоги деятельности организаций здравоохранения республики за 2017 год и задачах на 2018 год - 2018. -Режим доступа: http://*

www.old.med.kg/ru/508-itogi-deyatelnosti-organizatsij zdravookhraneniya-respubliki-za-2017-god-i-zadachakh-na-2018-god-3.html,свободный. – Загл. С экрана. – Яз. рус.
12. *Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения КР за 2014-2018 годы. МЗКР, РМИЦ, Бишкек - 2015-2019 гг.*
13. *Демографический ежегодник России.- 2010, 2017, 2019: Стат. сб./ Росстат. – М., 2010, 2017, 2019.*
14. *Мазур Н.А. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике // Приложение 2 к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», 2011. –№10 (6)*
15. *McGill HC Jr, McMahan CA, Zieske AW, et al. Association of Coronary Heart Disease Risk Factors with microscopic qualities of coronary atherosclerosis in youth. Circulation 2000; 102:374.*
16. *KhashayarP, HeshmatR, QorbaniM, et al. Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk Factors in a National Sample of Adolescent Population inьthe Middle East and North Africa: The CASPIAN III Study. Int J Endocrinol. 2013;2013:702095.5.*
17. *Martinez-Gonzalez MA, de la Fuente-Arrillaga C, Lopez-Del-Burgo C, etal. Low consumption of fruit and vegetables and risk of chronic disease: a review of the epidemiological evidence and temporal trends among Spanish graduates. -Public Health Nutr. 2011 Dec;14(12A).*
18. *Pilote L, Dasgupta K, Guru V, et al. A comprehensive view of sex-specificissues related to cardiovascular disease. CMAJ. 2007;176 (6).*
19. *Россия в цифрах. 2010: Краткий статистический сборник / Москва: Росстат, 2010. – 558 с.*
20. *Проект Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. 2011. – Режим доступа: minzdravsoc.ru/project, свободный. – Загл. С экрана. – Яз. рус., англ.*
21. *Гаврилова ЕС, Яшина ЛМ. Оценка факторов кардиоваскулярного риска и образовательные технологии их коррекции в молодежной популяции. Сибирское медицинское обозрение. 2017;(2):48-55. DOI: 10.20333/2500136-2017-2-48-55].*
22. *А.А. Толебаева. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и проблемы их профилактики у лиц молодого возраста (Обзор литературы). / Р.К. Урумбаев, И.С. Сабиров //Вестник КРСУ. 2018.- Том 18. -№ 2.- С.148-152.*
23. *Linda Van Horn, Hongyan Ning, Lyn Steffen, David Jacobs, James Shikany, Michael Miedema. Dietary Factors Associated with Cardiovascular Outcomes: 25 Year Findings from the Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. Circulation, 2017. - 135p.*
24. *Кочергина А.М. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у студентов медицинского университета (Исследование в рамках международного проекта «МММ17»). /Леонова В.О., Рубаненко О.А., Рубаненко А.О., Окунев И.М., Килина И.Р., Клещеногов А.С. //Медицина в Кузбассе. 2018 - Т. 17. - № 1.- С.39-43.*
25. *Атаканова А.Н. Распространенность факторов риска здоровья среди студентов КГМА, КРСУ / Неронова К.В., Керимкулова А.С., Миррахимов Э.М.// Вестник КГМА - 2014. - №4. -С.50-54.*

УДК: 616.12-008.1

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙМЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМЕНИ И.К. АХУНБАЕВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПОСТОЯННОГО ПРОЖИВАНИЯ

Омурзакова У.К., Мохаммад Ш.М.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведена оценка распространенности факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний и их распространенность среди студентов Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева. Выявлены особенности распространения ФР в зависимости от места постоянного проживания: у граждан Кыргызстана –низкая физическая активность, высокое психоэмоциональное напряжение, нерациональное питание, употребление алкоголя, у иностранных граждан-употребление соленой пищи, курение, избыточная масса тела, артериальная гипертензия.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, студенты, граждане Кыргызстана, иностранные граждане.

И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯНЫН СТУДЕНТТЕРИНИН ТУРУКТУУ ЖАШАГАН ЖЕРИНЕ КАРАТА, ДЕН-СООЛУКТАРЫ ҮЧҮН КОРКУНУЧ АЛЫП КЕЛҮҮЧҮ НЕГИЗГИ ФАКТОРЛОРУНУН ТАРАЛЫШЫ

Омурзакова У.К., Мохаммад Ш.М.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык академиясы
Ички оорулар пропедевтика кафедрасы эндокринология курсу менен,
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Корутунду: И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык академиясынын студенттеринин арасында туруктуу жашаган жерине карата жүрөк-кан тамыр ооруларынын кооптуу факторлору жана алардын таралышы аныкталды. Туруктуу жашаган жерине карата кооптуу факторлордун таралышынын өзгөчөлүктөрү: Кыргызстан жарандарында – аз кыймылдуулук,туура эмес тамактануу, жогорку психо-эмоционалдык чыңалуу жана ичимдик ичүү, чет өлкө жарандарында – туздуу тамактарды ашыкча пайдалануу, тамеки чегүү, дененин ашыкча салмактуулугу жана кан басымдын жогоруулугу көп экендиги аныкталды.
Негизги сөздөр: жүрөк-кан тамыр оорулары, кооптуу факторлор, студенттер, Кыргызстан жарандары, чет өлкө жарандары.

THE PREVALENCE OF HEALTH RISK FACTORS AMONG STUDENTS KSMA NAMED AFTER I.K. AHUNBAEV DEPENDING ON THE PLACE OF PERMANENT RESIDENCE

Omurzakova U.K., Maryam Mohammad Shafik
I.K. Akhunbaev Kyrgys State Medical Academy
Department Propaedeutic of Internal diseases with course of Endocrinology,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The main risk factors for the development of cardiovascular disease and their prevalence in between students of I.K.Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy. The factors are varying according to theirpermanent residence: citizens of Kyrgyzstan – physical inactivity, high psycho-emotional stress, poor nutrition and drink alcohol, foreign citizens – the use of salty foods, smoking, overweightand increase blood pressure.
Key words: cardiovascular diseases, risk factors, students, citizens of Kyrgyzstan, foreign citizens.

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в 2016 году от ССЗ умерло 17,9 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире (ВОЗ, 2017). ССЗ в Кыргызской Республике (КР) в 2018 году явились причиной 16805 смерти или 51% всех летальных случаев [1].
Впервые в 1961году во Фрамингемском исследовании введен в употребление термина «фактор риска» (ФР), и в последующие годы определили ФР развития ССЗ как: курение ассоциируется с риском развития ишемической болезни сердца (ИБС), ожирение ассоциируется с риском развития ИБС, артериальная гипертензия (АГ) повышает риск развития инсульта, сахарный диабет ассоциируется с риском развития ИБС [2]. Проектом ВОЗ MONICA [3], исследование INTERHEART [4] подробно изучены ФР развития ССЗ. Значительная доля ССЗ предотвратима за счет уменьшения воздействия поведенческих ФР (употребление табака, нездоровое питание, отсутствие физической активности и вредное употребление алкоголя) [5].
За последние годы значительно выросла заболеваемость и смертность от ССЗ у лиц молодого и трудоспособного возраста. В Российской Федерации с 1990года по 2010год увеличилась смертность от ССЗ в 2,6 раза среди лиц в возрасте 20–29 лет [6]. В КР за 2015г смертность от ССЗ в трудоспособном возрасте составил 22% от общей смертности [7].
Результаты исследования ФР среди студентов университетов в государствах-членах Ассоциации государств Юго-Восточной Азии показали, что в девяти странах среди мужчин и женщин 27,5% и 16,9% имели избыточный вес или ожирение, 39,0% и 53,0% - низкую физическую активность, 6,9% и 2,5%

- курили, 10,1% и 4,2% - употребляют алкоголь, что говорит о высокой распространенности поведенческих ФР ССЗ [8].

В перекрестном описательном исследовании, проведенном среди студентов Университета Киквит в Демократической Республике Конго, оценили распространенность и распределение по признаку пола некоторых модифицируемых ФР ССЗ. По сравнению с женщинами у мужчин была более высокая распространенность АГ (9,9 против 3,7%; p = 0,002), потребления табака (10,7 против 3,7%; p = 0,001) и потребления алкоголя (58,4 против 44,4%; p <0,001).). Напротив, абдоминальное ожирение преобладало у женщин, чем у мужчин (23,1 против 2,7%; p <0,001) [9].

Высокая распространенность ФР ССЗ чаще у мужчин, чем у женщин выявлена в исследованиях среди студентов Вроцлавского медицинского университета (Польша), где 27,5% мужчин и 7,1% женщин имели избыточный вес, артериальную гипертензию - 27,2% мужчин и 7,8% женщин, низкую физическую активность-41,9% женщин и 31,9% мужчин, курили - 22,1% мужчин и 10% женщин [10].

В перекрестном исследовании, проведенной в Индии, методом простой случайной выборки студентов медиков в возрасте от 18 до 26 лет было установлено, что распространенность случаев риска ССЗ составляет 12,4% (25/202), причем 12,8% (11/86) мужчины и 12,1% (14/116) женщины [11].

Популяционными перекрестными исследованиями выявлено, что в Яунде, Камеруни 51,2% студентов имели низкий риск, 43,7% имели умеренный риск и 5,1% имели высокий риск развития ССЗ [12].

Результаты исследования STEPS инструмента ВОЗ по эпидемиологическому надзору ФР развития неинфекционных заболеваний (НИЗ), проведенной в Кыргызстане показали, что 94,2% обследованных в возрасте 24-64года имели ФР ССЗ [13].

Исследование распространенности ФР здоровья среди студентов КГМА и КРСУ показало, что студенты медицинских кыргызских вузов, практикуют нездоровый образ жизни. ФР возникновения заболеваний было больше среди мужчин чем у женщин [14].

Таким образом, все эти исследования показывают, что ФР развития ССЗ имеют большую распространенность у лиц молодого возраста. Высокие показатели заболеваемости и смертности от ССЗ в молодом возрасте требуют выявления и изучения ФР ССЗ в этой возрастной категории людей, так как своевременное выявление и профилактика замедляет процессы атерогенеза и развитие ССЗ в более зрелом возрасте.

Цель: провести оценку распространенности факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у студентов Кыргызской Государственной Медицинской Академии (КГМА) имени И. К. Ахунбаева в зависимости от места постоянного проживания.

Материалы и методы. Проведено анонимное опрос-анкетирование студентов 3-4 курсов, обучающихся в КГМА им.И.К.Ахунбаева на русском/кыргызском и английском языках, средний возраст – 21,6±0,2 лет. Были сформированы 2 группы: студенты - граждане Кыргызстана (1 группа) и иностранные граждане (2 группа), выборка по каждой составляла по 100 человек, период обследования с 20.09.19года по 30.11.19год. Анкета разработана сотрудниками Республиканского кардиологического центра, Министерства Здравоохранения Республики Башкортостан [15] и использована в обновленном нами порядке. Каждый студент индивидуально отвечал на вопросы анкеты в письменной форме. Анкета включала в себя показатели поведенческих ФР: вредные привычки (курение, алкоголь), физическую активность, рациональность питания, употребление соленой пищи, подверженность к стрессам. Регулярность физической активности определяли по следующим критериям: регулярное посещение спортивных учреждений, ежедневная гимнастика, отсутствие физической активности. За гиподинамию принято считать нерегулярное или отсутствие ежедневной гимнастики. Потребление алкоголя и курения, подверженность к стрессам оценивались ответом «да» или «нет» [15]. Рациональность питания оценивались по критериям ВОЗ (ежедневное употребление овощей и фруктов (не менее 400гр), мяса, рыбы, кисломолочные продукты, крупы, мучные изделия и ограничение соли)[16, 17], оценивался перечислением продуктов, которое употребляется за сутки. Антропометрические ФР включали в себя: возраст, рост, вес, ИМТ, артериальное давление (АД). Интерпретация антропометрических данных осуществлялась с использованием индекса Кетле, определяемого по формуле: индекс массы тела (ИМТ)=масса (кг)/рост ($м^2$), а полученный результат интерпретировали общепринятым методом согласно классификации ИМТ и ожирения. При норме 18-24,9 кг/м2, избыточная масса тела – 25-29,9кг/м2, ожирение I степени – 30-34,9кг/м2 [18]. АД определяли по методу Н.С. Короткова (офисное измерение) на правой руке в положении сидя в удобной позе. Степень АГ оценивали согласно критериям Европейского Общества

Гипертонии/Европейского Общества Кардиологов, где высокое нормальное – систолическое АД (САД) 130–139 мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) 85–89мм рт.ст., АГ 1 степени – САД 140–159мм рт.ст., ДАД 90–99мм рт.ст., АГ II степени – САД 160–179мм рт.ст., ДАД 100–109мм рт.ст. [19].

Критерии включения: согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: наличие в анамнезе заболеваний сердца, врожденные пороки сердца, наличие группы инвалидности.

Статистическая обработка проведена методом вычисления: M±m и p по критерию Стьюдента (достоверной считалась значимость p<0,05), расчетом коэффициента распространенности (PR) и доверительного интервала (ДИ с 95%).

Результаты. Выявлены некоторые особенности в распространенности основных ФР развития ССЗ среди студентов в зависимости от места постоянного проживания.

Подверженность к стрессам выше в 1 группе-85% (PR 0,83, ДИ 0,76-0,90), чем во 2 группе - 76% (PR 0,76, ДИ 0,68-0,84). Соленую пищу употребляют больше студенты 2 группы - 64% (PR 0,72, ДИ 0,63-0,81), чем студенты 1 группы - 48% (PR 0,49, ДИ 0,39-0,59). Возможно, этим объясняется и большая частота АГ во 2 группе - 8% (PR 0,08, ДИ 0,03-0,13), чем в 1 группе – 2% (PR 0,02, ДИ 0-0,04), соответственно средние показатели САД в 1 группе оказались меньше (САД-111,5±1,4мм рт.ст.), чем во 2 группе (САД -118,9±1,2мм рт.ст.) (p_{1-2}>0,05). При оценке регулярности физической активности выявлено, что большая часть студентов в обеих группах не занимаются регулярной физической активностью: 1 группа – 53% (PR 0,50, ДИ 0,40-0,60), 2 группа – 47% (PR 0,48, ДИ 0,38-0,58). Сравнение нерациональности в питании выявило, что этот принцип имеет незначительные различия, частота ее 32% (PR 0,29, ДИ 0,20-0,38) в 1 группе, 28% (PR 0,19, ДИ 0,12-0,26) во 2 группе. Но число курящих студентов оказалось 2 раза больше во 2 группе - 23% (PR 0,13, ДИ 0,07-0,19), чем в 1 группе - 11% (PR 0,11, ДИ 0,05-0,17). Частота ИМТ также выше во 2 группе -18% (PR 0,25, ДИ 0,17-0,33) и ожирение 1 степени -2% (PR 0,02, ДИ 0,01-0,05), чем в 1 группе, где ИМТ составил 8% (PR 0,1, ДИ 0,04-0,16) и ожирение 1степени 1% (PR 0,01, ДИ 0,01-0,03) соответственно, но средние значения ИМТ были в пределах нормы: 21,3±0.3кг/м^2, 23,0±0,3кг/м^2 (p_{1-2}>0,05). Эпизоды употребления алкоголя примерно одинаковые в обеих группах: 20% (PR 0,20, ДИ 0,12-0,28) в 1 группе, во 2 группе - 18% (PR 0,19, ДИ 0,12-0,26) (таблица 1).

Таблица 1. Частота распространенности ФР развития ССЗ в зависимости от места постоянного проживания.

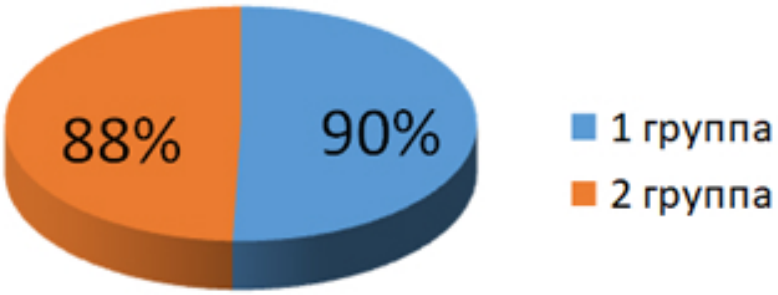
Критерии	Студенты граждане КР, n (%)	Студенты иностранных граждан, n (%)
Всего	100	100
Средний возраст	20,6±0,1	22,6±0,3
ИМТ, кг/м^2 >25<30		
	8 (8) PR 0,1, ДИ 0,04-0,16 при 95%	18 (18) PR 0,25, ДИ 0,17-0,33
Свыше 30	1 (1) PR 0,01, ДИ 0,01-0,03	2 (2) PR 0,02, ДИ 0,01-0,05
САД, мм.рт.ст.		
От 140 до 159	1 (1) PR 0,01, ДИ 0,01-0,03	7 (7) PR 0,01, ДИ 0,01-0,03
От 160 до 179	1 (1) PR 0,03, ДИ 0-0,06	1 (1) PR 0,76, ДИ 0,68-0,84
Курение: есть	11 (11) PR 0,11, ДИ 0,05-0,17	23 (23) PR 0,13, ДИ 0,07-0,19

Стресс: есть	85 (85) PR 0,83, ДИ 0,76-0,90	76 (76) PR 0,76. ДИ 0,68-0,84
Употребление соленой пищи: да	48 (48) PR 0,49, ДИ 0,39-0,59	64 (64) PR 0,72, ДИ 0,63-0,81
Регулярность физической активности: нет	53 (53) PR 0,50, ДИ 0,40-0,60	47 (47) PR 0,48, ДИ 0,38-0,58
Алкоголь: есть	20 (20) PR 0,20, ДИ 0,12-0,28	18 (18) PR 0,19, ДИ 0,12-0,26

Таким образом, у студентов граждан КР ведущими ФР является подверженность к стрессам (85%), низкая физическая активность (53%), нерациональное питание (32%), а у студентов иностранных граждан – употребление соленой пищи (56%), курение (23%) и ИМТ (18%).

Сочетаемость 2 и более ФР в зависимости от места постоянного проживания примерно одинаковая: у граждан КР -90% (PR 0,9, ДИ 0,84-0,96), у иностранных граждан - 88% (PR 0,88, ДИ 0,82-0,94), то есть сочетаемость ФР не зависит от места постоянного проживания (диаграмма 1). Часто встречающейся комбинацией ФР оказались: подверженность к стрессам, низкая физическая активность, нерациональное питание, курение и употребление соленой пищи.

Диаграмма 1. Частота сочетаемости (%) 2 и более ФР в зависимости от места постоянного проживания.



Выводы: Таким образом, результаты проведенного исследования указывают на особенности распространенности основных ФР развития ССЗ среди студентов КГМА в зависимости от места постоянного проживания. У студентов граждан КР больше встречаются поведенческие факторы риска (подверженность к стрессам, низкая физическая активность, нерациональное питание), а у студентов иностранных граждан больше антропометрические ФР (ИМТ, АГ, употребление соленой пищей, курение).

Выявленные данные обуславливают необходимость информирования студентов о ФР развития ССЗ, с последующей их профилактикой, независимо от места постоянного проживания. Студентам гражданам КР следует обратить внимание на активный образ жизни, избегать стрессовых ситуаций и включить в свой рацион больше фруктов и овощей, а студентам иностранным гражданам следует ограничить употребление соли, исключить вредные привычки.

Литература.

1. *Национальный статистический комитет Кыргызской Республики.- Бишкек.-2019*
2. *The Framingham Study: a perspective study of coronary heart disease / [A.Kagan et al.] // A Federation Proceedings. – 1962. – Vol.21. – P.52-57.*
3. *Diagnostic criteria and quality control of the registration of stroke events in the MONICA Project / [K. Asplund et al.] // Acta Med Scand Suppl. - 1988. - Vol. 728. - P. 26-39.*
4. *INTER-HEART: a study of risk factors for first myocardial infarction in 52 countries and over 27,000 subjects / [S.Yusuf et al.] // Lancet. – 2004. - Vol.364. – P. 52-937.*
5. *Puska P. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними / Sh.Mendis, P.Puska, B.Norrving // Всемирная организация здравоохранения. – 2013. - Женева, - 2013.*
6. *Статистический сборник “Демографический ежегодник России”. М.: Росстат, 2007. - С. 551.*

7. *Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2015 году. — Республиканский медико-информационный центр МЗ КР.- Бишкек. -2016.*
8. *Prevalence, risk awareness and health beliefs of behavioural risk factors forcardiovascular disease among university students in nine ASEAN countries / [K. Peltzer et al.] // BMC Public Health. – 2018. – Vol.18.*
9. *Prevalence and Sex-Specific Distribution of Cardiovascular Risk Factors in University Students in an Urban-Rural Environment of the Democratic Republic of the Congo / [FI.N. Mbutiwi et al.] // J Community Health. – 2018. – Vol.43. – P.761-767.*
10. *Prevalence of cardiovascular disease risk factors among pharmacy students from Wroclaw Medical University (Poland) / [R. Ilow et.al] // Adv Clin Exp Med. – 2017. – Vol.26. – P. 843-850.*
11. *Alarming rise in the Prevalence of cardiovascular risk events among the students of medical profession in India /[V. Hans et al] // Indian Heart J. – 2017. -Vol.69. - P. 526-527.*
12. *Assessing the global risk of cardiovascular disease among a group of university students: population-based cross-sectional study in Yaoundé, Cameroon / [J.R. Nansseu et al.] // BMJ. – 2019. – Vol.9.*
13. *Батыралиев Т.А. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике (исследование STEPS) / Т.А.Батыралиев, С.А. Махмутходжаев, Р.Б.Кыдыралиева // Кардиология. – 2016 . - №11 . - С. 86-90.*
14. *Атаканова А.Н. Распространенность факторов риска здоровья среди студентов КГМА, КРСУ / А.Н. Атаканова, Неронова К.В., Керимкулова А.С., Миррахимов Э.М.// Вестник КГМА. – 2014. - №4. –С.50-54.*
15. *Анкета по раннему выявлению факторов риска [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://rkdb.ru/wp-content/uploads/2014/08/%D0%90%D0%BD%D0%BA%D0%B5%D1%82%D0%B0.pdf.*
16. *Всемирная организация здравоохранения. Проект комплексной глобальной системы мониторинга, включая показатели и комплекс добровольных глобальных целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. – Женева. - 2012.*
17. *Протокол и практическое руководство. Общенациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI). - ЕВБ. ВОЗ (Копенгаген). - 1996.*
18. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization. - 2000. - P.9.*
19. *Рекомендации по лечению артериальной гипертонии ESH/ESC 2013 / Российский кардиологический журнал. – 2014. - №1(105). –С. 7-94.*

УДК 616.12-006.325.04-07

МИКСОМА ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В.И. Принц, Т.М. Ибрагимова
Национальный Центр Кардиологии и Терапии им. М.М. Миррахимова,
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. К редким заболеваниям сердечно-сосудистой системы относятся опухоли сердца. Ярким представителем доброкачественных новообразований сердца является миксома - первичная внутриполостная опухоль. В статье описывается клинический случай обнаружения миксомы правого предсердия с помощью эхокардиографического исследования.
Ключевые слова: миксома, правое предсердие, опухоли сердца.

ОҢ ДҮЛӨЙЧӨ МИКСОМАСЫ: КЛИНИКАЛЫК ОКУЯ

В.И. Принц, Т.М. Ибрагимова
М.М. Миррахимов атындагы Улуттук Кардиология жана Терапия Борбору,
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
(ректору – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.)
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Жүрөк кан тамырларынын сейрек кездешүүчү оорусу жүрөк шишиги болуп эсептелинет. Эң белгилүү жүрөктүн залалдуу шишигинин өкүлү миксома - биринчи көңдой ичиндеги шишик. Макалада баяндалган клиникалык окуя оң дүлөйчөнүн миксомасы ЭхоКГ изилдөөсү жардамы менен аныкталган.
Негизги сөздөр: жүрөк шишиги, миксома, оң дүлөйчө.

RIGHT ATRIUM MYXOMA: CLINICAL CASE

V.I. Prints, T.M. Ibragimova
M.M. Mirrakhimov National Center of Cardiology and Internal Medicine
I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
(Rector D.M., PROFESSOR, Kudaibergenova I.O.)
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. Heart tumors relate to rare diseases of cardiovascular system. Cardiac myxoma is a bright representative of heart's benign tumor - is a primary intracavitary tumor. In this article described a clinical case of right atrium myxoma which is diagnosed by echocardiography.
Key words: myxoma, heart tumor, right atrium.

Введение. Опухоли сердца – редкие заболевания с полиморфной клинической картиной. Редкое развитие опухолей сердца объясняется особенностями метаболизма миокарда, кровотоком внутри сердца и ограниченностью лимфооттока. Первое упоминание об опухоли сердца относится к 1559 г., когда M.R. Columbus при патологоанатомическом исследовании выявил новообразование в левом желудочке. Миксома является первичной внутриполостной гистологически доброкачественной опухолью. Однако при нераспознанном диагнозе может наблюдаться клинически злокачественное и даже фатальное ее течение [1, 2].

Согласно исследованиям Бокерия Л.А., Малашенко А.И. [3], миксомы составляют 50% от числа всех доброкачественных опухолей сердца, остальные представлены липомами, фибромами, гемангиомами, папиллярными фиброэластомами, рабдомиомами.

Миксомы наиболее часто локализуются в полости левого (75%) или правого (15-25%) предсердия [1], крайне редко — в желудочках сердца. Они встречаются у пациентов любого возраста, но наиболее часто в возрасте 30–60 лет. При этом частота встречаемости у женщин, согласно литературным данным, составляет 67%, в то время как у мужчин - 33% [2].

Этиология миксомы неясна. Предполагают, что клетки опухоли развиваются из эмбриональной мукоидной ткани или эндотелия с последующей миксоматозной дегенерацией. Миксома — солитарное, реже множественное новообразование округлой или овальной формы, не распространяющееся далее субэндокардиальных слоев сердца. Макроскопически различают две разновидности опухоли: полупрозрачная, бесцветная желатинозная по консистенции, фиксированная к стенке сердца более или менее широким основанием, или округлая плотная масса, свисающая на ножке (80%). Внешний вид миксомы напоминает полип или виноградную гроздь. Размеры варьируют от 1 до 15 см, в среднем составляя 5-6 см. Масса резецированных миксом по литературным данным составляет от 7 до 120 г. При этом самые большие опухоли обычно обнаруживают в правом предсердии (ПП) [4].

Выделяют следующие основные клинические симптомы, на основании которых можно заподозрить или диагностировать миксому сердца:

- внезапное появление клинических признаков порока сердца (шумов) у больного без ревматического анамнеза, которые изменяются при перемене положения тела (вследствие смещения опухоли относительно клапана);
- быстрое развитие сердечно-сосудистой недостаточности без видимых причин, резистентной к терапии;
- небольшая длительность заболевания по сравнению с ревматическими пороками сердца, прогрессирующее течение и неожиданные «ремиссии»;
- возникновение эмболий периферических сосудов или сосудов легких на фоне синусового ритма, особенно у людей молодого возраста;

- одышка или кратковременная потеря сознания, артериальная гипотензия, тахикардия, появляющаяся внезапно без видимых причин (возникают при обтурации миксомой клапанных отверстий);
- течение заболевания под маской инфекционного эндокардита: необъяснимая лихорадка, анемия, повышение СОЭ, несмотря на лечение антибиотиками.

Миксомы ПП обычно симулируют клинику порока трехстворчатого клапана. Учитывая исключительную редкость изолированных пороков трехстворчатого клапана, их констатация всегда должна наводить мысль врача на возможность миксомы. Нередко при миксоме ПП выслушивается широкое расщепление I тона. Его объясняют как более ранним закрытием трехстворчатого клапана из-за укорочения систолы правого желудочка (ПЖ), так и натяжением ножки опухоли при её обратном движении из полости желудочка в предсердие в начале систолы [5].

Изменения ЭКГ развиваются у 20–40% больных, носят неспецифический характер и включают фибрилляцию или трепетание предсердий, а также блокаду левой ножки пучка Гиса. Степень выраженности изменений зависит от величины стеноза, обусловленного опухолью. При миксомах предсердий отмечаются признаки гипертрофии предсердий, реже желудочков.

Метод ЭХОКГ позволяет верифицировать диагноз. Опухоль предсердия вызывает появление «облачка» эхо-сигнала между створками клапана в диастолу желудочков, в систолу он виден в полости предсердия. При линейном сканировании на протяжении сердечного цикла можно проследить движение «облачка» из предсердия в желудочек и обратно [6]. Опухоль искажает характер кривой движения передней створки клапана, вызывая деформацию диастолического движения, и приводит к смещению этой створки к межжелудочковой перегородке.

Представляем вашему вниманию клиническое наблюдение.

Больной И., 1961 г.р., поступил в отедление нарушений ритма сердца НЦКиТ с жалобами на одышку, жгучие боли за грудиной при физической нагрузке, проходящие самостоятельно в покое или после приема 1 таблетки НТГ под язык, перебои в работе сердца, приступы учащенного сердцебиения, потливость. Из анамнеза выяснено, что перебои в работе сердца и приступы учащенного сердцебиения наблюдались у пациента с 2001г; на ЭКГ во время приступа зафиксирована пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. В 2016г. проходил КАГ-исследование, где не было выявлено патологии в структуре коронарных артерий.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Над легкими дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС-130 уд. в мин. АД–120/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень: края острые, консистенция плотная. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по 12 ребру отрицательный.

В анализах крови: Ht-45,8%, Нв–156 г/л, ЦП -0,96, Эр-5,0 х 10^{12}/л, Тромб-184 х 10^{9}/л, Лейк-6,07 х10^{9}/л, с/я-8,7%, баз.-0,8%, эоз.–4,8%, лимф.–38,8, мон.–6,9%, СОЭ-4 мм/ч. Сахар сыворотки крови - 6,1ммоль/л, в динамике сахар в 07:00-6,3 ммоль/л и в 10:00-5,5 ммоль/л (нарушенная гликемия натощак).

Креатинин - 90 мкмоль/л, АЛТ–32 U/L, АСТ–21 U/L, Холестерин - 4,8 ммоль/л, Триглицериды - 1,08 ммоль/л, ЛПВП - 1,31 ммоль/л, ЛПНП - 3,0 ммоль/л. МНО - 1,16. ТТГ-3,1 мклЕ/л. Т4-12,9 пмоль/л.

На ЭКГ (см. Рис. 1) при поступлении: мерцание предсердий, тахисистолическая форма, ЧСС-140 уд в минуту. Нормальное положение ЭОС.

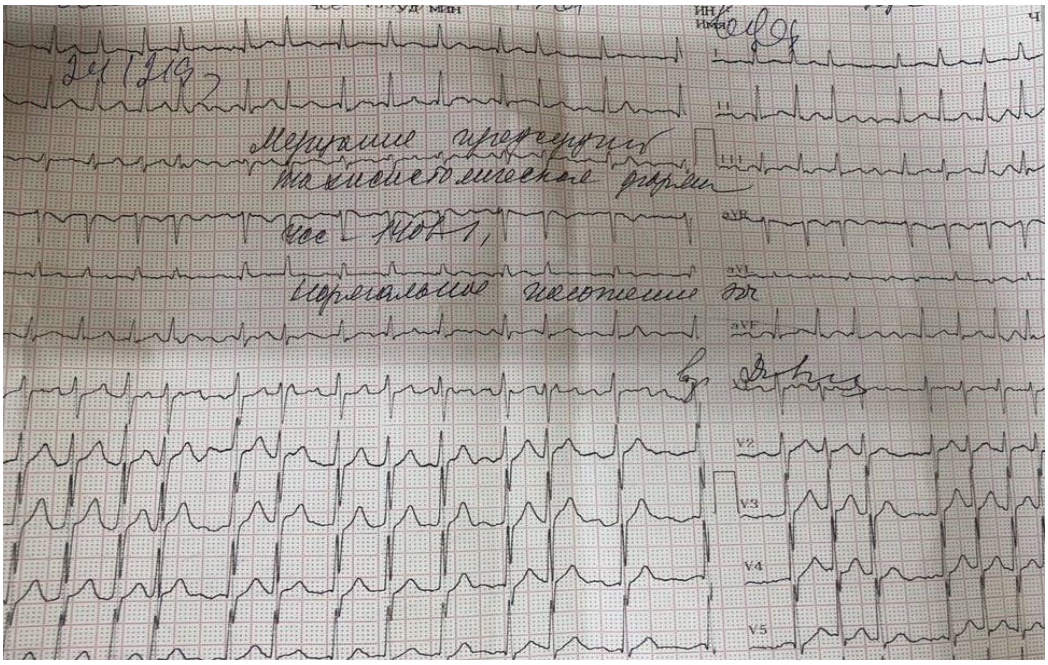


Рис. 1. ЭКГ при поступлении.

По данным Эхо-КГ: Аорта уплотнена, d-3,8 см у синусов Вальсальвы, d-3,9 см в восходящем отделе. АК- не изменен, раскрытие-2,0 см, регургитации нет. МК- не изменен. ТК- не изменен, у основания септальной створки со стороны предсердия определяется подвижное образование на ножке размером 1,5 х 1,4 мм (миксома?). Градиент давления-34 мм.рт.ст, степень регургитации – минимальная, легочная артерия – не расширена, d-2,0 см. Сист. ЛАД–39 мм.рт.ст. Сред. ЛАД-19 мм.рт.ст. ЛП–4,3 см. Индекс объема ЛП-36 мл/м2. КДР ЛЖ-5,0 см. КСР–3,5 см. КДО-124мл. КСО-53 мл. ФВ–57%. ТЗСЛЖ-0,9 см. ТМЖП–1,0 см. ПЖ-2,8 см, TAPSE-1,8 см, ПСПЖ-0,4 см. МПП и МЖП-данных за наличие сброса крови нет. Диастолическая функция ЛЖ: E/A-1,1, TRV-2,9 см/сек, E/med-4,6 см/сек, E/lat-8,4 см/сек (нарушена). *Заключение:* Атеросклероз аорты. Дилатация ЛП. Нарушений локальной и глобальной сократимости ЛЖ и ПЖ не выявлено. Диастолическая дисфункция ЛЖ. Образование в правом предсердии (миксома?).

Для уточнения диагноза было проведено чрезпищеводное ЭхоКГ (рис.2), где выявлено, что ТК не изменен, у основания септальной створки (в перимембранозной части МЖП) со стороны предсердия определяется подвижное образование округлой формы на ножке размером 1,5 х 1,4 см (миксома).

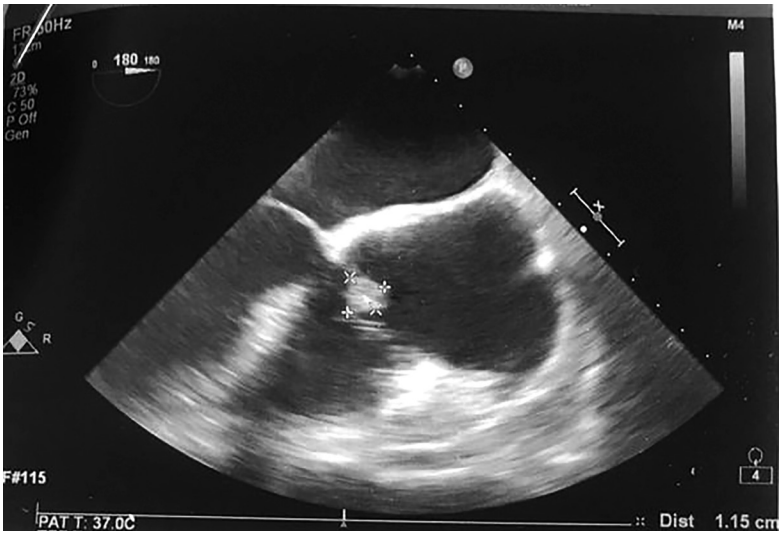


Рис. 2. Данные чрезпищеводного ЭХОКГ, подтверждающие признаки миксомы правого предсердия.

Больной был осмотрен кардиохирургом, рекомендовавшим пациенту проведение оперативного лечения.

Заключение

Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует редко встречающуюся патологию – миксому предсердия. При этом, в нашем случае опухоль локализовалась в полости правого предсердия, что встречается значительно реже, чем миксомы левого предсердия [1].

Как указывалось выше, у женщин миксомы встречаются в 3 раза чаще, чем у мужчин что делает этот клинический случай еще более показательным.

Особую исключительность данного случая составляет то, что нарушения ритма сердца чаще наблюдаются при развитии опухоли в левом предсердии (согласно E. Cerè с соавт. (2002) писал о миксоме левого предсердия с сопутствующей пароксизмальной или постоянной фибрилляцией предсердий), в нашем же случае нарушения ритма сердца возникли при локалзации миксомы в правом предсердии,что делает этот случай уникальным.

Также данный случай подчеркивает высокую информативность ЭхоКГ, а особенно чрезпищеводного ЭхоКГ в диагностике опухолевых образований сердца. Этот метод позволяет визуализировать все отделы сердца и оценить гемодинамичские нарушения, вызываемые миксомами.

Литература

1. *Кнышов Г.В., Витовский Р.М., Захарова В.П. Опухоли сердца, проблемы диагностики и хирургического лечения. Киев, 2005. - 256 с.*
2. *Мухин Н.А.,Моисеев С.В., Фомин В.В. Опухоли сердца / Болезни сердца: Руководство для врачей; под ред. Р.Г. Огановой, И.Г. Фоминой – М.: Литтерра, 2006. – С. 1106- 1115.*
3. *Бокерия Л.А., Малашенко А.И., Скопин И.И. и соавт. Хирургическое лечение приобретённых пороков и опухолей сердца у пациентов пожилого возраста // Сердечно-сосудистые заболевания. – Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Т. 8. № 3 – Москва. – 2007. – С. 25.*
4. *Захарова В. П. Миксомы сердца. Издательство:Книга плюс Год: 2003.*
5. *Петровский Б.В., Константинов Б.А., Нечаенко М.А. Первичные опухоли сердца. М.: Медицина, 1997. – 152 с.*
6. *Шиллер Н., Осипов М. А. Клиническая эхокардиография. – М.: Практика; 2005. – 344 с.*

УДК 616.36-008.5

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ (АДЕНОМА ГИПОФИЗА И ИЗМЕНЕНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА)

Сагымбаева Т.А., Кулданова К.Н., науч. руководители – д.м.н., проф. Молдобаева М.С., Красницкая М.В.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
(Ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И. О.),
Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Цель исследования. Описание клинического случая направлено на обращение внимание врачей на обязательное выявление причин изменений нервно-психического статуса на ранних стадиях заболевания. **Материалы и методы.** В исследовании использовались описательный и наблюдательный методы, метод описания одного клинического случая с клиническими и лабораторно-инструментальными показателями, метод опроса в виде тестирования. **Заключение.** Трудность диагностики заболевания (аденома гипофиза) на ранних стадиях с дальнейшим ростом, через 4 года после появления признаков тревожно-депрессивного синдрома она уже проявила активность в виде гиперпролактинемии, но, несмотря на это фокуса на выявление причины гиперпролактинемии своевременно у врача-психотерапевта не было. Микроаденома гипофиза была обнаружена лишь через 7 лет от момента обращения.

Ключевые слова: гиперпролактинемия, аденома гипофиза, нервно-психический статус, трудности диагностики.

КЛИНИКАЛЫК УЧУРДА ҮЛГҮ ДИАГНОСТИКАЛЫК КЫЙЫНЧЫЛЫКТАР

Сагымбаева Т.А., Кулданова К.Н., Молдобаева М.С., Красницкая М.В.
Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы, Эндокринология курсу менен ички оорулардын пропедевтика кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Изилдөөнүн максаты. биздин клиникалык окуянын баяндообуздун максаты - нервдик – психикалык өзгөрүүлөрдүн себептерин, оруунун башкы стадияларында табуунун маанисине даарыгерлердин көңүлүн буруу болгон. **Материалдар жана методдор.** (сүрөттөмө жана байкоо методдору, ыкма сүрөттөлүшүн бир клиникалык учур менен клиникалык протоколго жана лабораториялык-инструменталдык көрсөткүчтөрү, суроо түрүндө тестирлөө методу. **Көрүтүндү.** Оруунун (ГА) эрте стадиясында жана анын аркы өсүшүндө дарт табуунун оордугунун себеби: тынчсыздануу- депрессивдик синдромдун белгилеринин пайда болгону соң 4 жылдан кийин, ал гиперпролактинемия түрүндө активдүүлүгүн көргөзгөн, бирок ага карабастан, гипрепролактинемиянын себептерин табууга психотерапевт көңүл бурган эмес. Гипофиздин микроаденомасы биринчи кайрылуудан сон 7 жылдан кийин гана табылган.
Негизги сөздөр: гиперпролактинемия, аденома гипофиза, нерв-психикалык статусу, дарттын оордугу

DIFFICULTIES OF DIAGNOSING OF CLINICAL CASE (PITUITARY ADENOMA AND CHANGES IN NEUROPSYCHIC STATUS)

Sagymbaeva T.A., Kuldanova K.N., Moldobaeva M.S., Krasnisckaya M.V.
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,
Department of propaedeutics of internal diseases with the course of endocrinology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Purpose of the study. The purpose of our description of a clinical case is to draw the attention of physicians to the mandatory identification of the causes of changes in neuropsychic status in the early stages of the disease. **Materials and methods.** Descriptive and observational methods, a method for describing one clinical case with clinical and laboratory-instrumental indicators, a survey method in the form of testing. **Conclusion**. Difficulty in diagnosing the disease (pituitary adenoma) in the early stages with further growth, 4 years after the onset of signs of anxiety-depressive syndrome, it already showed activity in the form of hyperprolactinemia, but despite this, the psychotherapist did not have a focus on identifying the cause of hyperprolactinemia. The pituitary microadenoma was detected only 7 years after treatment.
Key words: hyperprolactinemia, pituitry adenoma, neuropsychic status, diagnosis difficulties.

Актуальность. На данный момент в мире аденомы гипофиза занимают 3 место по распространенности среди опухолей ЦНС. Аденомы гипофиза наиболее часто встречающиеся опухоли хиазмально-селлярной области, по данным различных авторов составляющие от 7 до 18% всех новообразований головного мозга[1].

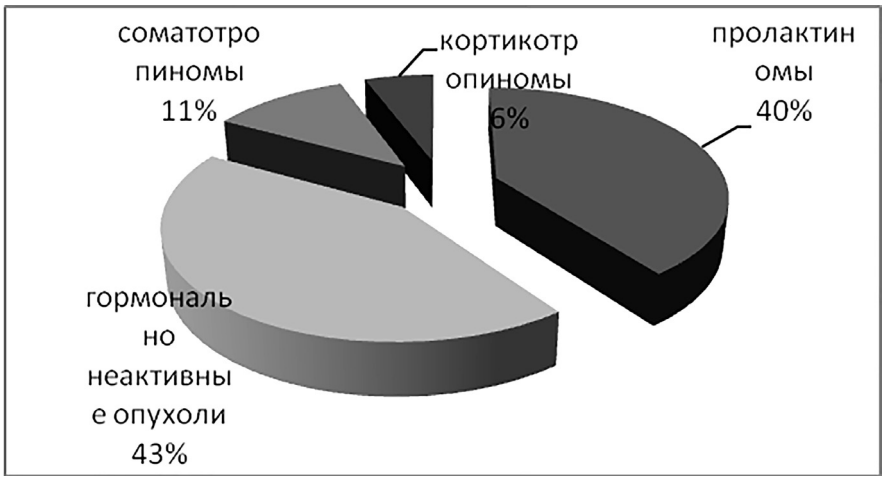
Данная тема актуальна на сегодняшний день, так как существуют проблемы в области диагностики и этиологии заболевания. Причины развития аденомы гипофиза до конца не изучены. На данный момент существует две теории возникновении и роста опухоли: теория внутреннего «дефекта» гипофиза и теория нарушений гипоталамической регуляции рилизинг гормонов[2].Но обе они не доказаны. Поэтому предотвратить ее развитие, выявить достоверную причину возникновения и предугадать течение заболевания трудно. Гипофиз расположен в окружении жизненно важных участков мозга, крупных сосудов и нервов, поэтому аденома приводит к тяжелым эндокринологическим и неврологическим последствиям. Тем не менее, опухоль во многих случаях поддается лечению, если вовремя обратить на нее внимания. Так же существуют трудности касательно классификации заболевания, так как гипофиз анатомически относится к нервной системе, а функционально к эндокринной.

Основные цели и задачи в изучении патологии гипофиза является наиболее ранняя установка и выявления заболевания, выяснение этиологических факторов и механизмов развития.

Вследствие тесной близости нервной и эндокринной систем могут происходить изменения неравно-психического статуса. Общие закономерности психоэндокринных соотношений, немецкий учёный

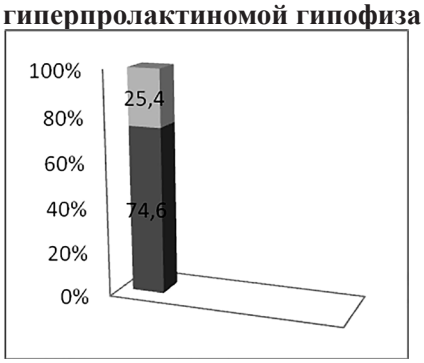
М. Блейер выделил в отдельный термин - «эндокринный психосиндром»[3]. Основные причины изменения нервно-психического статуса при эндокринных заболеваниях вызваны тем, что центральную роль в регуляции работы эндокринной системы играет гипофиз: аденомы гипофиза - опухоли из эпителиальных клеток передней доли гипофиза, секретирующих гормоны, с которыми связан ряд эндокринных заболеваний. Чаще всего это: пролактиномы с гиперпролактинемическим гипогонадизмом, соматотропиномы с акромегалией, кортикотропиномы с болезнью Иценко-Кушинга (БИК); некоторые опухоли могут секретировать два и более гормона одновременно [4] . При гиперпролактинемии описаны изменения нервно-психического статуса [5,6,7,8]. У 74,6% больных с аденомой гипофиза выявлены различные нарушения нервно-психического статуса. Показано, что при всех типах опухолей психические нарушения невротического, аффективного и органического спектра встречаются со значительной частотой, причем прослеживается взаимосвязь между их характером и типом опухоли [9]. Из изменений нервно-психического статуса развитие депрессии связано с длительным увеличением активности гипофиз-адреналовой системы, т. е. с устойчиво повышенной секрецией всех стрессорных гормонов, в частности пролактин, вырабатываемый в передней части гипофиза. Его образование происходит благодаря дофамину, который вырабатывается ядрами гипоталамуса. Распространенность аденом в общей популяции, по данным нейровизуализации и аутопсии, достигает 16,7% [10], а по материалам ретроспективного анализа медицинской документации в Исландии с 1955 по 2012 годы составила 115,5 на 100 тысяч населения. Чаще всего выявлялись гормонально-неактивные аденомы (43,1%), затем пролактиномы (39,9%), соматотропиномы (11,3%) и кортикотропиномы (5,7%) [11] (диаграмма 1).

Диаграмма 1. Структура аденом гипофиза



Психические расстройства среди всех больных с гиперпролактиномой гипофиза распределены следующим образом [9] (диаграмма 2):

Диаграмма 2. Психические расстройства среди всех больных с гиперпролактиномой гипофиза



Составляющие изменения нервно-психического статуса выглядят следующим образом [9] (диаграмма 3):

Диаграмма 3. Составляющие изменения нервно-психического статуса

Исходя из достаточной частоты пролактином, психических расстройств среди всех больных с гиперпролактиномой гипофиза, и невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств приводим клинический случай ятрогении на примере клинического случая пациентки с аденомой гипофиза и изменениями нервно-психического статуса» вследствие недостаточного внимания со стороны врача-психиатра.

Цель исследования. Целью нашего описания клинического случая является обратить внимание врачей на обязательное выявление причин изменений нервно-психического статуса на ранних стадиях заболевания.

Материалы и методы. Описательный и наблюдательный методы, который занимает первичные позиции: сбор, первичный анализ и изложение данных и их характеристики, системное применение которых обеспечивает результативность. Состоит из формирования первичного предмета описания — признаков, параметров и характеристик объекта, маркирующихся в качестве значимых и существенных, и составляющих основной аналитический фокус наблюдения и описания с аналитическим характером; далее систематизации по категориям данных, реализуемые преимущественно в синтетическом ключе.

Категориями в данном случае явились аденома гипофиза, уровень пролактина и оценка изменений нервно психического статуса, которые в дальнейшем были реализованы в синтетическом ключе с последующим анализом.

Основным аналитическим фокусом наблюдения явились зависимость уровня выраженности депрессии по шкале BDI и уровней пролактина.

Для проведения данного исследования мы выбрали метод одного клинического случая, т.к. данный метод дает достоверное представление о поведении отдельного индивида, также дает полное описание действительного состояния проблемы; получение информации об обстоятельствах, которые привели к нынешней ситуации; проводит оценку гипотез, построенных на базе собранной информации; проверка одной или более гипотез и установление формы терапевтического воздействия. В качестве материалов были использованы: сбор жалоб, анамнеза, объективного статуса, проведение инструментальных исследований : реоэнцефалография (РЭГ), электроэнцефалограмма (ЭЭГ), магнитнорезонансная томография (МРТ), измерение уровней пролактина.

Для оценки изменений нервно психического статуса применен метод опроса в виде тестирования (шкала оценки депрессии Бека (BDI, 1961), выявляет ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и предъявляемых пациентами жалоб. Опросник выдается на руки пациенту и заполняется им самостоятельно, включает в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии, которые ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 63 и снижается в соответствии с улучшением состояния. Результаты теста интерпретируются следующим образом: 0–13 — вариации, считающиеся нормой, 14–19 — лёгкая депрессия, 20–28 — умеренная депрессия, 29–63 — тяжёлая депрессия Преимущества этого опросника заключаются в возможности прицельной оценки степени тяжести как депрессивного синдрома в целом, так и отдельных симптомов его составляющих. Шкала Бека считается одним из самых надежных и точных инструментов в скрининговой диагностике депрессии [12,13].

Основным аналитическим фокусом наблюдения явились зависимость уровня выраженности депрессии по шкале BDI и уровней пролактина.

Результаты исследования. Пациентка, 24 года, амбулаторные условия, период наблюдения пациента 2012г.- 2019г. Основные жалобы при первом обращении к психотерапевту в Республиканский центр психического здоровья (РЦПЗ) (2012): эмоциональная лабильность, слабость, повышенная раздражительность, головные боли. Анамнез жизни: росла и развивалась соответственно возрасту, социально-бытовые условия хорошие, аллергологический анамнез- популяция В, наследственный анамнез – не отягощен. Перенесенные заболевания: врожденный порок сердца (ВПС), хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС), СНФК I класс, острый пострептококковый гломерулонефрит, хронические инфекции верхних дыхательных путей, инфекционный мононуклеоз, миопия высокой степени, внутричерепное давление (ВЧД), головная боль напряжения, неврастения, атрофический гастрит, гастроэзофагальнорефлюксная болезнь (ГЭРБ), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ12ПК), дискенезия желчевыводящих путей (ДЖВП), фиброзная мастопатия, кисты яичников.

Диагноз, выставленный психотерапевтом: F41.2 (тревожно-депрессивное расстройство). Назначено лечение: рексетин (антидепрессант), но пациентка самостоятельно лечение не принимала. Далее, в связи с нарушением настроения, угреподобными высыпаниями на лице, слабостью, вялостью, эмоциональной лабильностью с подозрением на токсический зоб (20.05.2013) самостоятельно консультировалась у эндокринолога амбулаторно, прошла обследования: Антитела к тиреопероксидазе (Ат-ТПО) -190МЕ/мл, тиреотропный гормон (ТТГ) -1,14 мМЕ,/е тироксин свободный (Т4 св)- 15,9пмоль/л), и эндокринологом выставлен диагноз: аутоиммунный тиреоидит (АИТ), эутиреоз. Лечение не назначено. В течение 4х лет не обращалась к специалистам, хотя вышеперечисленные жалобы оставались. В ноябре 2016 года появились признаки повторной депрессивной симптоматики в виде снижения настроения, суицидальных мыслей, эмоциональной лабильности, повышенной агрессивности. Обратилась к психотерапевту в РЦПЗ: выставлен диагноз: F41.2 диагноз тот же, назначено лечение – ксанакс (анксиолитик), который пациентка принимала в течение 1,5 месяцев, но в последующем не принимала это лекарство, решение было принято самостоятельно, т.к. по консультации другого врача-психотерапевта был назначен параллельный прием антидепрессанта в связи с инструкциями по анксиолитику, где было указано, что анксиолитик усиливает депрессивный синдром в виде побочного действия. Улучшения в виде повышения настроения и эмоциональной стабильности от проводимого лечения не было. Далее пациентка в течение трех месяцев никуда не обращалась.

В марте месяце 2017 года в связи с депрессивным состоянием, суицидальным настроением, повторно обратилась к психотерапевту в РЦПЗ. По шкале оценки депрессии BDI: 43 балл, заключение: выраженная депрессия. После этих оценок были проведены РЭГ и ЭЭГ. РЭГ от 13.03.17-признаки смешанной, больше гипотонической церебральной сосудистой ангиодистонии, венозный отток затруднен по каротидному бассейну слева, асимметрия пульсового кровенаполнения в покое по каротидному бассейну до 31,4%(N до 25%) D>S. ЭЭГ от 13.03.17: выраженные преимущественно регионарные изменения б/э активности коры ГМ ирритативного характера, снижение функционального состояния коры. На основании комплексного обследования выставлен диагноз: F41.2. Назначенное врачом – психиатром приемного отделения РЦПЗ лечение: магния сульфат, метаболическое средство – милдронат, ноотропы: ноотропин, пирацетам. Эти лекарства пациентка самостоятельно не принимала в связи с полипрагмазией.

В апреле 2017 года обратилась к гинекологу-эндокринологу амбулаторно с жалобами на кожные высыпания, нарушения менструального цикла, эмоциональную лабильность. Уровень пролактина (18.04.17) - 1579 мМЕ/л (N= 102-496 мМЕ/Л) и проведено МРТ исследование (29.04.17) - признаков патологических очаговых поражений гипофиза не установлено. Гинекологом-эндокринологом выставлен диагноз: АИТ, патологическая гиперпролактинемия, андрогензависимая дерматопатия и назначено лечение достинексом до 2 мг в неделю. Но пациентка самостоятельно лечение не принимала с апреля 2017 года до января 2018 года в связи с переменами настроения.

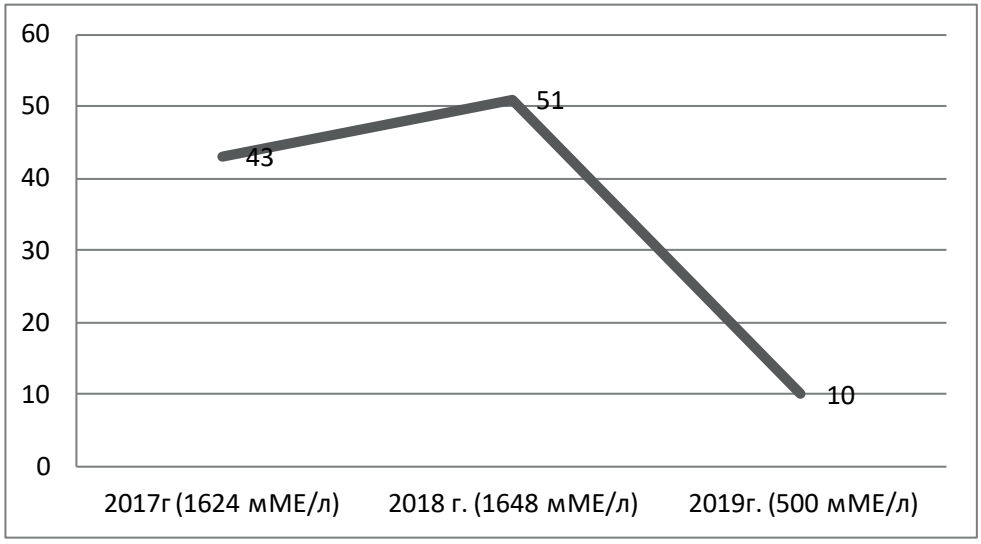
За период 2018 года январь- апрель появились признаки тревожной симптоматики (тревога, панические атаки, чувство преследования, искажение реальности), в связи с чем пациентка обратилась на консультацию к психиатру РЦПЗ. Повторно проведена оценка депрессии по шкале BDI: 51 балл – выраженная тяжелая депрессии и при повторном МРТ-исследовании: признаков очагового поражения при прицельном исследовании височных областей не выявлено. Единичные очаги сосудистого генеза обоих полушарий мозга, расширенные периваскулярные пространства. Врачом-психотерапевтом выставлен диагноз: F60.0 – параноидное расстройство личности, назначены карбамазепин (противоэпилептиче-

ское средство), атипичный нейролептик-рисперидон по 0,25 мг сут, которые пациентка принимала в течение одного месяца, после которого почувствовала облегчение в виде нормализации самочувствия. В дальнейшем (30.12.18) пациентка сдала самостоятельно анализ на уровень пролактина, который составил 1648 мМЕ/л. В связи с жалобами на нарушение менструального цикла, слабость, выделения из молочных желез повторно обратилась к гинекологу-эндокринологу, который выставил диагноз: нарушение менструального цикла (НМЦ), транзиторная гиперпролактинемия, метаболические нарушения, галакторея 2 степени и рекомендован прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК), но пациентка принимала их только в течение одного месяца (т.к. при прохождении МРТ с контрастированием, оно осложнилось тромбофлебитом поверхностных вен верхних конечностей на фоне гормональной терапии, в связи с чем прием КОКов был прекращен). 18.01.19. пациентка обследовалась самостоятельно в связи с увеличением регионарным шейных лимфоузлов и с подозрением на тиреоидит: УЗИ ЩЖ- данные за тиреоидит, в сочетании с аденоматозом, реактивная лимфоаденопатия, уровни гормонов: Т3-1,54пмоль/л, Т4-65,3пмоль/л, ТТГ-0,075мМЕ/мл, при УЗИ органов малого таза патологии нет. В связи с транзиторной гиперпролактинемией гинекологом центра «Семья и Здоровье» было назначено МРТ гипофиза. При МРТ исследовании: данные за микроаденому гипофиза, единичные очаги сосудистого генеза в белом веществе. Уровни гормонов: Т4 своб, ЛГ, ФСГ, БАК, денситометрия не были сданы пациенткой. Далее при обращении в Эндокринологический центр при Министерстве здравоохранения КР врачом-эндокринологом на основании предыдущего заключения МРТ, транзиторной гиперпролактинемией , нарушениями менструального цикла в виде дисменореи, метроррагии был выставлен диагноз: гиперпролактинемический гипогонадизм, микроаденома гипофиза- пролактинома. Нарушения жирового обмена (ИМТ 23,8 кг/м). НМЦ. Тревожно-Депрессивный синдром. Бесплодие 1 степени. АИТ. Назначено лечение: достинекс 0,5 мг ½ таблетки 2 раза в неделю. Лечение принимала в течение года до октября 2019 года.

В октябре 2019 г. пациентка лечилась в стационарных условиях по поводу хронического пиелонефрита, в стадии обострения. В качестве профилактического осмотра была консультирована психотерапевтом и эндокринологом. В динамике уровень пролактина имел тенденцию к снижению до 500 мМЕ/л (15.10.2019), в связи с чем эндокринологом рекомендовано продолжить лечение достинексом по 0,5 мг ½ таблетки 2 раза в неделю. Заключение психотерапевта: жалоб нет, эмоциональный фон не нарушен. 11.11.19 – повторно сданы тесты на оценку уровня депрессии по шкале депрессии Бека: BDI – 1A: 10 баллов – отсутствие депрессивных симптомов.

При анализе фокуса наблюдения выявлена зависимость уровня выраженности депрессии по шкале BDI и уровней пролактина. Приводим систематизацию выраженности депрессии по шкале BDI в зависимости от уровня пролактина по времени наблюдения (диаграмма 4).

Диаграмма 4. Динамика уровня выраженности депрессии по шкале BDI, в зависимости от уровня пролактина



Выводы. Согласно нашему исследованию выявляется положительная корреляция между ростом уровня пролактина и повышением степени депрессии, т.е. чем выше показатели уровня пролактина, тем более выраженность депрессивных симптомов.

Исходя из этого данный клинический случай ярко демонстрирует трудность диагностики заболевания (аденома гипофиза) на ранних стадиях, когда появились первоначальные признаки тревожно-депрессивного синдрома, причиной которого в данном случае явилась микроаденома гипофиза с дальнейшим ростом, через 4 года после появления признаков тревожно-депрессивного синдрома она уже проявила активность в виде гиперпролактинемии, но несмотря на это фокуса на выявление причины гиперпролактинемии своевременно у врача психотерапевта не было. Микроаденома гипофиза была обнаружена лишь через 7 лет от момента обращения к врачу психотерапевту и лишь после МРТ с контрастированием, т.к. примерно 20% всех МРТ требуется выполнять с контрастированием для диагностики опухоли, ее границ, состава клеток и размеров, четкости изображения.

Список литературы:

1. *Жестикова М.Г., Кан Я.А., Шоломов И.И. Современные методы лечения аденом гипофиза // Саратовский научномедицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1., С. 112-114.*
2. *Петров Ю.А., Купина А.Д., Шаталов А.Е. роль пролактиномы в развитии репродуктивных отношений // Пенза: Современные проблемы науки и образования, С. 2019. - 122*
3. *Белкин А.И. Манфред Блейлер (при участии Р.Гесс). Эндокринологическая психиатрия (Endocrinologische Psychiatrie, M.Bleuler, Miteinem Beitragvon R.Hess, Stuttgart, Thieme, 1954) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1957. Т. 57. Вып. 2., С. 271-282.*
4. *Cimpean A.M., Melnic E., Halinisteanu B., Corlan A., Coculescu M., Rusu S. et al. Geographic-related differences of pituitary adenomas hormone profile: Analysis of two groups coming from southeastern and eastern Europe // Int. J. Endocrinol. 2015. Vol. 6., P. 1-5.*
5. *Блейлер Э. Руководство по психиатрии. Берлин: «Врачъ», 1920., С.298-303.*
6. *Кречмер Э. Строение тела и характер. М.: Гос. изд-во медицинской литературы, 1930.*
7. *Орловская Д.Д. Общая характеристика психических расстройств при эндокринопатиях // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В.Снежневского, Том 2. М.: Медицина, 1983. 177-181. С.*
8. *Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. Берлин: Госиздат, 1923., С. 497-509.*
9. *Бобров А.Е., Старостина Е.Г., Александрова М.М., Алмаев Д.Р., Павлова М.Г., Комердус И.В., Белая Ж.Е., Мельниченко Г.А. Психические нарушения у пациентов с гормонально-активными аденомами гипофиза// Социальная и клиническая психиатрия. 2018, С. 4, 5-10.*
10. *Theodros D., Patel M., Ruzevick J., Lim M., Bettegowda C. Pituitary adenomas: historical perspective, surgical management and future directions // CNS Oncol. 2015. Vol. 4(6)., P. 411-429.*
11. *AgustssonT.T., Baldvinsdottir T., Jonasson J.G., Olafsdottir E., Steinthorsdottir V., Sigurdsson G. et al. The epidemiology of pituitary adenomas in Iceland, 1955-2012: A nationwide population-based study // Eur. J. Endocrinol. 2015. Vol. 173 N 5., P. 655-664.*
12. *Умирова А.Д. Психологическая диагностика депрессивных состояний с помощью структурированного клинического интервью. Челябинск: ЮУрГУ, МБ - 663, 80с., 5 табл., 6 рис., библиогр. список - 58 наим., 2 прил., С. 2*
13. *Beck A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression //Archives of general psychiatry. – 1961. – Т. 4. – №. 6., С. 561-571*

УДК: 616-092-003:577

BIOENGINEERING PROSPECTS IN MEDICAL REHABILITATION (TRAINING AS PART OF THE ERASMUS+ PROGRAMME "ADVANCING UNIVERSITY EDUCATION IN BIOMEDICAL ENGINEERING AND HEALTH MANAGEMENT IN KYRGYZSTAN – KYRMEDU")

Smanova D.K.
Kyrgyz State Medical Academy named. I.K. Ahunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic
Smanova D.K., Ph.D. – Theater by Department of Clinical Rehabilitation&Physiotherapy, e-mail: janglsmanova@mail.ru

Rehabilitation it is complex medical and social assisting process that has as objective the reintegration of disabled in family and society. Rehabilitation Engineering is the Application of Science and Technology to Compensate the Handicaps, Disabilities and Functional Limitations.
Rehabilitation can be performed: 1. by stimulating and increasing existing (residual) patient capacities; 2. by providing alternative means and methods to replace the lost motor or sensorial functions. Objective of Biomedical Engineering – design, development and use of materials, devices, equipment and techniques for diagnosis and treatment of the patients. Role of Biomedical Engineering – identification of the needs of health care system and of the means to solve them using available technology.
Characteristics of Biomedical Engineering: is a dynamic branch of engineering; it ranges from simple devices to complex systems; mechanical, electrical, chemical, optical and other engineering principles are used to understand, modify or control biologic systems; it includes both theoretical and experimental approaches; knowledge in biology, physiology, biomechanics, anatomy and medicine is required; interdisciplinary implies a different work methodology.
Rehabilitation engineering - component of Biomedical Engineering and is the application of science and technology for a more effective rehabilitation process. Rehabilitation engineering today it: Rehabilitation robotics; mobility devices and wheelchairs; biped position sustentation equipment; electrical stimulation; adaptation of environment; kinetotherapeutical equipment (exerciser); biomechanical parameters measurement; substitution/assisting of sensorial functions; assisting or communication functions; orthoses; prostheses; walk assist and gait analisys.
Working in Rehabilitation engineering requires profound understanding of the features of biosystems, including human beings. The specialists need a relatively complete biophysical and medical knowledge to identify and solve integrated problems and imagine and design innovative products, devices and procedures.
The key concept in physical and sensory rehabilitation is that of residual function. The rehabilitation equipment has to be designed to maintain, develop and exploit the morpho-functional residual capabilities.
The main characteristic of the rehabilitation equipment is unrestricted functionality (functionality with no further constrains). To help the user but do not influence one or more of his/her residual function.

ОЦЕНКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Бекназарова А., Азизова Б., студентки 5 курса стоматологического факультета
Садыйев Р.К., научный руководитель,
ассистент кафедры терапевтической стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева

Современная диагностика анемии, особенно среди молодых людей важна, так как анемия даже на ранних стадиях существенно снижает работоспособность и сопротивляемость организма к инфекциям, что приводить к ряду патологических изменений в организме.
В настоящей работе проведено анкетирование 65 студентов женского пола 2, 3, 4, 5 курсов стоматологического факультета. Среди них у 23 студентов были выявлены клинические признаки дефицита железа. У этих студентов определяли количество эритроцитов, концентрацию гемоглобина, эритроцитарных индексов (MCV, MCH, MCHC), содержание ферритина в сыворотке крови. Результаты прове-

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

Выводы:

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

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ ПО МАТЕРИАЛАМ РКИБ

Абдыбачаева М.М.[1], Абдырахманова Н.К.[2]
Научный руководитель: к.м.н., доцент Джумагулова А.Ш.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра инфекционных болезней, Бишкек, Кыргызстан

Актуальность: В настоящее время малярия остается актуальной проблемой здравоохранения во многих странах мира. Более двух миллиардов человек живут под риском заражения малярией в 95 странах мира, где число больных малярией по оценкам экспертов ВОЗ составляет более 200-500 млн. в год, число летальных исходов до 500 тыс. в год [1,2,4]. Летальные исходы развиваются в результате возникших осложнений тропической малярии, причиной которых является рост резистентности противомалярийных препаратов и поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью. [3,4]

Цель исследования: провести анализ клинико-эпидемиологических особенностей осложненных случаев тропической малярии для улучшения лечебно-профилактических мероприятий

Материалы и методы. Ретроспективно проведен анализ 3 историй болезни пациентов с тропической малярией, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) за период 2010-2020 гг. Проведена оценка клинических симптомов осложненных форм.

Результаты и обсуждения:

За последние 10 лет в РКИБ находились на лечении 3 гражданина КР с тропической малярией, которые работали в Судане (1), Зимбабве (1),Уганде (1).

Время пребывания в эндемичной зоне составило от 1 месяца до 5 месяцев, при этом химиопрофилактика больными не проводилась. Двое госпитализированных обратились на 3 сутки болезни, один на 6 день.

У 2 пациентов развились осложненные формы малярии такие, как малярийная кома и острое почечное поражение в результате позднего обращения в стационар и резистентности к противомалярийным препаратам, количество койко-дней составило от 7 до 16 дней. У третьего пациента в результате раннего применения артемизинин-комбинированного препарата осложнений не отмечалось, время пребывания на стационарном лечении составило 2 дня.

Во всех трех случаях тропической малярии отмечалась умеренная анемия, палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы до 10–20%, увеличение СОЭ до 26–35 мм/ч, гепатолиенальный синдром, у одного пациента отмечался иктеричный синдром.

При исследовании мазков крови обнаруживались все стадии развития плазмодиев. При лечении тропической малярии выявлена неэффективность хинина с доксициклином, и паразитемия купировалась только при приеме артемизинин комбинированных препаратов или мефлохина.

Заключение. Осложненные формы тропической малярии развивались в результате позднего обращения и развития резистентности к противомалярийным препаратам. Необходимо совершенствовать знания медицинских работников по диагностике, клинике, современным методам лечения малярии. А также формирование у лиц, выезжающих в эндемичные по малярии зоны, приверженности к рациональной химиопрофилактике.

Список литературы:

1. *Токмолаев А.К., Иванова Т.Н., Кожевникова Г. М. Диагностика и лечение малярии // Терапевтический архив – 2007. - № 11. – С.17-19.*

2. *Беляев А.Е. Практическое руководство по эпидемиологическому надзору за малярией. — ВОЗ, Копенгаген, 2006. — 118 с.*
3. *Мищеряков В.Г., Тучков Д.Ю., Каменская М.А. и др. Клинический случай тяжелой формы малярии // Актуальная инфектология. — 2015. — № 4(9). — С. 108-111.*
4. *World Health Organization. World Malaria Report 2015. Geneva, Switzerland. 2015; 243 p.*

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: РЕДКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВНЕЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА. ТУБЕРКУЛЕЗ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

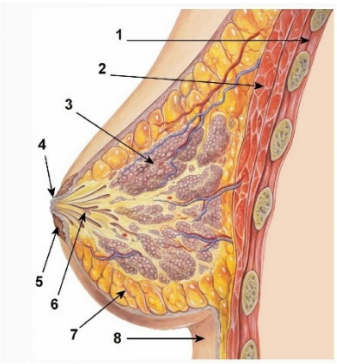
Бейсенова А.Ж. – студентка 5 курса факультета Лечебное дело
Руководители: асс. каф., к.м.н. Мойдунова Н.К., асс. каф., Усубалиева Э.У.,

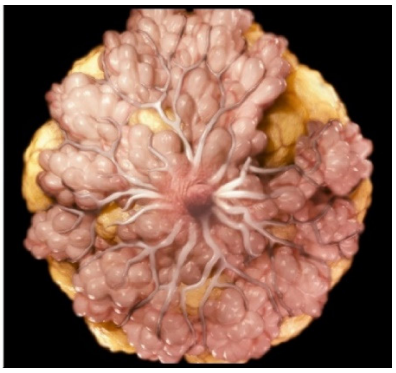
Актуальность. В настоящее время многие зарубежные авторы склонны недооценивать ситуацию распространения внелегочных форм туберкулеза. Одна из причин этого заключается в существующем понятии об “эпидемической неопасности” внелегочных форм туберкулеза, когда больные наименее опасны для окружающих. Распознавание внелегочного туберкулеза требует тесного взаимодействия врачей различных специальностей, что представляет сложную клиническую и организационную задачу. В результате этого внелегочный туберкулез своевременно не распознается и остается долгие годы не диагносцированным. К тому же недостаточная осведомлённость и настороженность врачей общей практики о внелегочном туберкулезе, протекающего под «масками» других хронических неспецифических поражений, приводят к поздней их диагностике. Эпидемиология в КР

Введение. Туберкулез молочной железы в маммологии и фтизиатрии встречается исключительно редко, что обусловлено относительной резистентностью тканей желез к микобактериям. Как правило, туберкулез молочной железы носит вторичный характер и является следствием легочного туберкулеза. В структуре туберкулеза других локализаций доля маммарного поражения составляет около 0,1%. В исключительных наблюдениях туберкулез молочной железы отмечается у мужчин. С одинаковой частотой туберкулезом поражается левая и правая молочная железа; реже, в 3% случаев, – обе одновременно. В 60% туберкулезный очаг располагается в верхних и нижних наружных секторах молочных желез; реже – центрично с вовлечением сосково-ареолярного комплекса и внутренних секторов. В редких случаях отмечается туберкулезное поражение всей молочной железы. Наиболее предрасположены к туберкулезу молочных желез женщины репродуктивного статуса.

Причины. При первичном туберкулезе имеет место внутрипротоковое инфицирование в период лактации, когда микобактерии проникают в ткани молочной железы по млечным протокам при кормлении инфицированного ребенка. При вторичном туберкулезе молочной железы распространение инфекции гематогенное или лимфогенное, из корня легкого, ребер, плевральной полости или лимфатических узлов. Непосредственный переход туберкулезной инфекции может наблюдаться при прорыве казеозного абсцесса ребра или плевры.

Изолированные формы туберкулеза молочной железы редки. Чаще всего специфическое поражение молочных желез сочетается с туберкулезом экстрамаммарных локализаций: генитальным туберкулезом, туберкулезом легких, туберкулезом кишечника, туберкулезом костей, туберкулезом позвоночника и т. д. Иногда в анамнезе у заболевших имеется указание на контакт с больными туберкулезом.





Клинический случай (случай из практики, 2019 г.)

Больная М., 33 года. Находясь в России, в качестве трудового мигранта, в начале (февраль) 2019 обратилась к врачу поликлиники, по месту регистрации, с ***жалобами*** на: припухлость правой груди, покраснение кожи, с умеренной болезненностью. Из анамнеза: ранее ТБ не болела, имеет 3 детей. Из анамнеза настоящего заболевания: больной себя считает в течении 3 недель, со слов женщины она сильно простыла, появился кашель со скудной мокротой, кашель длился более 2 недели, отмечала невысокую температуру по вечерам, общую слабость и вялость. После обращения к участковому терапевту получила курс неспецифической антибактериальной терапии, после которой больная отмечала временное улучшение. Контакт с больным туберкулезом отрицает**.** Однако с марта месяца припухлость и покраснение груди нарастало.

Локально: кожа правой груди с гиперемией, пальпаторно – в правой молочной железе, на 2,0 см правее от соска пальпируются несколько узлов, неправильной формы, болезненные, спаянные с тканью железы, плотной структуры, примерно с размером от 1,5– 2,0 см., пальпируются несколько увеличенных подмышечные л.у.

Был заподозрен онкопроцесс груди. Проведено УЗИ (16.03.19) молочной железы: мастит правой молочной железы, реактивная аксиллярная гиперплазия л.у.

Выполнена пункция МЖ справа (28.03.19), материал направлен на цитологическое исследование: во все полях зрения сплошь лейкоциты, АК не обнаружены.

Фото1-2. На момент обращения

Онкозаболевание молочной железы был исключен.

Неоднократно проводились курсы неспецифической а/б терапии, которые не давали положительного результата, в последствии стали формироваться свищи. Больная была направлена на консультацию к фтизиатру. Были проведены следующие методы обследования:

Методы исследования:

1. Рентгенологическое исследование (22.05.19): на рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции в средней доле справа отмечается усиление пневмотизации легочной ткани, и нежные очаговые затемнения с нечеткими контурами в верхней доле, корни легких не структурны, синусы свободны.

КТ ОГК (25.05.19) определяется округлое образование в нижней доле 1,3 х1.0см. с очагами диссеминации в окружающие ткани правого легкого

2. КТ МЖ (06.06.19) – правая МЖ увеличена в размерах, структура неоднородная с наличием в медиальных квадрантах очагов неоднородной жидкостной плотности, с единичными увеличенными аксилярными л.у. 10-20 мм.
3. УЗИ (07.06.19.) молочной железы в верхнем квадранте правой молочной железы, на 11.00 часов лоцируются гипоэхогенные образования (3), в диаметре 1,0-1.5-2.0 см., контуры достаточно четкие, внутренняя структура неоднородная, представлена гетерогенными эхо сигналами, в центральных отделах узла отмечаются участки с анэхогенной структурой на фоне которой отмечается эхогенная взвесь, от узла сформировался свищевой ход, визуализируется анэхогенная линейная структура, с неоднородным жидкостным содержимым, выходящее к верхним слоям кожи. Подкожный слой и железистый отдел молочной железы утолщены, гипертрофированы. Заключение: хронический правосторонний мастит с абсцедированием.

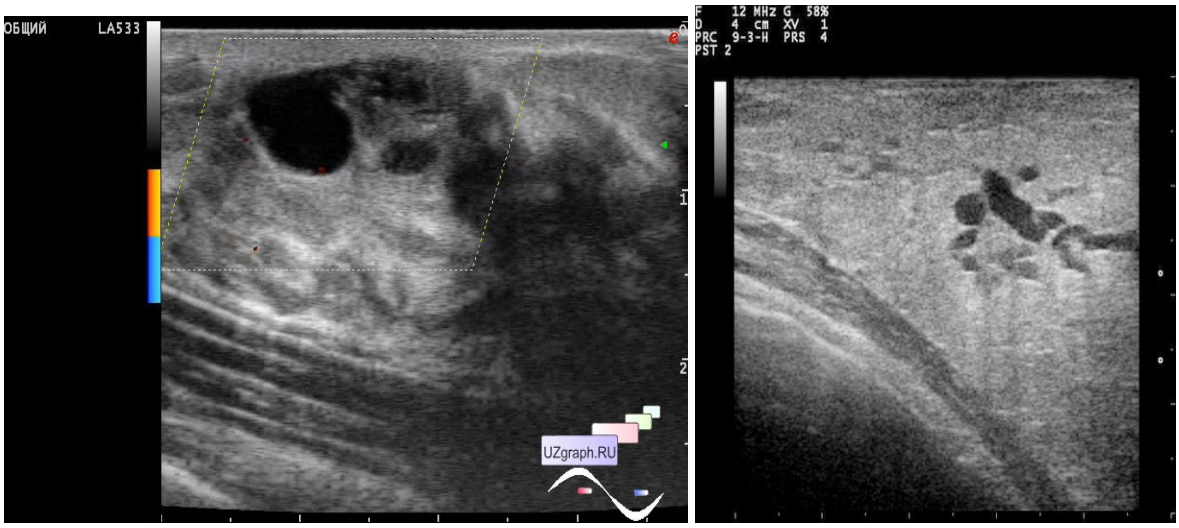


Фото 3-4. Состояние после операции, осложненный свищом

1. Выполнено вскрытие и санация натечника правой молочной железы (10.06.19), материал направлен на гистологическое и бактериологическое исследование.
2. Результат гистологической верификации операционного материала от 16.06.19 №19-3947: гнойно продуктивный мастит с наличием гигантских многоядерных клеток.

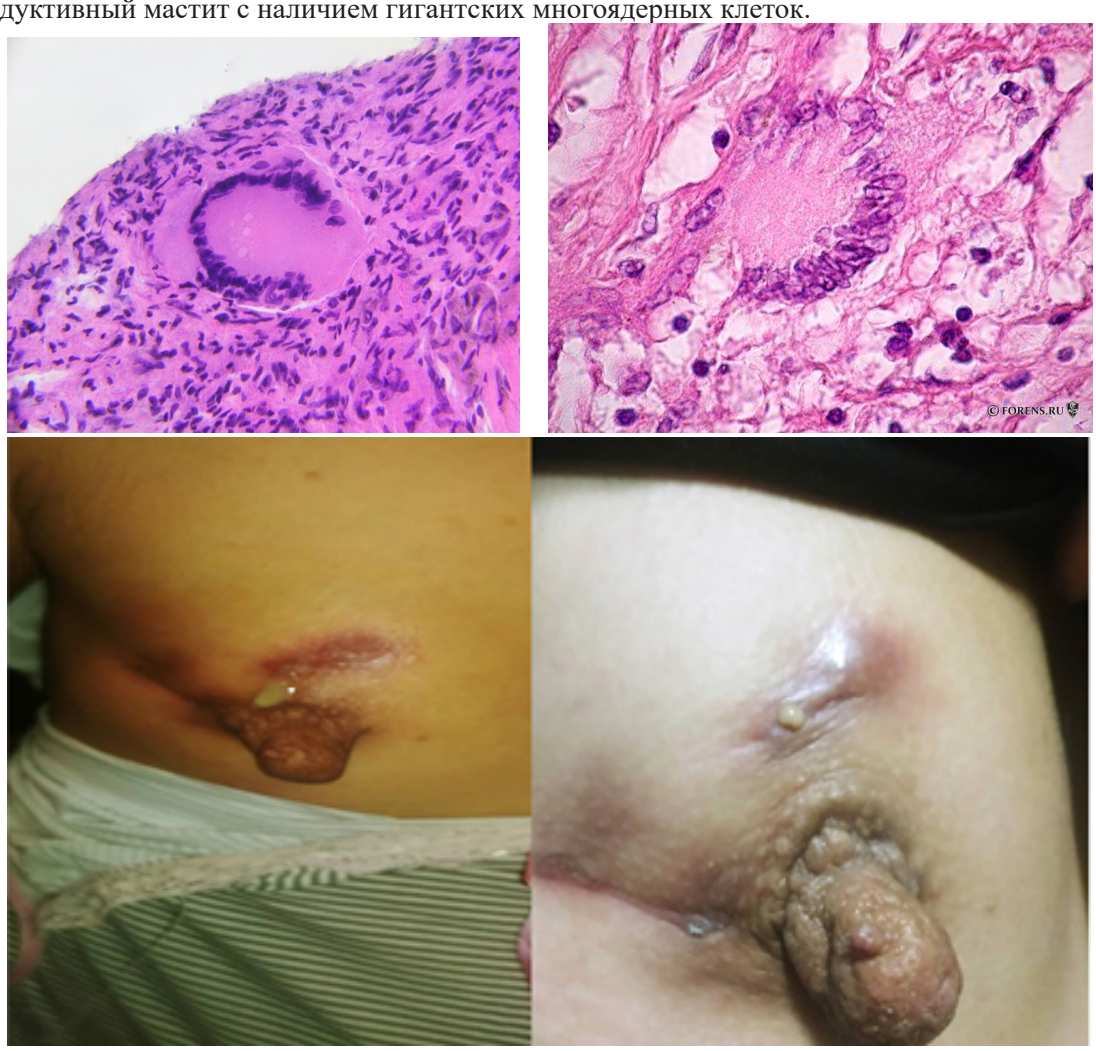


Фото 5-6. Свищ с гнойным отделяемым

Фото 7-8. ПТП лечение, интенсивная фаза

Фото 8. Этап завершения лечения

Фото 9. На фоне ПТП лечения, поддерживающая фаза

1. Бактериологическое исследование операционного материала на МБТ методом Хайн теста MTBDRplus от 11.06.19: ДНК МБТ обнаружено с сохранением чувствительности к изониазиду и рифампицину.
2. MGIT операционный материал (гной) от 25.06.19. – обнаружен, результат ТЛЧ к ППР чувствительный.
3. Посев гноя на твердую среду Ливенштейна- Йенсена от 05.08.19.: положительный, рост 4 колоний.
4. Микроскопическое обследование: 2–х кратный сбор мокроты от 26.05.19., результат– отр.

Таким образом, на основании выше проведенных диагностических методов данной пациентке был выставлен **клинический диагноз: инфильтративный туберкулез правого легкого в фазе распада. Туберкулез правой молочной железы. БК (отр)**

Больная взята на диспансерный учет. Получает противотуберкулезное лечение по 1 режиму DOTS, комбинированные ППР (HRZE).

На фоне противотуберкулезного лечения отмечена положительная динамика. Рентгенологически со стороны легких отмечается уплотнение очагов. Локально отмечается заживление послеоперационных ран.

На УЗИ было отмечено уменьшение размеров узлов, уплотнение и утолщение контуров узлов, свищевые ходы аккустически уплотнены и без жидкостного содержимого.

Больная после окончания интенсивной фазы в стационаре, выписывается для продолжения поддерживающей фазы лечения в амбулаторных условиях по месту жительства.

Резюме: Данный клинический случай в очередной раз показал низкую осведомленность и настороженность медработников первичного звена по раннему выявлению случаев сочетанных форм туберкулеза, и позднее обращение к фтизиатрам.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МИОДИСТОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Джапаралиева Н.Т.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им С.Б. Даниярова

Джапаралиева Н.Т. – к.м.н., ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии и психиатрии КГМИПиПК, dj-nurjan-t@mai.ru

Мышечные дистонии определяются как двигательные расстройства, которые характеризуются нерегулярными или стойкими сокращениями мышц и обусловливают появление повторяющихся патологических движений и/или патологических поз в определенной части тела [2,3]. Наиболее распространенной формой фокальных мышечных дистоний является спастическая кривошея (СК), которая характеризуется насильственными мышечными сокращениями, приводящими к инвалидизирующим и болезненным спазмам мышц шеи и патологическим позам головы [1]. В 50% случаев клинический дебют цервикальной дистонии начинается с выраженного болевого синдрома, что приводит к несвоевременной диагностике дистонии [2]. Патогенетические механизмы болевого синдрома при кривошее дискутабельны. Выделяется два варианта болевого синдрома при первичных мышечных дистониях: ноцицептивный и нейропатический. Боль, соответствующая критериям ноцицептивной, может возникать в следствии болезненного гипертонуса в мышце, приводящему к ее ишемии, перенапряжении связочного аппарата мышц, возможной вторичной деформации суставного аппарата и вторичного миофасциального синдрома [2,3]. Нейропатический вариант болевого синдрома при мышечных дистониях формируется вследствие избыточной активности супраспинальных проекций афферентов мышечных

веретен и изменения чувствительного восприятия. Механизмами возникновения болевого синдрома при СК могут выступать особенности восприятия и порога боли [1,3].

Боль безусловно усугубляет качество жизни пациентов. Болевой синдром развивается не только при СК, на ощущение боли жалуются до 30% пациентов с блефароспазмом и писчим спазмом. Примерно 15% пациентов с блефароспазмом имеют хроническую ежедневную головную боль, но соответствует критериям Международного общества головной боли, цефалгии, связанной с краниальной дистонией лишь 1,3%. По локализации цефалгия при СК практически у 80% пациентов наблюдается в затылочной области, в 72,7% случаев - в шейном отделе, у 43,2% - в теменной области и у 36,4% - в лобной части [2,3].

Наиболее эффективным методом лечения СК в настоящее время признано применение препаратов ботулинического токсина, которые вводят в напряженные гипертрофированные мышцы для блокирования нервно-мышечной передачи. Его эффективность обусловлена частичной периферической денервацией [2] и центральными эффектами [10]. Ботулинический нейротоксин является препаратом первой линии в лечении пациентов с блефароспазмом и цервикальной дистонией [1,2,3]. Противоболевой эффект ботулинотерапии связан с ослаблением мышечного сокращения, что разрывает порочный рефлекторный круг и приводит к уменьшению высвобождения различных веществ, сенсибилизирующих мышечные ноцицепторы [2,3].

Литература:

1. *Суворова В.А., Антипенко Е.А. Болевой синдром при фокальной мышечной дистонии. Российский журнал боли. - 2018. - №2 (56).- С. 113-114*
2. *Чернуха Т.Н. Дистонические гиперкинезы: патофизиологическая характеристика, клиника, диагностика, лечение. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.11 – нервные болезни Минск, 2019*
3. *Camargo CH, Cattai L, Teive HA. Academic editor pain relief in cervical dystonia with botulinumtoxin treatment. Toxins (Basel). 2015;7(6):2321–2335*

УДК 616.34-008-071.1

ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ОПРОСНИКОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖКТ (ГЭРБ, ХГ,ЯБЖ И ДПК)

Жоробекова А. Б., науч. руководитель – д.м.н., проф. Усубалиев М.Б.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Жоробекова А.Б.-студент 6 курса, факультета Лечебное дело e-mail: aizada.jorobekova140996@mail.ru

Актуальность: Оценка качества жизни (КЖ) – новое и перспективное направление медицины. К настоящему времени имеется более 30 тысяч публикаций по оценке КЖ у пациентов с различными патологиями, в том числе и у гастроэнтерологических больных . Было продемонстрировано, что хронические заболевания желудочно-кишечного тракта приводят к значительному ухудшению КЖ по всем показателям в сравнении со здоровым населением . В настоящее время метод оценки КЖ у больных желудочно-кишечными заболеваниями широко используется при сравнении эффективности различных лекарственных препаратов. Важно отметить, что анализ КЖ основан на субъективном восприятии человека. В основе методов изучения КЖ лежит определение самим больным уровня своего благополучия в физическом, психическом, социальном и экономическом отношении, т.е. понятие КЖ включает информацию об основных сферах жизнедеятельности человека. Оно изменяется во времени в зависимости от изменения состояния больного, влияния эндо- и экзогенных факторов, что делает возможными динамические наблюдения и мониторинг состояния пациентов. [1, 4]

Цель исследования -сравнительная оценка качества жизни пациентов с заболеваниями ЖКТ (ГЭРБ,ХГ,ЯБЖи ДПК) до и после лечения с использованием специфического(GSRS) и неспецифического (SF-36) опросников. [3]

Материалы и методы: в исследование включено 120 пациентов, которые проходили амбулаторное обследование и лечение в ОМОКБ. Все пациенты заполняли стандартизированные опросники SF-36, GSRS до и после лечения. Изучено взаимосвязь различных показателей опросника с заболеваниями.
Результаты: отмечено уменьшение выраженности синдромов по всем 6 шкалам опросника GSRS. Положительная динамика была получена по 2 компонентам опросника Sf-36. При анализе уровня КЖ по специфическому вопроснику оценки симптомов поражения желудочно-кишечного тракта оказалось, что во время обострения заболеваний происходит ухудшение КЖ по всем категориям. После лечения все показатели качества жизни достоверно улучшались. [2]
Заключение: Таким образом при обследовании 120 пациентов , выявлена высокая чувствительность специфического и неспецифического опросников и диагностическая значимость .
Литература:

1. *Новик А.А. Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Под ред. Ю.Л. Шевченко. 2-е изд. / М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007; 320 с.*
2. *Колесникова И.Ю., Беляева Г.С., Леонтьева В.А. О соотношении между качеством жизни пациентов и течением язвенной болезни // Клин. мед. – 2005. – № 10. – С. 33–36*
3. *Маев И.В., Самсонов А.А., Одинцова А.Н. и др. Динамика показателей качества жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне сочетанной терапии // Рус. мед. журн. [электронный ресурс]. URL: http:// www.rmj.ru/articles_7016.htm (дата обращения 27.05.2013).*
4. *Панибратец Л.С. Оценка качества жизни в хирургии // Вестн. КРСУ. – 2009; 9 (10): 163–6.*

КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ БИШКЕК И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЁ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Ильичбекова А.И., Арстанбекова М.А., Курумшиева А.Ш.
Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
КГМА имени И.К. Ахунбаева

Ключевые слова: комплексная гериатрическая оценка, пожилые люди, врач общей практики, Кыргызская Республика.

Целью настоящего исследования было изучение результативности комплексной гериатрической оценки для использования врачом общей практики у лиц пожилого и старческого возраста.
Материалы и методы исследования: Оценка результативности комплексной гериатрической оценки (далее КГО), была осуществлена у 66 респондента, из них 41 женщин (62 %) и 25 мужчин (38 %) в возрасте от 65 до 90 лет. Средний возраст обследованных составил 77,26 года. 52% имеют инвалидность различной степени. В ходе КГО оценивали индекс Бартел, динамометрию, способность удерживать баланс в тандемном шаге, психический статус, состояние питания по краткой шкале, депрессии по гериатрической шкале, проводили тест «Встань и иди».
Полученные результаты: При проведении КГО проблемы со слухом были выявлены у 75,6 %, со зрением – у 85,4% респондентов, 17,1 % пожилых страдает от недержания мочи. На диспансерном учете по гипертонической болезни состоят 95,1% , перенесенному инфаркту миокарда - 19,5%, по перенесенному инсульту – 17 %, по глаукоме – 16 %, по сахарному диабету – 9,75%. 97,6% подопечных получают медикаментозное лечение, в среднем по 2,4 препарата в день. Это ингибиторы АПФ (70,73%), диуретики (31%), блокаторы медленных кальциевых каналов (24%), бета-блокаторы (9,8%). Пациенты старше 80 лет получают по 1-2 препарату в сутки. Активны и полностью независимы в своей повседневной жизни оказались лишь 26,8% пожилых, полная зависимость по шкале Бартел была выявлена у 12,2% . Только 40% смогли удержать равновесие в тандемном шаге. Тест «Встань и иди» проведен у 25 человек (38%), при этом у 29% (19) время его выполнения было более 14 с. Сила мышц в среднем у женщин составила 6,8 кг, у мужчин – 9,8 кг. Низкие показатели мышечной силы и нарушения равновесия указывают на высокий риск падений в будущем.
Выводы:
1. Использование комплексной гериатрической оценки позволило установить высокую распространенность основных гериатрических синдромов у пожилых. Комплексная гериатрическая оценка

позволяет сравнить результаты оказания помощи в динамике в зависимости от перенесенных заболеваний и на основании полученных данных разработать реабилитационные мероприятия.
2. Комплексная гериатрическая оценка состояния здоровья пожилых и лиц старческого возраста должна получить широкое использование в практике врача общей практики.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Инамджанова Н., научный руководитель – д.м.н., и.о. профессора, заведующий кафедрой семейной медицины додипломного образования Усубалиев Мейкин Бейшенбаевич
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Инамджанова Наргиза – клинический ординатор 2 года обучения кафедры дерматовенерологии.
Email: giza_1567@mail.ru

Актуальность. Контагиозный моллюск – доброкачественное вирусное заболевание, вызываемое ортопоксвирусом [1]. Это заболевание встречается в основном у детей и имеет тенденцию к частым рецидивам. В последнее время наблюдается патоморфоз дерматозов, отмечается явная тенденция к увеличению торпидно текущих, резистентных к проводимой терапии кожных болезней. Ухудшение экологической обстановки, неправильное питание и другие неблагоприятные факторы могут оказывать влияние на частоту возникновения и характер клинического течения контагиозного моллюска [2]. По данным различных авторов инфицированность детей школьного возраста составляет 5-28% [3, 4]. В Кыргызской Республике контагиозный моллюск занимает 6-е место среди детских вирусных заболеваний кожи.

Цель исследования: оптимизация лечения детей, больных контагиозным моллюском, с учетом клинических особенностей течения заболевания и иммунологических показателей.

Задачи исследования:

1. Изучить факторы риска возникновения и особенности клинического течения контагиозного моллюска.
2. Оценить показатели иммунного статуса и на основании полученных показателей установить их особенности у детей с различной клинической картиной заболевания.
3. Изучить эффективность применения полиоксидония в комплексной терапии детей, больных контагиозным моллюском.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 120 детей, страдающих контагиозным моллюском в возрасте от 3 до 10 лет. Клинический диагноз ставился на основании жалоб, клинического осмотра и дерматоскопии. Комплекс иммунологических исследований включал исследование Т и В-лимфоцитов методом иммунофлуоресценции, количество IgA, M, G в сыворотке крови методом радиальной диффузии в геле по Манчини.

Результаты и обсуждения. Пациенты были распределены на две группы. В первой (контрольной) группе было 56 детей (средний возраст 5,3±1,2 года), во второй (основной) группе было 64 детей (средний возраст – 5,5±1,4 года). Первой группе проведено традиционное механическое удаление элементов контагиозного моллюска, с последующей обработкой раствором фукорцина. Второй группе наряду с механическим удалением проведено лечение полиоксидонием в дозе 0,1 мг/кг ежедневно, через день курсом 5-10 инъекций. Установлено, что в современных условиях контагиозный моллюск достоверно чаще возникает у детей в возрасте от 3 до 7 лет, часто болеющих ОРВИ, перенесших гнойно-воспалительные заболевания (отиты, ангины, пиелонефриты), детские инфекции (ветряная оспа, скарлатина) и характеризуется распространенными высыпаниями, нередко атипичными, с экзематизацией и частыми рецидивами. У 18,8% детей выявляются клинические проявления других заболеваний вирусного происхождения (вульгарные бородавки, простой герпес). Установлено, что у детей с распространенными высыпаниями контагиозного моллюска и страдающих частыми ОРВИ, другими заболеваниями вирусного и бактериального генеза, наблюдаются как достоверное повышение количества CD3+, CD8+, CD16+ Т-лимфоцитов, так и показателей активированного состояния иммунной системы (Ig M, G) наряду со

снижением CD4+ клеток. В результате применения иммуномодулирующего препарата полиоксидония после удаления высыпаний контагиозного моллюска у детей уменьшаются рецидивы заболевания.

Заключение. В результате обследования 120 детей в возрасте от 3 до 10 лет установлено, что высыпания контагиозного моллюска у них начинались с мелких единичных элементов, но при отсутствии лечения приобретали распространенный характер после очередного обострения ОРВИ (до 5-6 раз в год) у 32 больного, детских инфекций - у 17, после гнойно-воспалительных заболеваний - у 12. После механического удаления элементов контагиозного моллюска у детей контрольной группы наблюдались рецидивы заболевания через 3 месяца у 19 (33,9%), тогда как в контрольной группе рецидив был у 7 (10,9%). Использование в терапии детей, больных контагиозным моллюском иммуномодулирующего препарата полиоксидония, после удаления высыпаний достоверно способствует исчезновению рецидивов заболевания ($p<0,01$) по сравнению с результатами лечения без применения этого препарата.

Литература:

1. *Brown J, Janniger CK, Schwartz RA, Silverberg NB. Childhood molluscum contagiosum. Int J Dermatol. 2006;45(2):93–99. doi: 10.1111/j.1365-4632.2006.02737.*
2. *Smith K.J., Skelton H. Molluscum contagiosum: recent advances in pathogenic mechanisms, and new therapies // Am. J. Clin. Dermatol. 2002. -Vol.3, №8.*
3. *Nizeki K, Hashimoto K. Treatment of molluscum contagiosum with silver nitrate paste. Pediatr Dermatol. 1999;16(5):395–397. doi: 10.1046/j.1525-1470.1999.00104.*
4. *Hughes PS. Treatment of molluscum contagiosum with the 585-nm pulsed dye laser. Dermatol Surg. 1998;24(2):229–230. doi: 10.1111/j.1524-4725.1998.tb04141.x.*

ПРОБЛЕМЫ ОСТЕОПОРОЗА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Каршыгаева Ж., Иманалиева Ф.Э.

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

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

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

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

Таблица 1 Характеристика обследованных людей

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

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

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

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

ОСОБЕННОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Канат кызы Базира, Маматов С.М.
Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
КГМА имени И.К. Ахунбаева

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

Применение лекарственных средств - антикоагулянтов является единственным и безальтернативным методом длительной амбулаторной профилактики тромбозов — доказана их эффективность при первичной и вторичной профилактике тромбоэмболических осложнений у больных с мерцательной аритмией и, прежде всего, ишемического инсульта [Framingham, 2013]. Терапия антикоагулянтами снижает риск всех инсультов в среднем на 62%. Доказано преимущество терапии антикоагулянтами с точки зрения профилактики первичных и повторных тромбоэмболий [Ederhy, 2014].

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

Материалы и методы исследования.

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

№	Характеристика пациентов. Всего – 102.	в %
1	Мужчины	42 (41%)
2	Женщины	60 (59%)
3	Средний возраст	65 (33; 87)
4	Ишемическая болезнь сердца	27
5	Артериальная гипертензия	21

6	Инфаркт миокарда	17
7	Острое нарушение мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака в анамнезе	14
8	Хроническая сердечная недостаточность	12
9	Сахарный диабет 1 или 2 типа	11

Полученные результаты. В реальной клинической практике, у пациентов, выписанных из стационара с рекомендациями приема варфарина, частота отмены препарата в первые три месяца составила 27%, через 6 месяцев - 51%. Наиболее частые причины отмены варфарина: малые кровотечения в 30% случаев, отмена врачом амбулаторного звена в 45% случаев, трудности контроля МНО в 25% случаев.
В течение всего периода наблюдения зарегистрировано 6 небольших кровотечений. По локализации: три желудочно-кишечных кровотечений, два ректальных и одно маточное. Во всех случаях, кровотечение было купировано в амбулаторных условиях. В качестве факторов риска малых кровотечений рассматривались: пол, возраст, фоновые и сопутствующие заболевания, риск тромбоэмболических осложнений и риск развития кровотечений.
Антикоагулянтная терапия назначалась 48% больным на амбулаторно-поликлиническом этапе и 52 % на госпитальном этапе. В основном использовался варфарин, который был назначен в 90% случаев, остальные 10% приходится на оральные антикоагулянты.
Выводы.

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

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Кемелбекова А.К., Кошматов А.К.
Научный руководитель: к.м.н., доцент Саяков У.К.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кошматов А. К. – студент 6-го курса факультета «Лечебное дело» №1, a.koshmatov95@gmail.com

Актуальность: Рак прямой кишки занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости и смертности во многих развитых странах (США, Австралии, Канада, Великобритания и т.д.) Показатели заболеваемости растут по мере изменение образа жизни современного человека. Считается, что более 50% случаев связаны с образом жизни и действием канцерогенов. Роли генетических факторов отводится от 5 до 20%. Основные причины роста заболеваемости: возраст старше 50лет, гиподинамия, недостаточное употребление овощей и фруктов, цельных злаков и воспалительные заболевание толстого кишечника. Во многих странах имеется высокая запущенность опухолевого процесса, что обусловлено недостатками медицинской помощи и бессимптомным течением на ранних стадиях.
Цель: Изучить динамические изменения в эпидемиологии рака прямой кишки в КР за 2016-2018 гг. Задачи исследования: определить частоту и смертность рака прямой кишки в общей структуре злокачественных новообразований в КР. Изучить специфические показатели рака прямой кишки по полу,

этническим и географическим различиям. Определить частоту запущенных форм рака прямой кишки по стадиям. Изучить 5-летний выживаемость по регионам КР.

Материалом исследования: служили данные, предоставленные отделом эпидемиологии и профилактики злокачественных новообразований НЦО и Г.

Взятые материалы содержат информацию за 2016 – 2018 гг.

Выводы. В общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями рак прямой кишки занимает 7-е место(2.7%ооо), по смертности тоже стоит на 7-м месте(1.63%ооо). В городах показатели заболеваемости намного больше по сравнению с областями. При заболеваемости по этнической принадлежности в нашей стране у русских и других европейских национальностей показатели намного превалируют по сравнению с другими.

Литература:

1. *Д.Г. Заридзе « Канцерогенез» Москва 574стр, 2004*
2. *Бакашов Жолдош Курмангалиевич «Эпидемиологические аспекты рака прямой кишки в Кыргызстане» , Бишкек 2013*

РОЛЬ ТОНКОИГОЛЬНОЙ АСПИРАЦИОННОЙ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ким А.М., Лим Е.Ф., Бекишов У.А.

Научный руководитель – ассистент кафедры онкологии КГМА им. И. К. Ахунбаева Ким А.М.

Кафедра онкологии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева г. Бишкек, Кыргызская Республика

Бекишов У. А. – студент 5 курса лечебного факультета №2 КГМА им. И. К. Ахунбаева, e-mail: ulan97kgma@gmail.com

Актуальность: Новообразования щитовидной железы для КР – одна из наиболее актуальных проблем, т. к. КР является очагом эндемического зоба, а, как известно, в этих районах рак щитовидной железы встречается в 10 - 15 раз чаще. Наиболее информативным методом в диагностике новообразований щитовидной железы является УЗИ, но основной задачей клинициста при его обнаружении является оценка степени риска его злокачественности. Это достигается путем совокупности клинических, лабораторных и ультразвуковых данных. Но по данным литературы даже информативность этих методов в комплексе не позволяет со 100% точностью исключить злокачественный процесс на дооперационном периоде. Единственным методом, позволяющим получить информацию о природе этого новообразования, является тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия.

Цель исследования: оценить эффективность применения тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии в диагностике рака щитовидной железы.

Материалы и методы: объектом исследования в нашей работе послужили истории болезни 126 пациентов с новообразованиями щитовидной железы, обследованных и получивших стационарное лечение в условиях клиники «КафМедЦентр» за период сентябрь 2019 - март 2020. Из них женщин –102, мужчин – 24. Возраст больных варьирован от 21 до 73 лет. Плюс это т.е. всего 126 (48 в плюсе прооперированных). Нами было произведено 126 ТАПБ щитовидной железы за период сентябрь 2019 - март 2020. Всем больным с новообразованиями ЩЖ проводилось общеклиническое обследование, в которое в обязательном порядке были включены: исследование уровня гормонов ЩЖ, УЗИ щитовидной железы, тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия новообразований ЩЖ под контролем УЗИ и послеоперационное морфологическое исследование послеоперационного препарата.

Результаты: нами проведён анализ результатов ретроспективного обследования 126 пациентов. По результатам полученных данных выявлено: ПО данным УЗИ Thirads III-V, из них цитологическое подтверждение диагноза с- рак щитовидной железы установлено у 85 пациентов. 68 пациентов – фолликулярный рак, 17 пациентов папиллярный рак. Гистологическая послеоперационная верификация у 100% больных. Из них фолликулярный рак 59 пациентов, папиллярный рак 12 пациентов. У 14 пациентов доброкачественные образования. Возрастная медиана составила 47 лет

Залючение: ТАПБ с последующим цитологическим исследованием является необходимым и наиболее точным методом в дооперационной диагностике узловых образований щитовидной железы, определяющим выработку лечебной тактики.

Литература:

1. *Валдина Е. А. Заболевания щитовидной железы: руководство. 3 – е изд. СПб: Питер 2006; 287–296.*
2. *Кондратьева Т. Т., Павловская А. И., Врублёвская Е. А. Морфологическая диагностика узловых образований щитовидной железы. Практическая онкология 2007; 8(1): 9–16.*
3. *Бельцевич Д.Г., Ванушко В.Э., Мельниченко Г.А., Румянцев П.О., Фадеев В.В. Клинические рекомендации российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению (много)узлового зоба у взрослых (2015год) // Эндокринная хирургия. 2016. Т. 10, №1. С. 5 – 12].*
4. *https://radiopaedia.org/articles/thyroid-imaging-reporting-and-data-system-ti-rads?lang=us.*

МОНИТОРИНГ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ В ТЕРАПИИ СИСТЕМНЫМИ РЕТИНОИДАМИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ АКНЕ

Кочергина М.В., Никулина М.Р., науч. руководители д.м.н. Койбагарова А.А., асс. Голяева К.С.

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

Кочергина М.В. – ординатор 2 года каф. дерматовенерологии КГМА e-mail: marina199461@mail.ru
Никулина М.Р. – ординатор 2 года каф. дерматовенерологии КГМА e-mail: dr.nikulina@mail.ru

Введение*:* По статистике угревая болезнь является одним из самых распространенных дерматозов и требует особого внимания, учитывая хроническое с частыми рецидивами течение заболевания, сопровождающееся выраженным физическим и психологическим дискомфортом.

Цель исследования*:* Изучение наличия побочных эффектов терапии системными ретиноидами у больных с тяжелой формой акне.

Задачи: 1. Выявить побочные эффекты, которые чаще всего встречаются при терапии системными ретиноидами.2. Оценить качество жизни больных во время лечения системными ретиноидами

Материалы и методы исследования:

Нами было проведено анкетирование среди 30 больных с тяжелыми формами акне на базе Республиканского Центра Дерматовенерологии и МЦ Profus. Среди больных: 20 ранее неоднократно получали лечение системными и местными антибактериальными препаратами, 10 получали в качестве монотерапии изотретиноин.

Оценка эффективности монотерапии и частота встречаемости побочных эффектов. При мониторинге безопасности, который включал биохимический анализ крови (до терапии, через 2 и 6 мес. от начала терапии), показатели АСаТ, АЛаТ, щелочной фосфатазы, триглицеридов у части пациентов (16%) через 2 и 6 мес. имели тенденцию к увеличению, но с превышением исходных значений не более 10%. Данная динамика не требовала отмены препарата.

Выводы:

Назначение изотретиноина у пациентов с акне тяжелой степени тяжести хорошо переносится и является безопасным. Побочные явления со стороны кожи и слизистых оболочек возникают достаточно часто, но носят переходящий характер (степень выраженности значительно снижается со временем), хорошо нивелируется местным нанесением эмолентов и не требуют отмены препарата

Литература:

1. *Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни: - М.2012. - 544 с.Чеботарев В.В., М. С.Асхаков.*
2. *Ахтямов С.Н. Интермиттирующая терапия акне роаккутаном.// Акт. вопр. дерм., косм, и ИППП, материалы науч. пр. конф. - М. - РГМУ -2003. - С. 6-8.*

УДК 611.127:616-057

ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ГОРНОЙ БОЛЕЗНИ НА ВЫСОТЕ 4000 МЕТРОВ НАД УРОВНЕМ МОРЯ

Кошукеева А., Карашева Н.Т., Бримкулов Н.Н.
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызстан
Кошукеева Анара – студентка 6 курса лечебного факультета Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К.Ахунбаева, E-mail: koshukeeva97@mail.ru.
Карашева Нуржамал Ташматовна – заведующая кафедрой физики, математики, информатики и компьютерных технологий КГМА имени И.К.Ахунбаева, канд.пед.наук., E-mail: knurja@mail.ru.
Бримкулов Нурлан Нургазиевич – заведующий кафедрой семейной медицины постдипломного образования КГМА имени И.К.Ахунбаева, д.м.н., профессор, E-mail: brimkulov@list.ru.

Кыргызстан – горная страна, где люди часто подымаются в горы для производственных, спортивных и других целей. В процессе восхождения у многих лиц могут возникать нарушения, связанные с высокогорной гипоксией, в том числе острая горная болезнь (ОГБ).
Цель – изучить частоту и клинико-функциональные особенности острой горной болезни (ОГБ) на высоте 4100 метров над уровнем моря в регионе пика Хан-Тенгри.
Материал и методы: обследованы 90 альпинистов в возрасте от 22 до 60 лет (средний возраст - 39±8,1 лет), в том числе 80 мужчин и 10 - женщин. Диагноз ОГБ устанавливался на основании Лейк-Луисского опросника (2018). Измеряли также насыщение крови кислородом (SaO_2) и частоту сердечных сокращений с помощью пульсоксиметра, систолическое и диастолическое артериальное давление методом Короткова.
Результаты: частота развития ОГБ легкой степени составила 30%, а умеренной - 12%. Развитие ОГБ сочеталось со снижением SaO_2 до 82-84% и реакцией циркуляторной системы (повышением артериального давления и учащением частоты сердечных сокращений). Развитие ОГБ на высоте 4100м в базовом лагере ассоциировалось со сниженной результативностью восхождений на пик Хан-Тенгри.
Заключение: на высоте 4100 метров даже среди альпинистов в 30% случаев развивается ОГБ легкой и в 12% случаев - ОГБ средней тяжести.

Литература:

1. *Миррахимов М.М., Гольдберг П.Н. Горная медицина // Фрунзе: Изд-во “Кыргызстан”. - 1978. С. 203.*
2. *Бримкулов Н.Н., Хамзамулин Р.О. Острая горная болезнь // Здравоохранение Кыргызстана. – 1994. - №3-4. С. 1-10.*
3. *Roach RC., Hackett PH, Oelz O., Bärtsch P., Luks AM., MacInnis MJ., и др. The 2018 Lake Louise acute mountain sickness score // High Alt Med Biol. – 2018. - № 19(1). P. 4–6.*

УДК: 615.37:057.875+054.6

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

Крылова Д.Р., Коробкина О.Г., науч. руководитель – к.м.н., доц. Сутовская Д.В.
Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар, Краснодарский край, Россия

Крылова Д.Р. – студентка 6 курса, педиатрического ф-та КубГМУ, e-mail: yablochkinad@mail.ru
Коробкина О.Г. – клинический ординатор 1 года кафедры педиатрии №2 КубГМУ

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

Цель исследования. Изучить напряженность поствакцинального иммунитета к гепатиту В, кори, краснухе, эпидемическому паротиту, дифтерии, столбняку российских и иностранных студентов, обучающихся в российском вузе.
Материалы и методы. Обследовано 63 иностранных и 40 российских студентов, имеющих вакцинальный анамнез и не болевших данными инфекциями, согласно медицинской документации. Оценка состояния иммунитета проводилась путем определения АТ с помощью ИФА, РПГА, РТГА.
Результаты. Защитный уровень антител к гепатиту В, дифтерии и столбняку установлен у всех российских студентов. Недостаточный уровень антител зарегистрирован к кори у 5(12,5%), к эпидемическому паротиту у 4(10%), к краснухе у 3(7,5%) российских студентов. Среди иностранных студентов 100% защищенность зарегистрирована к дифтерии и столбняку. Недостаточный протективный уровень антител к гепатиту В среди студентов-иностранцев зарегистрирован у 18(28,6%), к кори у 19(30,2%), к эпидемическому паротиту у 15(23,8%), к краснухе у 4(6,3%) студентов.
Заключение. Установлено отсутствие протективного уровня защитных антител к вирусам кори, краснухе и эпидемическому паротиту среди российских и иностранных студентов, а также против гепатита В среди иностранных учащихся. Целесообразно студентам проводить обследование на напряженность поствакцинального иммунитета и на его основании осуществлять ревакцинацию для достижения протективного титра антител.

Литература:

1. *Здравоохранение в России, 2017. Статистический сборник. — М.: Росстат, 2017. — 170 с. [Zdravookhranenie v Rossii, 2017. Statisticheskii sbornik. Moscow: Rosstat; 2017. 170 p. (In Russ).]*
2. *Юнасова Т.Н., Горенков Д.В., Рукавишников А.В., и др. Анализ заболеваемости корью в России и проблемы профилактики кори на этапе элиминации // Биопрепараты. Профилактика, диагностика, лечение. — 2019. — Т.19. — №3. — С. 154–160. [Yunasova TN, Gorenkov DV, Rukavishnikov AV, et al. Analysis of measles incidence in Russia and problems of measles prevention at the elimination stage. Biopreparaty. 2019;19(3):154–160. (In Russ).] doi: 10.30895/2221-996X-2019-19-3-154-160.*

УДК 616.345-006-021

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЙ РАК. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Лим Е.Ф., Джумабаева Ф.Т., Бондаренко К.А.
Научный руководитель – к.м.н. и.о. доцента кафедры онкологии КГМА им И.К. Ахунбаева Лим Е.Ф
Кыргызская Государственная Медицинская Академия КГМА им. И.К. Ахунбаева.
Кафедра онкологии КГМА.

Лим Е. Ф. – к.м.н. и.о.доцента кафедры онкологии КГМА им И.К. Ахунбаева.
Джумабаева Ф.Т. – к.м.н. доцент кафедры
Бондаренко Карина – студентка 6 курса факультета «Лечебное дело № 2» karina.bondarenko.97@list.ru

Актуальность: Первично-множественные опухоли - это независимое возникновение и развитие и у одного больного двух или более новообразований. Актуальность данного заболевания так же связана с повсеместным увеличением числа регистрируемых за последние годы пациентов с данным заболеванием.
Цель исследования: описать данный клинический случай первично-множественного рака (трех локализаций) и проанализировать возможные факторы риска появления множественных новообразований у данной пациентки.
Материалы и методы исследования: материалом для данного исследования послужила история болезни пациентки В., 72 лет, которая находилась на стационарном лечении и динамическом наблюдении в НЦОиГ МЗ КР и клинике «КафМедЦентр» в период с 2009г по настоящее время.
Результаты: Пациентка В. 72 года. Клинический диагноз: первично-множественный метахронный рак: Рак щитовидной железы C4pT2N0M0 G2 I стадии. Состояние после правосторонней гемитериоидэктомии (декабрь 2009г). Рецидив заболевания (2010г.). Состояние после тиреоидэктомии и наложение трахеостомы (сентябрь 2010г). Ушивание трахеостомы (2010г.) Состояние после удаление ре-

цидивной опухоли ложа правой доли щитовидной железы (январь 2012г). Ремиссия. Рак шейки матки C4pT2N0M0 G2 II A стадия экзофитная форма. Состояние после комплексного лечения: Расширенная экстирпация шейки матки с придатками (25.09.12г) + Лучевая терапия (СОД 45ГР) + Химия терапия (3 курса адьювантной химиотерапии (декабрь 2012г)). Ремиссия. Рак правой молочной железы инфильтративно-отечная форма C3pT4N3M0 III стадия. Состояние после 3 курсов лечебной химиотерапии (2019г.) + операция мастэктомия с подмышечной, подключичной, подлопаточной лимфодиссекцией (2019г.) + 3 курса послеоперационной химиотерапии (2019г). Из анамнеза в 33года МКБ, с 57 лет ГБ и АИТ, в 62 года рак щитовидной железы C4pT2N0M0 G2 I ст., в 65 лет ремиссия. В 65 лет Рак шейки матки C4pT2N0M0 G2 II A ст. Состояние после комплексного лечения, ремиссия. В 72 года рак правой молочной железы инфильтративно-отечная форма C3pT4N3M0 III ст. Состояние после комплексного лечения, ремиссия. Данный случай невозможно уложить в какую-либо из вышеперечисленных типов первично-множественных опухолей, но у нашей больной четко прослеживается нарушения эндокринно-метаболического характера которые имеют свои проявления еще в молодом возрасте: ДМК, АИТ, ЖКБ, МКБ, миома матки, ГБ, СД.

Заключение. Таким образом, вышеописанный случай, как и все случаи ПМО диктуют необходимость строго динамического мониторинга состояния онкологических больных, принимая во внимание возможность возникновения других опухолей, особенно на фоне имеющихся предрасполагающих к тому факторов риска

Литература:

1. *Петров Н.Н. Первичная одиночность и множественность злокачественных опухолей. Злокачественные опухоли. Л:, 1947; Т. 1. Ч. 1: 260–263.*
2. *Moertel C.G., Dockerty M.B., Baggenstoss A.H. Multiple primary malignant neoplasms. I. Introduction and presentation of data. Cancer. 1961; 14: 221–230.*
3. *Слинчак С.М. Множественные злокачественные опухоли. Киев: Здоров'я, 1968. 191 с.*

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РОДИТЕЛЕЙ, ДЕТИ КОТОРЫХ БОЛЬНЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Лим Е.Ф., Тургунбаев У.А., Кемелбекова А.К., Жумагазы к. Б., Талайбек к. А.

Науч. руководитель – к.м.н., и.о. доцента кафедры онкологии КГМА им. И.К. Ахунбаева Лим Е.Ф.

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

Лим Е.Ф. – к.м.н., и.о. доцента кафедры онкологии КГМА им. И. К. Ахунбаева
Тургунбаев У.А. – к.м.н., с.н.с. и.о. заведующего детским отделением НЦОиГ МЗ КР
Кемелбекова А.К. – аспирант кафедры онкологии КГМА им. И. К. Ахунбаева
Жумагазы к. Б. – врач-ординатор детского отделения НЦОиГ МЗ КР
Талайбек к. А. – студентка 6-го курса факультета «Лечебное дело №1»,
e-mail: aichuroktalaibek@gmail.com

Цель исследования: изучить психоэмоциональное состояние родителей, дети которых больны злокачественными новообразованиями.

Актуальность: Диагноз рак, поставленный ребенку, является стрессовой ситуацией для всей семьи. Физическое и эмоциональное благополучие ребенка во многом зависит от состояния родителей. Зарубежные психологи единодушны в том, что психическое состояние родителей зачастую недооценивается или игнорируется, хотя именно оно является приоритетным и определяющим исход заболевания ребенка. В сравнении с ведущими странами, где данная область широко применяется, для нашей страны она ещё новая, что послужило основанием к проведению нашего исследования.

Материалы и методы. Метод исследования – анонимное анкетирование. Анкета состоит из 18 вопросов, на 2 языках: кыргызском и русском. Объект исследования – родители детей детского отделения НЦОиГ МЗ КР. Опрошено – 44, из них 42 – мамы и 2 – папы. Возраст - от 26 до 48 лет.

Результаты: в помощи психолога нуждается 45% родителей, наиболее тяжелым психологическим моментом является начальный период болезни (86%). Очень большое значение для родителей имеет вера и молитва (91%). Болезнь сблизила родителей и детей в 64%. Наиболее значимые чувства, движимые родителями в процессе болезни – это любовь к ребенку и беспокойство за его жизнь. В то же время неизвестность ожидаемого, беспомощность и чувство страха больше всего приводит родителей в психоэмоциональное истощение.

Заключение: Таким образом, психоэмоциональное состояние родителей – немаловажный аспект, определяющий благоприятный прогноз в лечении детей. И, как показало наше исследование, в этой области мы имеем большие проблемы и перспективы для дальнейшего изучения и работы как детского, так и взрослого психолога.

Литература:

1. *Никифорова Е.М., Воробьев Н.А., Мартынов Н.И. Оценка психоэмоционального состояния родителей детей с онкологическими заболеваниями. https://www.rmj.ru/articles/onkologiya/Ocenka_psihoemocionalynogo_sostoyaniya_roditeley_detey_s_onkologicheskimi_zabolevaniyami/*
2. *Хаин А.Е., Клипина Н.В., Никольская Н.С. Опыт создания и работы психологической службы в детской гематологии/онкологии. Консультативная психология и психотерапия. 2014;1:106-127.*
3. *Kübler-Ross E. On death and dying. SPb.: Corvette; 2016.*

НАЗНАЧЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Манас уулу Актан (студент 6 курса), Канат кызы Базира (ассистент кафедры)

Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

КГМА имени И.К. Ахунбаева

Ключевые слова: антикоагулянтная терапия, коронарная болезнь сердца, мерцательная артимия, тромбоэмболическая болезнь.

Актуальность. Тромботические осложнения являются одной из главных причин смертности и инвалидизации, приносящих огромный экономический ущерб государству. Наблюдается рост числа больных с высоким риском этих осложнений.

Цель исследования: изучить особенности назначения антикоагулянтной терапии в реальной практике в условиях стационара.

Материалы и методы исследования.

В период с октября 2019 по настоящее время изучены истории болезни 16 пациентов, проходивших лечение в ГКБ №1. Всем им была назначена антикоагулянтная терапия. Характеристика пациентов представлена ниже в таблице.

№	Характеристика пациентов. Всего – 102.	в %
1	Мужчины	9 (56,2%)
2	Женщины	7 (43,7%)
3	Средний возраст	71 (47; 82)
4	Коронарная болезнь сердца. Острый инфаркт миокарда	4
5	Коронарная болезнь сердца. Стенокардия напряжения.	6
6	Коронарная болезнь сердца. Мерцательная аритмия.	3
7	Врожденный порок сердца	1
8	Тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии	1
9	Тромбоэмболическая болезнь.	1

Полученные результаты. В реальной клинической практике в условиях стационара антикоагулянтная терапия назначена всем 16 пациентам. Из них, 13 пациентам назначен варфарин, 2 – гепарин и 1 ксарелто.

Проведенный анализ показал, что 2 пациента отказались от приема антикоагулянтов. Остальные пациенты дисциплинировано принимали антикоагулянты под контролем МНО. Причем контроль МНО проводился многократно.

Нами оценен полноценность назначенного обследования в условиях стационара, оказалось, что пациенты недостаточно обследованы. Так обследование гемостаза проведено только у 1 больного.

В течение всего периода наблюдения осложнений не зарегистрировано. У больных, которые получали варфарин регулярность проведения МНО варьировала от 1 до 33 раз за госпитализацию. В то же время у пациентки, которая принимала ксарелту, МНО проверили семикратно, на что не имелись показания.

Выводы.

Основным препаратом выбора в условиях стационара является варфарин и гепарин. У пациентов, получающих антикоагулянтную терапию имеется гиперконтроль за международным нормализованным отношением. Обнадеживающим является назначение орального антикоагулянта – ксарелты, которая не требует регулярного контроля МНО.

УДК: 616.5-006.6

РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

Медербек кызы Айтолкун, научный руководитель – д.м.н., и.о. профессора, заведующий кафедрой семейной медицины додипломного образования Усубалиев Мейкин Бейшенбаевич

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

Медербек кызы Айтолкун – студент 6 курса лечебного факультета №1, e-mail: mederbekova1996@bk.ru

Актуальность. Заболеваемость злокачественными опухолями кожи растет во всем мире, например в США и Австралии меланоцитарные и немеланоцитарные опухоли кожи достигают до 50% среди онкологической патологии [1]. Высокая заболеваемость из стран Европы зарегистрирована в Швейцарии [2], так же часто встречается среди населения Восточной и Юго-Восточной Азии [3]. В структуре онкологической заболеваемости населения РФ в 2013 г. рак кожи у мужчин занимал 3-е место и 2-е - у женщин [4].

В Кыргызской Республике злокачественные опухоли кожи в структуре онкологической заболеваемости занимает третье место.

Цель исследования: оценить роль дерматоскопии в ранней диагностике злокачественных опухолей кожи.

Материалы исследования. Объекты исследования: мужчины и женщины в возрасте от 15 до 70 лет (n=216). Методы исследования: клинический осмотр и дерматоскопия (аппарат Heine Delta Plus 20).

Результаты и обсуждения. Нами исследованы 216 человек, которые обратились с новообразованиями кожи различных локализаций. При клиническом осмотре и дерматоскопии мы обнаружили следующие образования на коже: невусы - 114 (52,7%), себорейные кератозы – 41 (19%), дерматофибромы – 35 (16,2%) , меланомы – 4 (1,85%), базально-клеточная карциномы – 11 (5%), плоскоклеточный рак кожи – 7 (3%), миксомы – 4 (1,9%) .

В практике дерматоскопии разработаны различные правила анализа. Наиболее простые, ориентированные на начинающих специалистов, включают в себя алгоритм трех признаков и усовершенствованный алгоритм ABCDE Штольца. В правиле трех признаков оцениваются три наиболее значимые для меланомы признака – наличие атипичной пигментной сети, бело-голубых структур и структуры регресса. Для БКК характерны следующие дерматоскопические признаки: «овоидные гнезда», «древовидные сосуды», структуры по типу «кленового листа» или «велосипедного колеса» и др. Клиническими характеристиками карциномы кожи являются: локализация и диаметр образования, длительность существования опухоли, наличие изъязвления, частота и быстрота рецидивов, соотношение с окружающими тканями.

Дерматоскопическими признаками рака кожи являются: сосуды по типу шпилек, крупные ветвящиеся сосуды, разной степени выраженная кератинизация [5, 6].

Заключение. Применение дерматоскопии повышает точность и своевременность диагностики злокачественных новообразований кожи в первую очередь меланомы. В результате проведения обширного мета-анализа было обнаружено, что дерматоскопия в сочетании с клиническим осмотром и анализом истории болезни пациента позволяет повысить точность диагностики на 50 %. По статистическим данным КР, меланома кожи диагностируется почти в 90% случаев в 4-5 стадии по Кларку, что ухудшает прогноз. Поэтому, первичное звено здравоохранения наряду с дерматологами и онкодерматологами нуждаются во внедрении этой методики.

Интерпретация дерматоскопической картины зависит от опыта врача, по данным литературы чувствительность составляет 90 %, специфичность – 90,3%.

При исследовании 216 пациентов, обратившихся за медико-диагностической помощью, при дерматоскопии злокачественные образования обнаружили у 22 пациентов (9,9 %), из них с меланомой 4 (18 %).

Литература

1. *https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23142*
2. *https://www.clinicaloncology.com.ua/article/5681/dermatoskopiya-melanomy-kozhi-prikladnoe-znachenie-i-perspektivy*
3. *http://web.snauka.ru/issues/2015/06/54714*
4. *https://cyberleninka.ru/article/n/dermatoskopicheskaya-diagnostika-bazalnoy-kletochnoy-kartsinomy-ot-meta-foricheskogo-yazyka-k-analizu-patterna-kittlera/viewer*
5. *https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-morfologicheskaya-harakteristika-raznyh-tipov-rosta-bazalnokletochnogo-raka-kozhi/viewer*
6. *https://www.polismed.com/articles-rak-kozhi-prichiny-simptomy-i-priznaki-diagnostika.html*

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ – ПОДОПЕЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Муканбетова А. (студентка пед.фак., 5 курс, 9 гр.), Арстанбекова М.А., Курумшиева А.Ш.

Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
КГМА имени И.К. Ахунбаева

Ключевые слова: социальное стационарное учреждение, пожилые люди, Кыргызская Республика.

Цель исследования: изучить состояние здоровья и сравнить полученные биохимические анализы подопечных Бишкекского и Нижне-Серафимовского социального стационарного учреждения.

Материал и методы исследования. В качестве материала исследования изучена деятельность Бишкекского социального стационарного и Нижне-Серафимовского социального стационарного учреждения общего типа для пожилых людей и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Объектом исследования были биохимические анализы взятые – у 69 человек пожилого и старческого возраста данных учреждений. Из них получатели услуги Бишкекского социального стационарного учреждения составил 22 (32%) чел. и 47 (68%) подопечных из Нижне-Серафимовского социального стационарного учреждения.

Полученные результаты. Всего шесть классов болезней составили основу заболеваний у подопечных социального стационарных учреждений. При этом сердечно-сосудистые заболевания выявлены у 70%, заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани – у 58%, нервной системы – у 47%, пищеварительной системы – у 32%, болезни органов дыхания – у 28% и заболевания органов зрения – у 26% пожилых людей.

Эхо-КГ было сделано у 47 получателей услуг Бишкекского социального стационарного учреждения. Согласно данным Эхо-КГ выявлена атеросклеротические изменения аорты – у 85%, диастолическая дисфункция ЛЖ – у 75 %, выраженная недостаточность митральных и аортальных клапанов – у 10% пожилых людей. Значительное увеличение предсердий и расширение восходящего отдела аорты на-

блюдается у 1-го пациента, и диффузная гипокинезия левого желудочка со снижением ФВ до 30 %, у 1-го пациента.

Выводы. Пожилые люди – подопечные социального стационарного учреждения нуждаются в более тщательном и углубленном обследовании состояния их здоровья с целью раннего выявления заболеваний и принятия своевременных мер по оказанию квалифицированной медицинской помощи.

УДК 616-053.2:616-007.213

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОПИТУИТАРИЗМА

Райкина Е.Н., Цей С.М., науч. руководитель – к.м.н., доц. Статова А.В.
Кубанский государственный медицинский университет,
г. Краснодар, Краснодарский край

Райкина Елизавета Николаевна – студент 6 курса педиатрического факультета КубГМУ, email: caersederisa@inbox.ru
Цей Суанда Мехметали - студент 6 курса педиатрического факультета КубГМУ

Актуальность. Гипопитуитаризм включен в «Семь высокозатратных нозологий», на 01.01.19 в РФ было зарегистрировано 3426 детей до 18 лет с гипофизарным нанизмом. Это говорит о необходимости анализа конечных результатов лечения с целью прогнозирования эффективности лечения.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ антропометрических параметров пациентов с дефицитом СТГ. В исследовательскую группу вошло 40 человек в возрасте от 15 до 33 лет, которые находились или находятся на лечении соматотропной недостаточности в ДККБ г. Краснодара. Проведено антропометрическое исследование пациентов и сравнение результатов с исходными и промежуточными. Оценка эффективности лечения проведена в сравнении исходных данных роста и показателей роста на момент окончания терапии рекомбинантным СТГ, а также имеющихся на 2019 год значений.

Результаты. Из 40 пациентов мужчин – 30 (75%), женщин – 10 (25%). Людей подросткового возраста (до 21 года) – 17 человек (42,5%), людей молодого возраста (до 35 лет) – 23(57,5%). Изолированный дефицит СТГ выявлен у 28 человек (70%) - у 6 женщин (21,42%) и 22 мужчин (78,58%). Множественный дефицит – у 12 человек (30%) - у 4 женщин (33,33%) и 8 мужчин (66,67%). Органический дефицит СТГ - у 18 человек (45%), изолированный – у 11 (61,1%), множественный – у 7 (38,9%). Идиопатический дефицит СТГ – у 22 человек (55%), изолированный – у 17 (77,3%), множественный – у 5 (22,7%). Среднего прогностического роста достигли 19 человек (47,5%): 12 мужчин (63,1%) и 7 женщин (36,9%); социально – приемлемого роста достигли 25 пациентов (62,5%) - 15 мужчин (60%) и 10 женщин (40%). В дошкольном возрасте (3-7 лет) терапию начали 7 человек (17,5%), 6 достигли прогностического роста (85,7%), 7 достигли социально-приемлемого роста (100%); в младшем школьном (7-12 лет) – 14 человек (35%), 8 достигли прогностического роста (57,1%), 10 - социально – приемлемого роста (71,4%); в старшем школьном (12-17 лет) - 19 человек (47,5%), 5 достигли прогностического роста (26,3%), 8 - социально – приемлемого роста (42,1%).

Заключение. Эффект от заместительной терапии рекомбинантным гормоном роста зависит от времени начала терапии гипофизарного нанизма: раннее начало приводит к достижению прогностического роста у таких больных в подавляющем большинстве случаев.

Литература:

1. *Нагаева, Е.В. Распространенность и заболеваемость гипофизарным нанизмом в российской федерации в 2018г./Нагаева Е.В., Ширяева Т.Ю, Петеркова В.А.// Проблемы эндокринологии. -2019. - №1. - С.52-67.*
2. *Дедов, И.И., Детская эндокринология: учебник / И.И. Дедов, В.А. Петеркова, О.А. Малиевский, Т.Ю. Ширяева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ

Садабаев Э.М., Маматов С.М.
Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева

Ключевые слова: иммуносупрессивная терапия, приобретенная апластическая анемия, лечение, взрослые.

Введение. Апластическая анемия относится к разряду тяжелых заболеваний системы крови.
Современная тактика лечения взрослых больных апластической анемией — это трансплантация аллогенного костного мозга и/или комбинированная иммуносупрессивная терапия, включающая два основных препарата, обладающих выраженным иммуносупрессивным действием: антитимоцитарный глобулин (АТГ) и циклоспорин А[Marsh JC., 2002 Bacigalupo A., 2008]. Программы лечения больных апластической анемией могут включать и другие терапевтические воздействия, в частности спленэктомию, использование современных иммуносупрессивных или иммунокорригирующих агентов.

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

Материал и методы. В исследование включено 45 пациентов с апластической анемией в возрасте от 16 до 77 лет, за период с 2017 года по настоящее время. Препарат выбора: лошадиный антитимоцитарный иммуноглобулин, который назначался в дозе 20 мг/кг массы тела в течение 5 дней (**АТГАМ + Циклоспорин А).**
Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета анализа данных программного комплекса «Microsoft EXCEL 2008». Различия между группами оценивались с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок и U-критерием Манна-Уитни (непараметрический метод) с уровнем достоверности 0,05.

Результаты лечения. Эффективность оценивали согласно ответа на лечение:
Полная ремиссия (нормализация показателей крови: HB > 100 г\л, гранулоцитов > 1/5 х 10^9, тромбоцитов > 100 х 10^9) наблюдалась у 11 (24,4%) больных;
Частичная ремиссия (показатели крови ниже, отсутствие потребности в заместительной терапии - гемотрансфузии) зарегистрировано у 23 (51,3%) пациентов.
Клинико-гематологическое улучшение (улучшение показателей гемограммы или уменьшение зависимости от гемотрансфузии) имелось у 6 (13,3 %) больных.
Умерли: 5 (11,1 %) больных.

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

УДК:616 .33-006.6

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Саяков У.К., Орозалиев М.Б., Медербек кызы А.
науч. руководитель – к.м.н., доцент, зав. кафедрой онкологии КГМА им. И.К. Ахунбаева – Саяков У.К., ассистент кафедры онкологии Орозалиев М.Б. КГМА им. И.К. Ахунбаева

Медербек кызы Айтолкун – студент 6 курса лечебного факультета №1,
e-mail: mederbekova1996@bk.ru

Актуальность. В Кыргызстане, как и во всем мире рак желудка остается самым распространенным онкологическим заболеванием, занимая первое место как в структуре общей онкологической заболеваемости мужского и женского населения, так и в структуре смертности. Тем самым определяя клиническую и социальную значимость данной проблемы. Как известно, наиболее целесообразным в борьбе с любым злокачественным новообразованием, является его профилактика.

Цель исследования: Выявить роль основных факторов риска в развитии рака желудка.
Материалы и методы исследования:
-Анкетирование больных.
Объект исследования: 56 больных, прошедших анкетирование в январе-феврале 2020г, во время амбулаторного приема при обследовании в поликлинике НЦОиГ МЗ КР, из них 32 –мужчин, 24 –женщин, Анкета состоит из 28 пунктов, касающихся эпидемиологических аспектов и наиболее распространённых факторов риска. Составлена на 2-х языках: кыргызском и русском.
Результаты: В результате проводимого нами анкетирования, были выявлены наиболее значимые факторы риска рака желудка:

1. У 26% больных, выявлены положительные результаты на Ig G H.pylori;
2. Мужской пол -58 %;
3. Возраст старше 50 лет -75%;
4. Преобладание сельского населения, причем нами была отмечена более высокая частота заболеваемости раком желудка в северных регионах страны по сравнению с южными регионами, возможно, это связано с особенностями питания;
5. Язвенная болезнь желудка, как фактор риска в анамнезе отмечена нами в 36%, а воспалительные заболевания желудка – в 43%;
6. Стрессовый фактор отдельно выделен в 50%;
7. 79% анкетированных ни разу раньше не проходили гастроскопию .
8. Фактор курения - 50%, причем стаж у 100% курящих больных отмечен как «15 лет и более» 50%, и количество выкуриваемых сигарет - 1-2 пачки в день;
9. 75% больных раком желудка отмечали алкоголь как вредную привычку;
10. Из особенностей питания наиболее часто отмечались пристрастия к жаренным, копченным продуктам, к сладким газированным напиткам и консервированным продуктам;
11. Более 75% больных раком желудка заняты физическим трудом.

Заключение. Меры первичной профилактики, и лечения *H. pylori*, в обязательном порядке должны быть рекомендованы пациентам с заболеваниями слизистой оболочки желудка. Сейчас, в повседневной клинической практике внимание специалистов должно быть сосредоточено на пациентах, имеющих высокий риск рака желудка. Как правило, это лица в возрасте старше 45—50 лет, мужчины , с положительным результатом H.pylori . В то же время следует учитывать, что неравномерное распределение заболеваемости по регионам страны и особенности питания.

Литература.

1. *https://www.mediasphera.ru/issues/dokazatelnaya-gastroenterologiya /2018/2/1230522602018021044*
2. *А.Д. Каприн. Скрининг рака желудка: современные возможности и перспективы. /Каприн А.Д.//*
3. *https://cyberleninka.ru/article/n/rak-zheludka-faktory-riska-diagnostika-raka-i-predshestvuyuschih-porazheniy*

УДК 616-006.6+618-006.6

РЕДКАЯ ФОРМА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЭПИТЕЛИОИДНАЯ АНГИОСАРКОМА (КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ)

Ситникова Ю.Г., Мырзатаева А.Т.
науч. руководитель – к.м.н., доцент, зав. кафедрой онкологии Саяков У.К.,
к.м.н., ассистент кафедры онкологии Ситникова Ю.Г.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Ситникова Ю.Г. – к.м.н., ассистент кафедры онкологии, Мырзатаева А.Т. студентка 6 курса факультета «Лечебное дело №2», e-mail: aselmyrzataeva@gmail.com

Актуальность: Саркомы (неэпителиальные опухоли) молочной железы (МЖ) – это чрезвычайно редкие злокачественные опухоли с уникальными клиническими, гистологическими и цитогенетическими

характеристиками и непредсказуемым прогнозом. По данным различных авторов, саркомы составляют < 1 % всех злокачественных новообразований МЖ. Количество наблюдений сарком МЖ у различных авторов встречается от 2 случаев (G. Falconieri et al. (1997)) до 60 (H. Gutman et al. (1994)) за последние 30 лет. В литературе имеется очень мало работ, посвященных изучению этой проблемы. Большая часть из этих работ посвящена описанию конкретных клинических случаев, из которых следует, что саркомы МЖ характеризуются чрезвычайно быстрым ростом, злокачественным течением, неудовлетворительным ответом на проводимую терапию, склонностью к местному рецидивированию и системному метастазированию [1, 2].

Цель исследования: Сравнить методы лечения двух клинических случаев с одинаковым диагнозом – ангиосаркома молочной железы.

Материалы и методы исследования: Материалом исследования послужили 2 истории болезни пациенток 44 и 34 лет, получивших лечение в клинике «КафМедЦентр» по поводу диагноза: Ангиосаркома молочной железы (T1aN0M0G3 IIа стадия и T3N0M0G2 IIв стадия). В одном случае было выполнено только хирургическое лечение, а во втором – комплексное (операция, химиотерапия, лучевая терапия).

Результаты: В обоих клинических наблюдениях, заболевание скрывалось под маской доброкачественной опухоли молочной железы, но имели рецидивирующее течение. Первоначально, гистологическая картина опухолей имела гетерогенный характер и не носила специфический характер злокачественной опухоли. Уточнить диагноз удалось благодаря иммуногистохимическому (ИГХ) исследованию опухоли, которое имеет большую специфичность в отношении установления диагноза злокачественных опухолей, что позволило применить специфическое лечение. В докладе мы сравниваем методы лечения в двух случаях с одинаковым диагнозами.

Выводы: Данные случаи представляют собой интерес, в связи с тем, что эпителиоидная ангиосаркома крайне редко встречается среди злокачественных опухолей МЖ. Клинико-морфологическая картина не поддается систематизации не только из-за крайне редкой встречаемости, но и по причине использования неспецефических методов диагностики, что затрудняет дифференциальную диагностику.

Литература:

1. *McGowan T.S., Cummings B.J., O'Sullivan B. et al. An analysis of 78 breast sarcoma patients without distant metastases at presentation. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2000;46(2):383–90.*
2. *Воротников И.К. Неэпителиальные и фиброэпителиальные опухоли молочной железы: клиника, диагностика, лечение. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2000.*

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВНУТРЕННЕЙ ПЛАНИРОВКЕ И РАЗМЕЩЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПАЛАТ

Г.О. Бапалиева, К.Ж. Сапаров, Э.Б. Дурмаматов
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра Гигиенических дисциплин,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Данная статья посвящена проблеме наполняемости больничных палат и их соответствия санитарным нормам и требованиям. В связи, с чем авторами обследованы и проанализированы 6 больниц терапевтических отделений, из них 4 больниц государственные и 2 частных клиник. Выявлено, что, больничные палаты по наполняемости, кубатуре, площади палат, в большинстве, не соответствует санитарно-гигиеническим нормативам и требованиям
Ключевые слова: больница, палата, площадь, больничные койки, освещение, санитарные нормы и правила**.**

ТЕРАПЕВТИКАЛЫК ПАЛАТАЛАРДЫН ИЧКИ ПЛАНДАШТЫРУУСУНА ЖАНА ЖАЙГАШТЫРУУСУНА ГИГИЕНАЛЫК БАА БЕРҮҮ

Г.О. Бапалиева, К.Ж. Сапаров, Э.Б. Дурмаматов
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Медициналык алдын алуу иштер боюнча Гигиеналык дисциплиналар кафедрасы,
Кыргыз Республикасы, Бишкек шаары

Корутунду: Бул макалада оорукана палаталарынын толукталышы жана алардын санитардык нормаларга жана талаптарга шайкештиги көйгөйүнө арналган. Ушуга байланыштуу 6 оорукана, анын ичинде 4 оорукана мамлекеттик жана 2 жеке клиникалар авторлор тарабынан текшерилген жана талдоого алынган. Оорукана палаталарынын толгондугу, кубатурасы, палаталардын көпчүлүгү санитардык-гигиеналык ченемдерге жана талаптарга ылайык келбегендиги аныкталды.
Негизги сөздөр: оорукана, палата, аянты, оорукана керебети, жарык, санитардык ченемдер жана эрежелер

HYGIENIC LAYOUT AND PLACEMENT OF THERAPEUTIC WARDS

G.O. Bapalieva, K.J. Saparov, E.B. Durmamatov
Kyrgyz State Medical Academy. I.K. Akhunbayeva,
Department of Hygiene disciplines,
Kyrgyz Republic, Bishkek

Summary: This article is devoted to the problem of filling hospital wards and their compliance with sanitary standards and requirements. In this regard, the authors examined and analyzed 6 hospitals of therapeutic departments, including 4 public hospitals and 2 private clinics. It was revealed that the majority of hospital wards do not meet sanitary standards and requirements in terms of occupancy, cubic capacity, and area of wards
Key words: hospital, ward, square, hospital beds, lighting, sanitary rules and regulations.

Больница – это главное лечебно-профилактическое учреждение службы здравоохранения [1]. На современном этапе больницы являются крупными центрами по оказанию населению высококвалифицированной медицинской помощи [2]. Для больных – это временное жилье. Образно говоря, это жилой дом, в котором определенный контингент населения, в первую очередь больные, т. е. люди с ограниченными функциями систем и органов, добровольно или вынужденно находятся тот или иной период, и лечатся [3].

Свыше 90% времени пребывания больного в стационаре приходится на палату и рекреационные помещения. Поэтому в больнице не может быть более важного помещения, чем палата. Комфортные бытовые, щадящие морально-психологические условия, адекватный интерьер, надлежащий гигиенический и противоэпидемический режим – вот факторы, от которых в значительной мере зависит эффективность лечения. Гигиенические требования к ее содержанию должны быть высокими, а именно достаточности площадью палат, количеству коек в палате и их расположение, микроклимат, освещение, инсоляция, шум и цвет стен палаты [1,2].

По данным государственной статистической отчетности в Кыргызской Республики, выявлено о перегрузке помещений и зданий, это связано, прежде всего, ростом количества населения и недостаточным строительством новых государственных медицинских учреждений.

Эти обстоятельства послужили основанием для изучения внутрибольничных палат и их соответствия санитарным нормам и требованиям, так как благоприятные гигиенические условия в больницах способствуют быстрейшему выздоровлению больных.

Материалы и методы исследование: объектом исследования были государственные лечебно-профилактические учреждения: Республиканская Клиническая Больница, Национальный Госпиталь, Городская Территориальная Больница №1, Госпиталь для ветеранов войны, также частные клиники «Мемориал» и «Бикард» города Бишкек.

Работа осуществлялось физическими способами, на основе измерительного метода, и для гигиенического сравнения использовали Постановление Кыргызской Республики от 11 апреля 2016 года №201 «Санитарно-эпидемиологические требования к лечебно-профилактическим организациям» [5].

Результаты и их оценка. Согласно нормативным документам, больничная палата должна иметь достаточную площадь, которая бы обеспечила надлежащий объем вентиляции и расстановку мебели [1]. Минимальная площадь палаты в государственных больницах терапевтического профиля приходится в среднем от 3,4 до 5,6 м^2, а в частных медицинских учреждениях – с 8,6 до 14,7 м^2, когда норма площади должна быть 7 м^2 в многокоечных палатах (табл.1) [4,5].

Таблица 1. Расчетные показатели терапевтических палат

№	Наименование больницы	Общая площадь м²	Кол-во коек	Площадь на 1 койку, м²	СК
1	Железно-дорожная больница	25,2	6	4,2	1:4,5
		13,32	3	4,44	1:5
2	ГТБ №1 Фучика	17	3	5,6	1:5
		34,8	8	4,35	1:4
3	РКБ нефрология	10,1	3	3,36	1:4
		15,5	4	3,9	1:6
4	НГ профпатология	12,87	3	4,29	1:4
5	НГ неврология	12	3	4	1:4,5
6	ЧП «Мемориал»	29,4	2	14,7	1:15
7	ЧП «Бикард»	17,7	2	8,85	1:2,8
		25,9	3	8,6	1:8

Учитывая биологическое, психофизиологическое, тепловое и бактерицидное действие солнечного излучения, необходимо обеспечить достаточную инсоляцию и уровень естественного освещения палат [1,3]. К показателям, характеризующим освещение, принадлежат световой коэффициент. В ходе исследования светового коэффициента в больницах г. Бишкек, показывает, что в государственных больницах СК соответствует требованиям (1:5-1:6), когда в частных клиниках СК недостаточно и составляет 1:8-1:15 (табл. 1) [4,5].

Особо важным гигиеническим показателем является количество коек в палате и их расположение. Известно, что чем меньше в палатах коек, тем меньше опасность внутрибольничной инфекции, также имеет под собой психологическое основание [3]. При анкетировании: на вопрос «предпочитаете ли Вы, четырех местную или двухместную палату?», из числа опрошенных больных, которые находились на момент опроса в трех и более местных палатах, изъявили желание переселиться в двухместные только 76%, тогда как только 24,0% респондентов пожелали переселиться в четырехместные палаты (рис.1).

Известно, что расстояние между длинными и торцовыми сторонами коек, а также расстояние от коек до стены с окнами имеет большое психологическое и гигиеническое значение [1,3]. Из-за недостатка мест койки расположены вплотную к наружной стене во всех исследуемых больницах, что составляет от 20 см до 80 см, когда при норме должны быть не менее 0,9 м. В 50% палатах расстояние между койками отмечается недостаточным (при норме не менее 0,8 м). Расстояние между торцами кроватей и стеной в государственных и частных медицинских клиниках не превышает 1 м, что отмечается недостаточным (при норме 1,3 м) (табл. 2) [4,5].

Таблица 2. Расположение больничных коек внутри палаты

№	Наименование больницы	Кол-во коек	Расстояние коек от стен с окнами	Расстояние между торцами коек	Расстояние между длинными сторонами койками
1	Железно-дорожная больница	6	70 см	90 см	90 см
		3	65 см	75 см	75 см
2	ГТБ №1 Фучика	3	62 см	80 см	60 см
		8	45 см	90 см	55 см
3	РКБ нефрология	3	35 см	1 м	1 м
		4	30 см	85 см	44 см
4	НГ профпатология	3	30 см	1,10 м	1,10 м
5	НГ неврология	3	20 см	70 см	60 см
6	ЧП «Мемориал»	1	75 см	70 см	-
		2	70 см	3,5 м	1 м
7	ЧП «Бикард»	2	80 см	80 см	80 см
		3	80 см	90 см	80 см

Вывод. Таким образом, установлено, что больничные палаты лечебных учреждений гигиенические условия не являются оптимальной средой к быстрейшему выздоровлению больных.

Список литературы

1. *Гончарук Е.И., Бардов В.Г., Гаркавий С.И., Яворовский А.П., Коммунальная гигиена. - К.: Здоров'я, 2006*
2. *Джемуратов К.А., Василевский М.Г., Касымов О.Т. Гигиеническая оценка больничных палат лечебных организации Кыргызстана, Наука и новые технологии. 2009 г №7.*
3. *Борисович Я.Н. учебно-методическое пособие, гигиена лечебно-профилактических организации Минск БГМУ 2012*
4. *СанПин 5179-90 Санитарные правила устройства оборудования и эксплуатации больниц родильных домов и других лечебных стационаров охрана труда.*
5. *Постановлением Кыргызской Республики от 11 апреля 2016 года №201 «Санитарно-эпидемиологические требования к лечебно-профилактическим организациям».*

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Керимбекова А.К., 3 курс, факультет «Медико-профилактическое дело»
Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии
г. Бишкек, Кыргызстан
Научный руководитель: к.м.н., доцент Хамзаев Б.Д.

Актуальность темы: Вирусные гепатиты в настоящее время представляют одну из важнейших актуальных проблем медицинской науки и здравоохранения это определяется повсеместной распространенностью, высоким уровнем заболеваемости, полиэтиологичностью. Так, по данным ВОЗ, в разных странах мира вирусными гепатитами инфицировано или перенесли в прошлом до 2 млрд. человек. Вирусом гепатита «В» в мире заражено более 350 млн. человек, а ежегодно от различных клинических проявлений данной инфекции умирают более 1 млн человек . Среди всех причин смерти вирусный гепатит В занимает 10-е место. Кыргызская Республика не является исключением в отношении распространенности вирусных гепатитов. Так согласно оценке экспертов ВОЗ, территория Кыргызстана относится к регионам с высокой эндемичностью вирусных гепатитов. Гепатит—это воспаление печени. Это состояние может быть самоизлечивающимся или приводить к развитию фиброза (рубцевания), цирроза и гепатокарциномы. Самыми распространенными возбудителями гепатита в мире являются вирусные гепатиты, но его причиной могут также быть другие инфекции, токсичные вещества (например, алкоголь и некоторые наркотики) и аутоиммунные заболевания. Существует 5 основных вирусов гепатита, называемых типами A, B, C, D и E.

Цель исследования: Дать оценку интенсивности заболеваемости вирусными гепатитами в Кыргызстане.

Материалы и методы исследования: Учитывая актуальность проблемы вирусных гепатитов с 1999-2015 гг. были приняты две последовательные целевые программы с 1999-по 2010г., и с 2011 по2015 гг., которые разработаны согласно плану Европейского регионального бюро ВОЗ «Плана действий сектора здравоохранения по борьбе с вирусными гепатитами в Европейском регионе ВОЗ», Европейской политике в области здоровья и благополучия населения «Здоровье-2020» и программой МЗ КР по реформирования здравоохранения «Ден соолук». Приоритеты которых были направлены на сокращение заболеваемости острыми распространенности хронических форм инфекции, путем улучшения диагностики, внедрения вакцинопрофилактики против вирусного гепатита В.

Результыты исследования: В Республике социальная значимость вирусных гепатитов значительно возрастает за счет хронических форм инфекции парентерально передающимися формами вирусных гепатитов (В, С, Д) (длительное течение, переход в цирроз и гепатоцеллюлярную карциному). За последние 20 лет в Кыргызской Республике наблюдается снижение заболеваемости острым гепатитом В (с 27,7 0/0000 до 5,3 0/0000) за счет активной иммунизации всех детей и взрослых из групп риска, а также улучшения инфекционного контроля в органах здравоохранения. В Кыргызской Республике в общей структуре заболеваемости острыми вирусными гепатитами, гепатит А составляет 60,5 %, гепатит В-16,9 %, гепатит С-4,5%; доля неверифицированных гепатитов ни-А, ни-С-15,2 %. Доля острых вирусных гепатитов в структуре инфекционной заболеваемости составляет более 30%. В то же время

заболеваемость хроническими гепатитами В, С и D, где способами передачи являются переливание зараженной крови или продуктов крови, инвазивные медицинские процедуры с использованием загрязненного оборудования и, в отношении гепатита В, передача от матери ребенку во время родов, от члена семьи ребенку, а также при сексуальных контактах, среди взрослого населения нашей страны с каждым годом увеличивается.

Заболеваемость ВГА в республике обусловлена в основном детьми до 14 лет, удельный вес которых, составляет 84,1%. Основными причинами подъема заболеваемости ВГА среди детей является, прежде всего, контактно-бытовой путь. Рост заболеваемости энтеральных (А, Е) гепатитов в основном зависит от обеспеченности населения доброкачественной питьевой водой. В республики обеспеченность централизованной питьевой водой населенных пунктов республики составила 72,2%, а обеспеченность населения республики составила 84%. ВГС - становится самой распространенной формой хронических заболеваний печени. Отсутствие вакцины и эффективных мер лечения, определяют трудности контроля над этой инфекцией.

Так в 2016 г. о своем статусе знали только 10% (27 млн. человек) от общего числа инфицированных гепатитом В. Лечение проходили только 17% (4,5 млн. человек) от всех диагностированных. В 2017 г. о своем статусе знали 19% (13,1 млн. человек) от общего числа инфицированных гепатитом С, из которых 15% (2 млн. человек) прошли лечение в том же году.

На сегодняшний день в Кыргызстане отмечается снижение заболеваемости острым гепатитом В с**29,9** до **5,2** на **100 тыс.** населения в 2018 году, обусловленная введением обязательной вакцины против гепатита В детям с рождения. Также появились противовирусные препараты прямого действия, вылечены сотни больных гепатитом С.

Заболеваемость вирусными гепатитами (все формы) по республике (на 100000 населения).

Регион	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Кыргызская Республика	263,0	207,3	240,2	396,4	358,2	206,0	188,9	240,4	144,2	164,0
Баткенская область	469,3	251,3	329,7	464,7	495,6	260,7	339,7	704,5	238,5	238,4
Джалал-Абадская область	259,4	295,3	286,9	258,8	363,3	274,9	233,8	193,4	140,9	240,6
Иссык-Кульская область	131,1	128,5	228,5	461,2	450,9	132,9	59,7	46,5	27,9	36,6
Нарынская область	137,8	170,7	188,5	422,9	424,2	125,3	102,1	97,0	66,5	62,4
Ошская область	308,8	220,1	279,3	364,9	318,1	230,3	214,0	326,3	216,6	225,0
Таласская область	395,9	196,2	229,5	373,2	325,2	139,8	198,2	233,8	103,9	127,1
Чуйская область	234,4	177,6	171,1	488,7	339,4	144,0	154,7	172,4	113,4	109,0
г.Бишкек	169,9	136,1	157,8	406,9	294,1	146,5	128,1	154,6	107,3	93,7
г.Ош	336,0	236,5	292,0	474,2	343,6	379,2	230,4	201,9	189,2	201,6

Выводы: По результатам исследования для снижения заболеваемости вирусными гепатитами необходимо:

1. Усовершенствование системы эпиднадзора за вирусными гепатитами.
2. Усиление профилактических мер (проведение плановых вакцинаций против вируса гепатита В всему детскому населению, а также в группах риска), направленных на снижение бремени болезни.
3. Усовершенствование лабораторной диагностики вирусных гепатитов(ранее выявление источников инфекции среди доноров крови, плазмы, спермы, при обследовании групп риска с профилактической целью).
4. Улучшение качества лечения, оказываемых пациентам с гепатитами.
5. Повышение квалификации кадрового потенциала медицинских работников.
6. Улучшение научных и инновационных подходов в организации борьбы с вирусными гепатитами
7. Повышение информированности населения и усиление социальной мобилизации на борьбу с вирусными гепатитами.

Список литература.

1. ПРИКАЗ Министерства здравоохранения КР №431 от 22.05.2017г. о внедрении Целевой Программы «Стратегия борьбы с вирусными гепатитами в Кыргызской Республике на 2017-2022гг.»

2. Целевая программа «Стратегия борьбы с вирусными гепатитами в Кыргызской Республике на 2017-2022гг.»

3. *Шоонаева Н.Д. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ ЖЕНЩИН КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ // Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. LIV-LV междунар. науч.-практ. конф. № 4-5(49). – Новосибирск: СибАК, 2016. – С. 8-13.*

УДК – 343.261:340

АНАЛИЗ СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВ ЗАКЛЮЧЕННЫХ НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ КОЛОНИЯХ МУЖСКОГО КОНТИНГЕНТА

А.С. Колопов, М.Ш. Мукашев, Е.А. Халитова
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.К.)
Кафедра судебной медицины и правоведения
(зав.кафедрой – д.м.н., профессор Мукашев М.Ш.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика
E-mail: kafsudmed@mail.ru

Резюме. Конституция Кыргызской Республики и ряд международных нормативных документов гарантируют надлежащие медицинские услуги и контингенту лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях. Проведен мониторинг по выявлению уровня оказания медицинских услуг лицам, находящимся в учреждениях № 1, 3, 8, 10, 16, 27, 31, 47 системы государственной службы исполнения наказания. Выявленные недостатки медицинского обслуживания, по мнению мониторинговой группы, обусловлены: дезинтегрированностью политики пенитенциарного здравоохранения и национальной политикой охраны здоровья; недостаточной организованностью пенитенциарной медицинской службы; оказания медицинской помощи без должного учета схем диагностики, лечения и профилактики конкретного заболевания; зависимостью мед.персонала от администрации исправительного учреждения и возможностью вступления в конфликт обязанности мед.персонала с соображениями поддержания порядка и режима.

Мониторинговая группа рекомендует передачу ответственности за медико-санитарную помощь в пенитенциарных учреждениях Министерству здравоохранения Кыргызской Республики.

Ключевые слова: Право, пенитенциарные учреждения, осужденные, медико-санитарная помощь.

ЭРКЕКТЕРДИН ОҢДОП-ТҮЗӨӨ КОЛОНИЯЛАРЫНДАГЫ МЕДИЦИНАЛЫК ЖАРДАМ АЛУУГА УКУКТАРЫН САКТАЛЫШЫН ИЗИЛДЕП СЕРЕПТӨӨ

А.С. Колопов, М.Ш. Мукашев, Е.А. Халитова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.)
Соттук медицина жана укук кафедрасы
(Кафедра башчысы – м.и.д., профессор Мукашев М.Ш.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Пенитенциардык мекемелерде жаткан контингенттердин медициналык жардам алууга тиешелуу укуктары Кыргыз Республикасынын Конституциясында жана бир топ эл аралык укук-нормативдик документтерде кепилделген. № 1,3,8,10,19,27, 31,47 пенитенциардык мекемелерде медициналык жардам берүүнүн деңгеелин текшерүү үчүн атайын мониторинг жүргүзүлдү. Ошонун натыйжасында анык болгон медициналык жардам берүүдөгү кемчиликтердин себеби, мониторинг жүргүзгөн топтун пикири боюнча, төмөнкүдө: пенитенциардык медициналык мекемелердин саясатынын жана саламаттыкты сактоо боюнча улуттук саясаттын чар-жайыты; пенитенциардык медициналык кызматынын жетишсиздик уюштурулушу; оорунун түрүнө жараша аныктоонун, дарылоонун, алдын алуунун жолдорунун схемасын колдонбошу; медициналык кызматкерлердин оңөп-түзөө мекемелеринин администрациясынан көз-карандылыгы жана медициналык кызматкердин дарылоо милдетин жана тартип менен режимди сактоо милдетинин ортосунда келип чыккан конфликти (тиреши).

Изилдөө жүргүзгөн мониторинг тобу пенитенциардык мекемелерде медициналык тейлөөнү Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлигине өткөрүп берүүнү сунуштайт.
Негизги создор: укук, пенитенциардык мекемелер, соттолгондор, медико-санитардык жардам.

THE LEVEL AND STRUCTURAL CONTENT OF THE MORBIDITY AND MORTALITY RATE AMONGST PRISONERS IN CORRECTIONAL COLONIES

A.S. Kolopov, M.Sh. Mukashev, E.A. Halitova
Kyrgyz State Medical Academy after I.K. Ahunbaev
(president – Prof. I.O. Kudaibergenova, PhD)
Department of Forensics and Legal Sciencies
(head – Prof. M. Mukashev, PhD)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The article contains the results of monitoring of morbidity rate amongst inmates of correctional colonies (CC # 1, 3, 8, 10, 16, 27, 47). In correctional colonies 3, 16 and 47 the high prevalence of diseases are caused by stomach diseases. 26% of inmates in colony 1 and 37% of inmates in colony 8 are suffering from diseases of the genitourinary system.
Diseases of blood-forming organs are disclosed in all colonies, however this morbidity rate is much lower than the diseases of the genitourinary and stomach systems and is at the amount from 6 to 10 %. The respiratory diseases are at the least rate – form 3 to 6%.
Mental disorder and drug addiction have not been found out at all in colony 16. At the same time diseases of nervous system are found out in all colonies monitored although at different amount (9-24%).
Key tags: correctional colonies, inmates, diseases, medical personnel.

Актуальность. Конституционное право каждого на охрану здоровья и обязательство государства по созданию условий для медицинского обслуживания и принятию мер по развитию секторов здравоохранения определено ст.47 Конституции Кыргызской Республики, которая определяет здоровье человека высшей ценностью наряду с жизнью, правами и свободами человека (ст.6 ч.1,2) [1].
По мнению Н.Мандела [2] «О нации следует судить не по тому, как она обращается со своими самыми выдающимися гражданами, а по тому, как она обращается с находящимся на дне»
Приговор суда лишает человека свободы, но отнюдь не отбирает у него право оставаться человеком [3].
Одним из основополагающих принципов Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания являются: «Все лица, лишенные свободы, имеют право на гуманное обращение и уважение достоинства, присущего человеческой личности (ст.10(1) МПГПГ[4]. Отсюда следует, что лица, содержащиеся под стражей, не могут «подвергаться каким-либо лишениям или ограничениям, кроме тех, которые возникают в результате лишения свободы». Уважительное отношение к достоинству таких лиц должно быть гарантировано на тех же условиях, что и для свободных лиц.
Третьим принципом Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания является: «Государство должно обеспечить условия содержания под стражей для лица, совместимые с уважением человеческого достоинства, а также способ и форма исполнения меры не могли подвергнуть его лишениям или трудностям, превышающим неизбежный уровень страдания при задержании и, учитывая практические требования тюремного заключения, его здоровье и благополучие были надлежащим образом обеспечены с предоставлением ему необходимой медицинской помощи [5].
Основным вектором реформирования уголовно-исполнительной системы Кыргызской Республики является курс на развитие гуманитарных ценностей и следование международным стандартам обращения с заключенными [6].
Ст.33 Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» предусматривает, что лицам, помещенным в изоляторы временного содержания и специальные учреждения уголовно-исполнительной системы, медико-санитарная помощь оказывается ведомственными меди-

ко-санитарными службами либо государственными или муниципальными организациями здравоохранения на основе заключенных договоров в порядке, устанавливаемым Правительством КР [7].

Целью исследования явилось содействие совершенствованию порядка оказания базовых медицинских услуг в исправительных колониях для мужчин посредством доведения до сведения органов законодательной и исполнительной власти и широкой общественности информации о ситуации с соблюдением права на здоровье и смежных прав осужденных, основанной на экспертном анализе и подкрепленной выводами и рекомендациями для практического внедрения.

Данная статья подготовлена по результатам исследования институтом Омбудсмена (Акыйкатчы) Кыргызской Республики соблюдения права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и смежных прав осужденных мужчин, отбывающих наказание в восьми исправительных колониях республики.

Обеспечение целей исследования достигнуто за счет сочетания следующих основных видов деятельности:

- обзор законодательства, регулирующего порядок функционирования исправительных учреждений, с акцентом на условия содержания осужденных мужчин и организацию их медицинского обслуживания;
- непосредственное наблюдение в условиях исправительных колоний;
- полуструктурированное интервью с осужденными мужчинами;
- полуструктурированное интервью с представителями администрации учреждения;
- полуструктурированное интервью с медицинскими работниками учреждения;
- медицинский осмотр осужденных мужчин;
- изучение медицинской документации;
- анализ и обработка результатов интервьюирования, формирование выводов рекомендаций;
- предоставление результатов мониторинга, выводов и рекомендаций заинтересованным государственным органам и представителям общественности, их дальнейшее обсуждение с целью совершенствования порядка организации медицинской помощи в исправительных колониях для мужчин.

В рамках мониторинга соблюдения права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья осужденных мужчин мониторинговая группа посетила 8 объектов пенитенциарной системы ГСИН (Государственная служба исполнения наказания):

1. учреждение №1
2. учреждение №3
3. учреждение №8
4. учреждение №10
5. учреждение №16
6. учреждение №27
7. учреждение №31
8. учреждение №47

Мониторинговой группе была предоставлена возможность посещать необходимые объекты учреждений, знакомиться, за отдельным исключением, с необходимой документацией, а также встречаться с администрацией и персоналом учреждений для проведения интервью и обсуждения вопросов организации медицинского обслуживания содержащихся в них осужденных мужчин.

Государственная служба исполнения наказаний при Правительстве Кыргызской Республики является правоохранительным, государственным органом исполнительной власти, реализующим государственную политику по вопросам деятельности уголовно-исполнительной системы [8].

Лишение свободы является мерой наказания, применяемой на основании вступившего в силу приговора суда за совершение преступления. Во исполнение приговора суда лицо лишается свободы, но не лишается права оставаться человеком и требовать к себе отношения на основе уважения его человеческого достоинства при неукоснительном соблюдении прав и свобод, за исключением тех, которые естественно ограничены в силу характера и специфики этого вида наказания.

Факт отбывания наказания в виде лишения свободы не должен влиять на реализацию права осужденных на здоровье. Если государство лишает человека свободы, оно должно гарантировать его право на здоровье и обеспечивать ему максимально качественную медицинскую помощь. При этом важно, чтобы любое медицинское обслуживание или медицинский уход, обеспечиваемые для лишенных сво-

боды лиц, были, по меньшей мере, адекватны тем, которые доступны для свободного гражданского населения. Недостаточный уровень медицинского обслуживания может быстро привести к ситуации, подпадающей под понятие «бесчеловечное и унижающее достоинство обращение».

Стандарты обращения с осужденными к лишению свободы лицами и гарантии соблюдения их прав, включая право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, закреплены в международных договорах, участницей которых является Кыргызская Республика, и в значительной степени имплементированы в национальное законодательство, регулирующее порядок и условия отбывания наказания в виде лишения свободы.

Правовое регулирование организации обеспечения медицинского обслуживания лиц, осужденных к лишению свободы, в том числе в исправительных колониях для мужчин, исходит из содержания конституционных положений, которые определяют здоровье человека как высшую ценность и устанавливают право каждого на охрану здоровья и обязательство государства по созданию условий для медицинского обслуживания.

В ведении уголовно-исполнительной системы Кыргызской Республики находятся 9 исправительных учреждений, в которых осужденные содержатся по закрытому лагерному принципу, а также с размещением в помещениях камерного типа, из них:

для медицинского обслуживания осужденных, согласно статье 73 действовавшего до 1 января 2019 года Уголовно-исполнительного кодекса (УИК) Кыргызской Республики, организуются лечебно-профилактические учреждения (больницы, специальные больницы: психиатрические и туберкулезные; медицинские части), а для содержания и амбулаторного лечения больных активной формой туберкулеза, хронического алкоголизма и наркомании, ВИЧ-инфицированных - лечебные исправительные учреждения.

Согласно части 2 статьи 101 вступившего с 1 января 2019 года нового УИК Кыргызской Республики «*для медицинского обслуживания осужденных организуются лечебные исправительные учреждения (больницы, специальные больницы), в том числе со смешанными видами режима, а также медицинские части*».

Администрация исправительных учреждений несет ответственность за выполнение установленных санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований, обеспечивающих охрану здоровья осужденных. Порядок оказания осужденным медицинской помощи, организации и проведения санитарного надзора, использования лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений органов здравоохранения и привлечения для этих целей их медицинского персонала устанавливается законодательством Кыргызской Республики.

Медицинская служба пенитенциарной системы Кыргызской Республики организована по ведомственному принципу, находится в подчинении администрации ГСИН и отвечает за все лечебно-профилактические мероприятия, проводимые в пенитенциарной системе. Организационно медицинская служба ГСИН не связана с гражданским сектором здравоохранения, то есть она функционирует параллельно общей системе здравоохранения.

Таким образом, мониторинговая группа повторно приходит к заключению о том, что недостатки в практике предоставления медицинской помощи продолжают иметь место по следующим причинам:

- уполномоченный орган в области здравоохранения недостаточно активно участвует в охране здоровья в местах лишения свободы, так как политика пенитенциарного здравоохранения и национальная политика охраны здоровья дезинтегрированы, и это привело к появлению «параллельных систем», не полностью подпадающих под государственную политику аттестации и аккредитации;
- пенитенциарная медицинская служба недостаточно организованна, в том числе, вследствии неполной укомплектованности штата сотрудников или укомлектованности сотрудниками с недостаточной квалификацией, а также слабой технической и материальной оснащенности;
- медицинская помощь осужденным оказывается без должного учета схем диагностики, лечения и профилактики конкретного заболевания или состояния пациента, которым должны следовать медицинские работники (клинические руководства/протоколы), и принципов доказательной медицины;
- медицинский персонал исправительных учреждений изолирован от основного направления практики медицинских услуг, и как следствие, у него отсутствует возможность пользоваться более широкими достижениями в методике лечения, в профессиональных стандартах, в обучении;

- медицинский персонал зависит от администрации исправительного учреждения, которая не всегда позволяет ему руководствоваться только медицинскими критериями при принятии клинических решений и осуществлении других оценок, касающихся здоровья осужденных. Их обязанность заботиться о своих пациентах зачастую может вступать в конфликт с соображениями поддержания порядка и режима;
- существуют пробелы и коллизии в правовых актах, регулирующих деятельность по охране здоровья осужденных.

Таким образом, при таких обстоятельствах передача уполномоченному органу здравоохранения (Министерству здравоохранения) ответственности за предоставление медико-санитарной помощи и в местах лишения свободы является наиболее эффективным способом устранения существующих недостатков и создания системы, гарантирующей надлежащий и своевременный доступ осужденных к услугам врача, отвечающего профессиональным, этическим и техническим стандартам.

Литература.

1. *Конституция Кыргызской Республики от 27 июня 2010 г.*
2. *Специальный доклад Акыйкатчы (Омбудсмена) Кыргызской Республики "Соблюдение права на охрану здоровья в исправительных колониях для мужчин ГСИН при ПКР", Бишкек 2018 г.*
3. *Мукашев М.Ш., Колопов А.С., - Организация медицинской помощи в пенитенциарных учреждениях женского контингента (на примере женской колонии) AlaToo academic Бишкек № 4, 2018, - с. 233-238*
4. *Антон ван Калмтуут. 28 лет ЕКПП и предупреждение жестокого обращения в Европе. Бишкек, PRI, май 2018 г.*
5. *Колопов А.С., Мукашев М.Ш., Турганбаев А.Э., Асанов Б.А., Степень соблюдения национальных стандартов качества предоставления медицинской помощи в изоляторах временного содержания // Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика. 2019, выпуск 5 (26) 2. Омск 6-7 июня 2019. с. 70-77*
6. *Закон КР "Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике" от 09.01.2005 года.*
7. *Положение Государственной службы исполнения наказаний при Правительстве Кыргызской Республики. Утверждено постановлением Правительства Кыргызской Республики от 18 декабря 2009 года № 775 (в редакции постановления Правительства Кыргызской Республики от 4 октября 2011 года № 611, п.1.)*

УДК 616.995.42 (5352)

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА АСКАРИДОЗ ООРУСУНУН АЗЫРКЫ УЧУРДАГЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК АБАЛЫ

Маматова А.К., Толонбай кызы Элназ,
илимий жетекчи – б.и.к. Раимкулов К.М.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекетинин Медицина Академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада Кыргыз Республикасынын жарандарында 2009-2018-жылдар ичинде катталган аскаридоз оорусунун азыркы эпидемиологиялык абалы боюнча жыйынтыктар каралат. Изилдөөнүн негизги материалдары болуп дарылоо мекемелеринин жана райондук ооруларды алдын алуу жана мамлекеттик санитардык-эпидемиологиялык көзөмөлдөө борборлорунун 2009-жылдан 2018-жылга чейинки статистикалык отчеттору эсептелет. Ремпублика боюнча көп жылдык орточо интенсивдүү көрсөткүчү 1000 адамга - 21,4, төмөнкү – 11,85, жогорку - 36,8ди түздү.

Негизги сөздөр: аскаридоз, мүнөздөп талдоо, отчеттор, эпидемиологиялык абал, оору, Кыргыз Республикасы, жабыркашы.

СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АСКАРИДОЗОМ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Маматова А.К., Толонбай кызы Элназ, науч. руководитель – к.б.н. Раимкулов К.М.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье приводятся данные о современной эпидемиологической ситуации по заболеваемости аскаридозом людей Кыргызской Республике (КР) с 2009 по 2018 - гг. Материалом исследования служили статистические отчеты лечебных учреждений и районных центров профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора за период с 2009 г. по 2018 г. Средний многолетний интенсивный показатель заболеваемости аскаридозом по республике на 100 тыс. населения составил - 21,4, минимальный – 11,85, максимальный - 36,8.
Ключевые слова: аскаридоз, ретроспективный анализ, отчеты, эпидемиологическая ситуация, заболеваемость, Кыргызская Республика, инвазированность.

CURRENT EPIDEMIOLOGICAL SITUATION ON ASCARIASIS IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Mamatova A.K. Tөlөnbay kyzy Elnaz scientific. Supervisor-PhD (Biol. Sc.) Raimkulov K.M.
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. This article Citizens of the Kyrgyz Republic for the period 2009-2018 askaridoz reviewed the results of the current epidemiological situation of the disease. The basic materials research and medical institutions, and regional disease prevention and the state sanitary-epidemiological control centers from 2009 to 2018 is the statistical reports. Intensive Rempublika on the longterm average rate for 1000 is 21.4, 11.85, reached a high of 36.8.
Key words: ascariasis, retrospective analysis, reports, epidemiological situation, incidence, Kyrgyz Republic, invasion.

Киришүү

Аскаридоз – (*Ascaris lumbricoides*) аскарида мите курту чакыруучу оору. Бул ооруда токсикалык-аллергиялык көрүнүштөр жаралат [1, 2].

Аскарида өзүнүн тукумчулдугу менен айырмаланат. Уруктангандан кийин аскариданын ургачысы ар күнү 240 000 миңге чейин жумуртка тууйт. Жумурткалары катуу кабык менен капталып, азыктын сиңбей калган бөлүкчөлөрү менен сыртка чыгарылып, жерге түшөт. Кычкылтек жетиштүү, нымдуу топуракта 15-20 күндөн кийин ар бир жумуртканын ичинде личинкалар пайда болот. Бул личинкалар адамдын организмине жуулбаган мөмө-жемиштер, кир кол аркылуу жугат. Алар ооздон ичегиге барып, сыртындагы кабыгы эрийт, личинкалар бошонуп чыгып, ичегинин бетине кирет. Алар ичегини тешишип, кан тамырларга өтөт. Аны менен боорго жүрөккө, өпкөгө барат. Личинкалар өпкөдө чоңоюшуп, дем алуу жолдору менен (альвеолдор, коко, кекиртек, кулкун) ооз көңдөйүнө туш келет да кайра жутулуп ичегиге келет. Бул жерде, б.а. ичегиде чоң аскаридаларга айланат [3]. Аскаридоз оорусу Арктика жана чөлдөн башка жер шаарынын бардык жеринде таралган [4]. Дүйнө жүзү боюнча ар жылы 0,8-1,2 миллиардга чукул адам аскаридоз оорусуна кабылышат. Көпчүлүгү тропикалык Африкада, Латын Америкасында, Мексика кысыгында жана Азияда катталган [5]. Тийиштүү маалыматтарга ылайык 1990-жылы 3400 адам, ал эми 2010-жылы 2700 адам аскаридоз оорусуна байланыштуу каза болушкан [6]. Ошондуктан Кыргыз Республикасында аскаридоз оорусунун эпидемиологиясын абалын аныктоо бул курч маселелердин бири.

Иштин максаты Кыргыз Республикасындагы аскаридоз оорусунун азыркы учурдагы эпидемологиялык абалын изилдөө болуп саналат.

Материалдар жана усулдар. Изилдөөнүн материалдарына 2009-жылдан 2018-жылга чейинки Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу оорулардын алдын алуу жана мамлекеттик санитардык-эпидемиологиялык көзөмөлдөө Департаментинин отчеттук жана статистикалык эсептөөлөрү кирет.

Изилдөөнүн усулдары: ретроспективдик, эпидемиологиялык, аналитикалык, статистикалык.

Жыйынтык жана аны талкуулоо. Биз 2009-жылдан 2018-жылга чейинки официалдуу түрдө катталган маалыматтар боюнча аскаридоз оорусунун Кыргыз Республикасы боюнча таралышын анализдеп чыктык.

Кыргыз Республикасы боюнча аскаридоз оорусунун интенсивдүү көрсөткүчү 1-сүрөттө көрсөтүлгөндөй 2009-жылы 16,93 болсо, 2018-жылы 23,8 го жеткен. Бул жылдар аралыгында оорунун көрсөткүчтөрү ар кандай болгон. Мисалга алсак, 2010-жылдан 2012-жылга чейин оорулуулардын саны 31%га өскөн. Ал эми 2013-2014-жылдары 2012-жылга салыштырмалуу оорулуулардын саны азайган. Жалпысынан алганда баштапкы көрсөткүчкө салыштырмалуу 29% га өскөн.

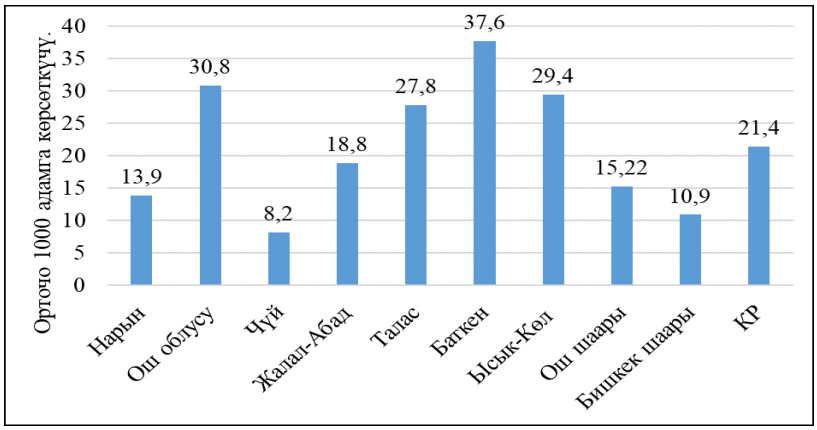
Бул жылдар аралыгында республиканын ар кайсы аймактарында аскаридоз оорусунун таркалышы бирдей болгон эмес. Жалпы 3484969 текшерүүдөн өткөн. Алардын ичинен 100723 адам аскаридоз оорусу менен катталган.

Кыргыз Республикасы боюнча аскаридоз оорусунун көп жылдык орточо 1000 адамга болгон көрсөткүчү – 21,4, төмөнкү – 11,85, жогорку – 36,8ди түздү (1 таблица).

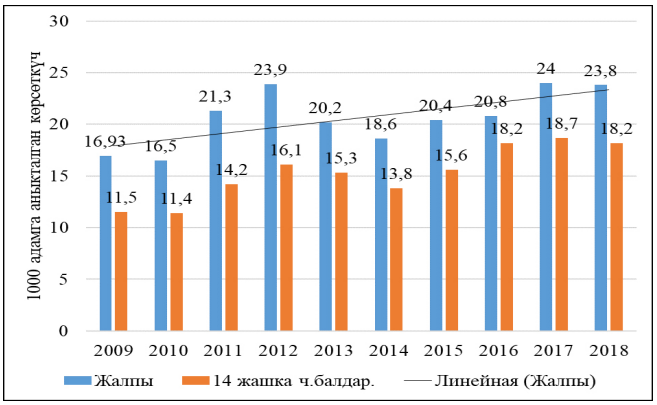
1-сүрөттө көрсөтүлгөндөй бул жылдар аралыгында текшерилген 1000 адамга салыштырмалуу көрсөткүчү эң бийик болгон бул Баткен облусунда – 37,6, ал эми андан кийинки орунда Ош облусу – 30,8, Ыссык-Кол облусу – 29,4, Талас облусу – 27,8 көрсөткүчтөргө ээ болду.

1-таблица Республика боюнча аскаридоз оорусунун 1000 адамга болгон максималдуу, орточо жана минималдуу көрсөткүчү.

Территория	Орточо	Минималдуу (жыл)	Максималдуу (жыл)
Нарын	13,9	6,2 (2015)	27 (2013)
Ош облусу	30,8	13,7 (2010)	44,4 (2017)
Чүй	8,2	5,1 (2018)	22,1 (2011)
Жалал-Абад	18,8	12,2 (2009)	23,7 (2018)
Талас	27,8	11,5 (2017)	68,5 (2010)
Баткен	37,6	28,4 (2015)	54,5 (2011)
Ысык-Көл	29,4	10,8 (2009)	53,3 (2018)
Ош шаары	15,22	9,4 (2016)	23,1 (2012)
Бишкек шаары	10,9	9,4 (2018)	14,8 (2010)
КР	21,4	11,85	36,8



1-сүрөт. 2009-жылдан 2018-жылдар арасындагы облустар боюнча аскаридоз оорусунун орточо текшерилген 1000 адамга салыштырмалуу көрсөткүчү.



2-сүрөт. 2009-жылдан 2018-жылга чейинки Кыргыз Республикасындагы аскаридоз оорусунун текшерилген 1000 адамга салыштырмалуу жалпы орточо жана 14 жашка чейинки балдардын көрсөткүчү.

2-сүрөттө көрүнүп тургандай 2009-жылы 14 жашка чейинки балдардын корсөткүчү 11,5ти түзсө, 2017-жылы бул көрсөткүч 18,7ге өскөн. Тагыраак айтканда 2017-жылы 2009-жылга салыштырмалуу 14 жашка чейинки балдардын арасында аскаридоз оорусу 1,62 эсеге өскөн. Жалпы катталган аскаридоз ооруларынын 39,4% аялдар түзгөн.

Жыйынтыктары:

1. 2009-2018-жылдар ичиндеги анализдөөдө жалпы Кыргыз Республикасында 3484969 киши текшерүүдөн өтүп анын ичинен 100723 кишиде аскаридоз оорусу аныкталган. Аны 1000 адамга алып караганда орточо көрсөткүч 21,4тү түздү. Минималдуу көрсөткүч 11,85ти, максималдуу көрсөткүч 36,8ди түзгөн.
2. 2009-2018-жыл аралыгында оорунун саны өсүп да төмөндөп да турган, бирок жалпысынан алып караганда баштагыга салыштырмалуу оору 29%га өскөн.
3. Изилденген жылдар аралыгында аймактар арасында текшерилген 1000 адамга салыштырмалуу оточо көрсөткүчү боюнча эң көп катталган Баткен - 37,6, Ош - 30,8 жана Ыссык-Көл облустары болуп эсептелди.
4. 2017-жылы 2009-жылга салыштырмалуу 14 жашка чейинки балдардын арасында аскаридоз оорусу 1,62 эсеге өскөн.

Колдонулган адабияттар:

1. *Всемирная организация здравоохранения. Гельминтные инфекции, передаваемые через почву.-Информационный биллютень №366, май 2014. [Электронный ресурс]. Дата обращения:02.11.2018.*
2. *Аскаридоз.-Журнал "Вестник инфектологии и паразитологии". [Электронный ресурс]. Дата обращения:02.11.2018.*
3. *Биология. Жаныбарлар: Орто мектептердин 7-8-кл. үчүн окуу китеби/Токтосунов А.,Бейшебаев К.,Мамытова Б.;"Билим куту",2006, 64-бет.*
4. *Алимходжаева П.Р.,Журавлева Р.А. Руководство по медицинской паразитологии.-Т.:Изд-во мед.лит.им Абу Али ибн Сино,2004.*
5. *Keiser,J; Utsinger,J. The drugs we have and the drugs we need against maior helmints infections.//Advances in parasitology:journal.-2010.-Vol.73.-P. 197-230.*
6. *Lozano,R. Global and regional mortality from 235 causes of death foe 20 age groups in 1990 and 2010:a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.-P.2095-2128.*

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ЛЯМБЛИОЗ ООРУСУНУН ЭПИДЕМИЯЛОГИЯЛЫК АБАЛЫ (2010-2018 гг.)

Раимкулов К.М., Кожомкулов А.Б.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекетинин Медицина Академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада Кыргыз Республикасынын жарандарында 2010-2018-жылдар ичинде каттал-ган ляблиоз оорусунун азыркы эпидемиологиялык абалы боюнча жыйынтыктар каралат. Изилдөөнүн негизги материалдары болуп дарылоо мекемелеринин жана райондук ооруларды алдын алуу жана мамлекеттик санитардык-эпидемиологиялык көзөмөлдөө борборлорунун 2010-жылдан 2018-жылга чейинки статистикалык отчеттору эсептелет.
Негизги сөздөр: лямблиоз, мүнөздөп талдоо, отчеттор, эпидемиологиялык абал, оору, Кыргыз Республикасы, жабыркашы.

СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛЯМБЛИОЗОМ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Раимкулов К.М., Кожомкулов А.Б.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье приводятся данные о современной эпидемиологической ситуации по заболеваемости ляблиозом людей Кыргызской Республике (КР) с 2010 по 2018 - гг. Материалом исследования служили статистические отчеты лечебных учреждений и районных центров профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора за период с 2010 г. по 2018 г.
Ключевые слова: лямблиоз, ретроспективный анализ, отчеты, эпидемиологическая ситуация, заболеваемость, Кыргызская Республика, инвазированность.

KYRGYZ REPUBLICSYNDAGI LYAMBLIOZ OORUSUNUN EPIDEMIC LOGIC ABALA (2010-2018)

Raimkulov K.M., Kozhomkulov A.B.
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The article provides data on the current epidemiological situation on the incidence of giardiasis in the Kyrgyz Republic (KR) from 2010 to 2018. The study material was the statistical reports of medical institutions and regional centers for the prevention of diseases and state sanitary and epidemiological surveillance for the period from 2010 to 2018.
Key words: giardiasis, retrospective analysis, reports, epidemiological situation, incidence, Kyrgyz Republic, invasion.

Киришүү: Лямблиоз чоң кишилерде жана кичине балдарда алардын организимине жөнөкөйлөрдүн цистасынын келип түшүүсүнөн кийин байкалат. Ал эми мите курттардын көбөйүүсү жугузуп алгандан бир нече күн өткөндөн кийин башталат. Бул оорунун өтүшүп кеткен учурунда алардын санын ашказан-ичеги жолдорунда ондогон миллионго жетет. Бул бир клеткалуулардын митечилик кылуусунан холецистит жана дискинезия симптомдору пайда болот [1].
Лямблия ичеги карынга өтүп ичке ичегиге жабышып мителик кылып көбөйөт. Лямблиоз болгондо ичтин жогору жагы же киндиктин тушу ооруйт, ич көөп курулдайт, кускусу келет, кээде былжыр аралаш суюк заңдайт. Лямблия ичке ичегиден жоон ичегиге өткөндө ал жерде өөрчүшүнө.
шарт болбогондуктан циста формасына айланып заң менен сыртка бөлүнүп чыгат. Циста формасы сырткы чөйрөнүн түрдүү шартына чыдамдуу келет (топуракта 3 жумага, сууда 5 жумага чейин сакталат) [2].
Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун эксперттеринин изилдөөсүндө Азия, Африка жана Латын Америка өлкөлөрүндө жылына 200 млн адам лямблиоз оорусун жугузуп алат. Ал эми дүйнөдө жылына 500 миң адам лямблиоздун клиникалык формасынан жабыркашат. Россия Федерациясынын територи-

ясында лямблиоз оорусу боюнча жылына 130 миң оорулуу катталат. Алардын 70%ы 14 жашка чейинки балдар. Дүйөнүн көптөгөн өлкөлөрүндө лямблиоз менен оругандардын саны жылдан жылга.
өсүүсү байкалууда [3]. Лямблиоз оорусунун өсүшү жаш балдардын арасында 4-8 эсеге көбөйгөн, ошондой эле чоң адамдарда дагы байкалган.
Официалдуу статистикага карасак Россияда ооругандардын саны 100 миң адамга 2006-жылдан 2013-жылга чейин 84,1ден 45,1ге чейин азайган. Жаш балдар арасында 17 жашка чейинкилерде 355,8ден 170,2ге чейин азайган [4]. Россияда официалдуу маалыматтар боюнча жылына 2 млн адам мите курт оорулары менен ооруйт, эксперттердин байкоосу боюнча мите курттардан жапа чеккендердин жалпы саны 20-22 млн адамды түзөт [5].
АКШда лямблиоздун суудагы эпидемиясы катталган, ошол учурда лямбляны 7000ден көп адам жугузуп алган. Бул хлордолгон (хлордуу суу лямблиянын цистасына таасир этпейт) жана ачык суу сактагычтардагы сууну колдонуудан жукан. Украинада жылына 30-40 миң адам бул оору боюнча катталып алардын 65%ы жаш балдар түзгөн [1]. Жылына Кыргызстанда официалдуу статистика боюнча орточо 35ден 45миңге чейин ар түрдүү мите курт оорулар катталат, эгерде кээ бир оңдолгон коэффициенттерди кошсок анда алардын чыныгы саны 350дөн 500миң адамга чейин жетиши мүмкүн. Ооруган калктын 80%ы жаш балдар [6]. Казахстан Республикасында жылына 10 миңден көп жаш балдар лямблиоз менен оорушат [7]. Медицина илими жана практикалык саламаттыкты сактоо үчүн адамдын мите курт оорулары олуттуу көйгөй болуп эсептелет, ал кунт коюп изилдөөнү жана көйгөйдү чечүүнүн ар түрдүү жолдорун табууну талап кылат.

Иштин максаты. Азыркы учурда Кыргыз Республикасында заманбап шарттарда лямблиоздун эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрүн, таралышын изилдөө болуп саналат.

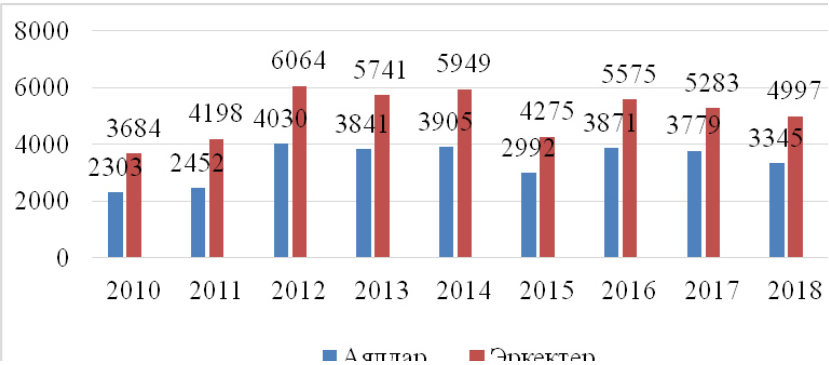
Материалдар жана усулдар. Изилдөөнүн материалдарына 2010-жылдан 2018-жылга чейинки Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу оорулардын алдын алуу жана мамлекеттик санитардык-эпидемиялогиялык көзөмөлдөө Департаментинин отчеттук жана статистикалык эсептөөлөрү кирет.

Изилдөө ыкмалары: Статистикалык, медициналык отчётторго эпидемиологиялык ретроспективдүү анализ, аналитикалык баяндоо, статистикалык.

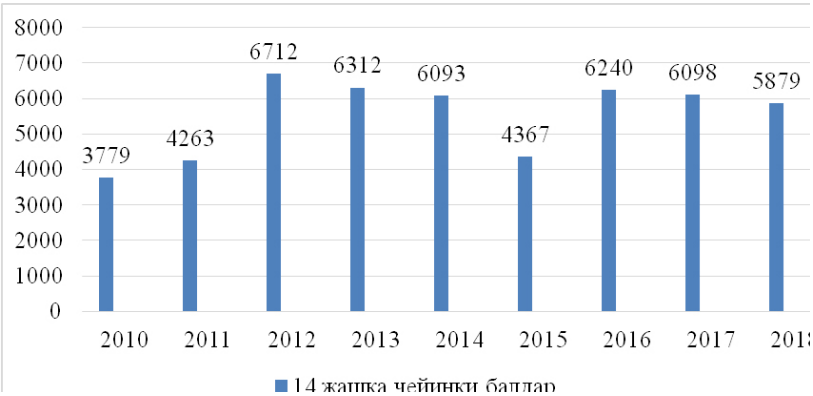
Жыйынтык жана анын талкуусу. Республика боюнча лямблиоз оорусу 2010-жылдан 2018-жылга чейин жалпы 76288 адам ооруган (максималдык 2012-ж. 10094 жана минималдык 2010-ж. 5987 адам ооруган) (1-сүрөт). Эгерде лямблиоз оорусунун Кыргыз Республикада тарашы боюнча 1000 адамга ала турган болсок абсолюттук көрсөткүчү боюнча төмөнкүдөй эпидемиологиялык абалды түзгөн. Ал эми биз 2010-жылдан 2018-жылга чейинки жүргүзүлгөн изилдөөлөр көргөзгөндөй республика боюнча лямблиоз оорусунун мин адамга болгон көрсөткүчү жылдан жылга азайганы менен анын актуалдуулугу жана көйгөйлүүлүгү артып бара жатканы байкалууда (2-сүрөт). Алардын 30518 аялдар (40%), 45766 эркектер (60%), 49743 14 жашка чейинки балдар (65,20%) жана 2-4 жашка чейинки балдар 16584 (21,7%) болгон (3, 5 - сүрөттөр). Лямблиоз менен эң көп ооругандар 14 жашка чейинки балдар болгон. 2015-жылы республика боюнча жалпы оорулуулардын 60,09%ын 14 жаша чейинки балдар түзгөн, ал эми 2018-жылы 70,47%ын түзгөн (макс.) (4-сүрөт).

1-сүрөт. Кыргыз Республикасындагы 2010-2018-жылдар аралыгындагы лямблиоз оорусунун динамикасы (абсол. көрсөт.).

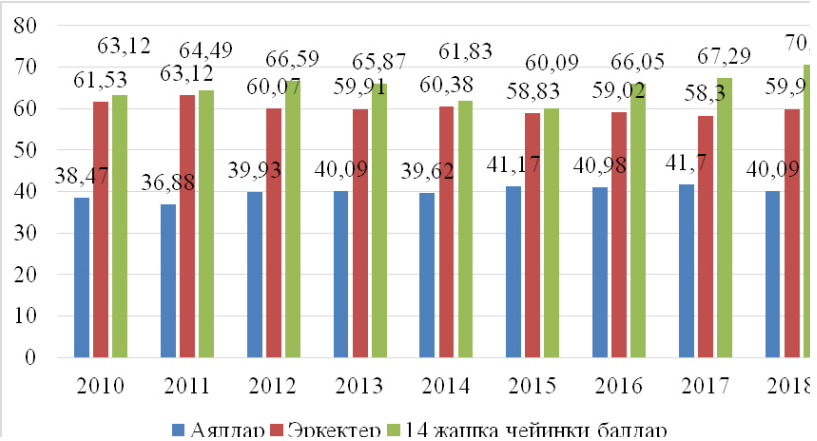
2-сүрөт. Кыргыз Республикасындагы 2010-2018-жылдар аралыгындагы лямблиоз оорусунун динамикасы (миң адамга. көрсөт.).



3-сүрөт. Кыргыз Республикасындагы 2010-2018-жылдар аралыгындагы ляблиоз менен ооруган аялдардын жана эркектердин динамикасы.



4-сүрөт. Кыргыз Республикасындагы 2010-2018-жылдар аралыгындагы лямблиоз оорусунун 14 жашка чейинки балдар арасындагы динамикасы.

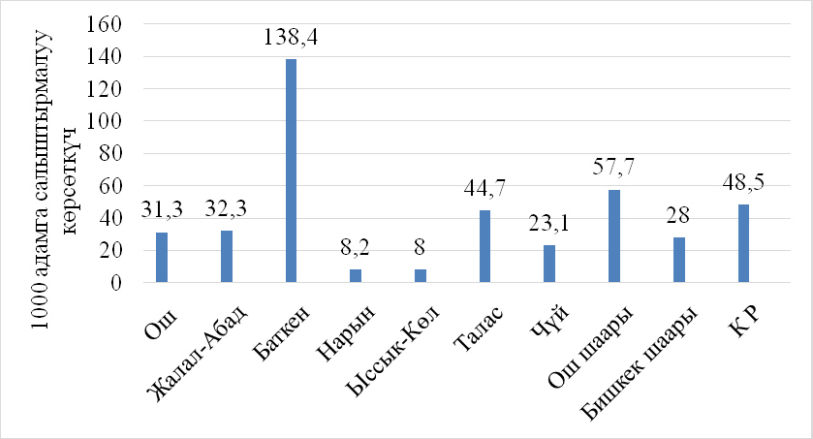


5- сүрөт. Республикада көп жылдык маалыматтар боюнча лямблиоз оорусунун аялдардын, эркектердин жана 14 жашка чейинки балдардын %дык көрсөткүчү.

Ал эми облустар боюнча лямблиоз оорусунун орточо, минималдуу жана максималдуу көрсөткүчү төмөнкүдөй болду (1-таблица). Лямблиоз оорусунун аймактарда тарашы боюнча 1000 адамда изилдөөлөрдө эң көп оорулуулар Баткен областында байкалган (6-сүрөт). Ал жерде 2011-жылы салыштырмалуу 1000 адамдын ичинен 325,7 адамда лямблиоз аныкталып максималдык көрсөткүч болгон, минималдык 2018-жылы 87,7 адамды түзгөн, бирок Баткендеги бул көрсөткүч ошол жылы республикада эң жогорку көрсөткүч болгон. Демек республикалык лямблиоз оорусу боюнча көрсөткүчтөрдүн жакшы болушу үчүн көбүрөөк Баткен областына көңүл буруу зарыл. Лямблянын жугуусунун негизги жолу – бул таза эмес суу болгондуктан Баткен областында таза суу ресурсу аз же жетиштүү эмес десе болот.

Таблица 1. Республика боюнча лямблиоз оорусунун 1000 адамга болгон максималдуу, орточо жана минималдуу көрсөткүчү (2010-2018 жж.).

Территория	Орточо	Минималдуу (жыл)	Максималдуу (жыл)
Нарын	8,2	2,5 (2018)	24,0 (2010)
Ош облусу	31,3	21,4 (2015)	72,5 (2018)
Чүй	23,1	12,1 (2018)	57,8 (2010)
Жалал-Абад	32,3	20,7 (2018)	48,6 (2014)
Талас	44,7	23,0 (2018)	83,8 (2012)
Баткен	138,4	87,7 (2018)	325,7 (2011)
Ысык-Көл	8,0	4,5 (2016)	20,5 (2012)
Ош шаары	57,3	40; (2010;2016)	85,0 (2013)
Бишкек шаары	28,0	21,2 (2018)	33,6 (2010)
КР	48,5	32,3	58,0



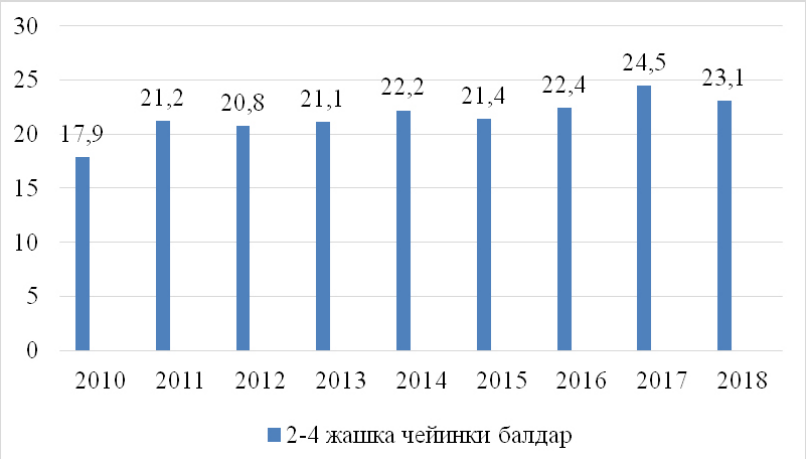
6-сүрөт. 2010-жылдан 2018-жылдар арасындагы облустар боюнча лямблиоз оорусунун орточо текшерилген 1000 адамга салыштырмалуу көрсөткүчү.

Улуттук Статистикалык Комитеттин 2013-жылдан 2017-жылга чейинки маалыматтарды камтыган "таза ичүүчу сууну коопсуз булактан туруктуу алуу мүмкүнчүлүгү бар калктын үлүшү" статистикасында Баткен областы (79% менен) төмөн көрсөткүчтө турат.

Республикада оорунун таркалышы боюнча 2-орунда Ош облусу 57,7, андан кийин Талас облусу 44,7 көрсөткүчү менен орун ээледи. Жалал-Абад облусунда 1000 адамга орточо көрсөткүчү 32,3түү түзгөн. Негизинен Жалал-Абад облусунда 2010-жылы 296 адам (макс.) болгон, ал эми 2018-жылы 20,7 (миним.) көрсөткүчтү түзгөн. Бул көрсөткүчтөр жылдан жылга азайганы менен өлкөдө ооругандардын көп бөлүгүн (19,9%ын) түзүп калууда.

2010-жылы Ош облусу боюнча жалпы ооругандардын саны 223 адамды түзгөн жана ал 9 жыл (2010-2018ге чейин) ичиндеги Ош облусунда ооругандардын 6,9%ын түзгөн. Ал эми ушул эле көрсөткүч 2018-жылы Ош облусунда 576 адамга жетип 17,9%ын түзгөн. Демек 2018-жылы 2010-жылга караганда оорулуулардын саны 11%га көбөйгөн.

Өлкөдө 2-4 жашка чейинки балдардын лямблиоз оорусу да жылдан жылга өсүүдө. 2010-жылы алар жалпы ооругандардын 17,9%ын түзсө бул көрсөткүч 2018-жылга келип 23,1%ды түзгөн (7-сүрөт).



7-сүрөт. Өлкөдөгү 2-4 жашка чейинки балдардын 2010-жылдан 2018-жылга чейинки лямблиоз оорусунун катталышы (% көрсөткүчү).

2010-жылдан 2018-жылга чейин республика боюнча лямблиоз менен ооругандардын жалпы саны 76288. Алардын эң көбү Ош (31,5%) жана Бишкекте (26%). Ал эми башка аймактарда эң көп Баткенде (19,9%) андан кийин Жалал-Абад областында (11,1%), калгандары Ош областында (4,2%), Таласта (4%), Чүйдө (3,7%), жана эң азы Ыссык-Көлдө (0,8%) жана Нарында (0,6%) болгон. Бул көрсөткүчтөр аймактардагы калктын санына байланыштуу болгон.

Жыйынтыктар:

1. 2010-жылдан 2018-жылга чейин республика боюнча ооругандардын жалпы саны 76288 болуп алардын 60%ы эркектер жана 40%ы аялдар түзгөн.
2. Ооругандарын басымдуу бөлүгү 14 жашка чейинки балдар. Алар 2015-жылы республикада жалпы ооругандардын 60,09%ын түзгөн (минималдык көрсөткүч), ал эми 2018-жылы 70,47%ды түзүп (максималдык) 2015-жылга салыштырмалуу 10,37%га өскөн.
3. Жалпы 2010-жылдан 2018-жылга чейинки статистикалык маалыматтар боюнча орточо 1000 адамга жүргүзүлгөн изилдөөлөрдө 1-орунда 138,4 көрсөткүчү менен Баткен облусу аныкталды.
4. Ооругандардын көбү 14 жашка чейинки балдар болуп, алардын көбү Ош шаарында 33,8%ы, Баткен облусунда 23,9%ы, Бишкек шаарында 17,3%ы жана Жалал-Абад облусунда 12,5%ы туура келет.
5. Баткен облусу ар бир жылы республикада бардык жаш курактагы оорулуулардын саны боюнча алдыңкы орунда туруп келет (Ош жана Бишкек шаарларынан кийинки орунда). Акыркы изилденген жылдар (2010-2018) аралыгында аялдар арасында жалпы оорулуулардын 15,5%ы, 14 жашка чейинкилердин 23,9%ы жана 2-4 жашка чейинки балдардын 32,2%ы Баткен облусуна туура келген.

Колдонулган адабияттар:

1. *Лямблиоз XXI века: распространение, классификация, заболевание, патогенез, методы диагностики и профилактики. 2 апреля 2018г. Е.С.Пашинская, В.В.Побяржин, Л.С.Цвирко С.1, 2 – С.3.*
2. *Кыргыз Совет Энциклопедиясынын Башкы редакциясы. "Ден-соолук" Медициналык энциклопедия. –Ф.: 1991.*
3. *Лямблиоз – проблема и пути решения. Климкина Т.Н. , Серёгина Н.П. С. 91.*
4. *Современные аспекты диагностики и лечения лямблиоза. Д.В. Усенко, С.Ю. Конаныхина. 06.02.2014г. С.1.*
5. *Тойгомбаева В.С. Паразитарные болезни человека/ В.С. Тойгомбаева-Б, 2010. –С.10.*
6. *Раимкулов К.М., Куттубаев О.Т., Тойгонбаева В.С., Мамбет кызы Г., Ханбутаева Г.М. Эпидемиологический анализ распространенности паразитарных заболеваний в Кыргызской Республике (1960-2011 гг.). Вестник КГМА, Серия сообщение 1, № 2. 2013. -С. 15-19.*
7. *Р.Х. Бегайдарова, Г. Е. Насакаева, Е.А. Юхневич-Насонова, Г.К. Алшынбекова, А.Е. Дюсембаева. Эпидемиологическая ситуация по лямблиозу в Карагандинской области за 2012-2014гг. С.- 31*

ОБЩЕСТВЕННЫЙ ТРАНСПОРТ КАК КОМПОНЕНТ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА БИШКЕК

Т.Ф. Рафиков, С.Т. Айткулов

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(Ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии
(Заведующая – д.м.н., проф. Молдобаева М.С.)
(Научный руководитель – ассистент Наркулова Г.О.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Рассмотрены и проанализированы актуальные научные данные, произведено измерение количества частиц PM2.5 окружения общественного транспорта, на остановках и в салонах авто. Приведены данные влияния частиц PM2.5 на ряд систем организма. Был проведён опрос среди студентов по теме использования общественного транспорта.

Ключевые слова: PM2.5, атмосферный воздух, общественный транспорт, заболевания сердечно-сосудистой системы, респираторные заболевания,

PUBLIC TRANSPORT AS A COMPONENT OF THE ENVIRONMENT INFLUENCING THE HEALTH OF THE POPULATION OF THE CITY OF BISHKEK

T.F. Rafikov, S.T. Aitkulov
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(Rector – MD, Prof. Kudaibergenova I.O.)
Department of propaedeutics of internal diseases with a course of endocrinology
(Head of Department – MD, Prof. Moldobaev M.S.)
(Supervisor – assistant of the department Narkulova G.O.)
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. Actual scientific data were reviewed and analyzed, the number of particles PM2.5 in the environment of public transport was measured, at stops and in car interiors. The data on the effect of PM2.5 particles on a number of body systems are presented. A survey was conducted among students on the use of public transport.
Keywords: PM2.5, atmospheric air, public transport, diseases of the cardiovascular system, respiratory diseases.

Введение

На современном этапе развития общества во время всеобщей урбанизации велика роль общественного транспорта как важного компонента окружающей среды влияющего на здоровье жителей города. Учитывая высокую плотность населения, нередко неудовлетворительное состояние общественного транспорта и загрязнённость атмосферного воздуха, в черте города нельзя недооценивать негативное влияние на организм использования общественного транспорта.

Муниципальный общественный транспорт (ОТ) города - автобусы, троллейбусы и маршрутные такси. По неофициальным данным отмечается, что ежедневно на линию выходят в среднем 1800 маршрутных такси, около 140 троллейбусов и 130 автобусов(2019 год).

Остановка транспорта, посадка и высадка пассажиров производится на остановках. Расположение остановок находится в прямой зависимости от оживлённости места и продиктовано временем. Используя ОТ человек подвергается воздействию ряда факторов неблагоприятно воздействующих на состояние организма. Острой социальной проблемой являются загруженность общественного транспорта и главных транспортных узлов города.

Цель исследования: Дать оценку общественному транспорту как компоненту окружающей среды негативно влияющему на здоровье населения.

Материал и методы: Источниками цитирования выступают научные статьи схожих и смежных исследований. В том числе статья от 2007 года с исследованием концентрации частиц PM2.5 в микроокружении транспортных средств и остановках общественного транспорта в Стамбуле [1]. Из статьи 2016 года «Санитарный фон и заболеваемость кишечными инфекциями и инвазиями в г.Бишкек» были взяты данные о санитарно-бактериологическом исследовании общественного транспорта [2]. Из ряда статей были взяты научные данные о влиянии частиц PM2.5.

Было проведено анкетирование для выявления статистической взаимосвязи между частотой перенесённых респираторных заболеваний за последний год и средним временем проводимым в общественном транспорте в течении суток. Также анкетирование включало в себя тип предпочитаемого транспорта и отношение к общественному транспорту как к фактору действующему на психическое состояние респондента. Так же, анкета включала вид деятельности респондента и возраст. В анкетировании приняли участие 202 респондента. Основную часть из которых составляли студенты и работающие. При выборе вопросов анкетирования упор делался на цели исследования.

Опираясь на данные и методы статьи 2007 года с исследованием концентрации частиц в микроокружении транспорта[1]. Нами было проведено исследование концентрации мелкодисперсных частиц PM2.5. на остановочных станциях общественного транспорта, вблизи остановок, на удалённом расстоянии от остановок и в салонах общественного транспорта города Бишкек. Измерения проводились с помощью аппарата Kaiterra LE-200(AQIs Supported 1500 (US, CN, IN) (рис.1).

Рис. 1. Лазерный датчик загрязнения воздуха Kaiterra LE-200.

Аппарат при измерении был на расстоянии 30-40 сантиметров от лица, на уровне чуть ниже вдыхаемого воздуха. Измерения проводились в разное время суток, в разные погодные условия, уровень загруженности транспорта и пассажиропоток так же варьировались в зависимости от многих факторов. Исследование уровня PM2.5 на остановках проводилось по трём точкам, вдоль всей её протяжённости. Время замеров от 5 до 30 минут Замер воздуха возле остановок проводился на расстоянии 5-10 метров в обе стороны.

Результаты и обсуждение

Бишкек испытывает похожие экологические проблемы что и другие крупные города СНГ. Тенденции к продолжению загрязнения среды обитания остаются на высоком уровне несмотря на повышение уровня жизни в целом[3].

Общественный транспорт города это динамичная среда в которой каждый житель так или иначе принимает участие. Предполагается, что во время использования общественного автотранспорта организм человека сталкивается с рядом неблагоприятных экологических факторов.

По данным официальной статистики заболеваемости кишечными инфекциями населения г.Бишкек за период 2009-2014 гг., на втором месте по степени бактериологического загрязнения находится ОТ с удельным весом 51,3±1,7%. Из 150 смывов положительными оказались 77[2].

Прежде всего, как никогда актуальной является проблема загрязнения воздушной среды, имеется большое количество научного материала и данных подтверждающих негативное влияние как частиц PM2.5 так и других компонентов городского воздуха. Известно, что ежегодно в мире загрязненный воздух уносит жизни 2 млн. человек [4].

Актуальность темы загрязнения воздуха города Бишкек в последнее время значительно возросла, были установлены датчики для мониторинга общего уровня загрязнения воздуха в том числе уровня загрязнения PM2.5. На момент исследования об общем уровне загрязнения уровня воздуха городе можно судить по показателям датчика посольства США доступных в онлайн режиме сайте. Значительный вклад в установку датчиков вносят так же экологические организации (Move Green- датчики AirBeam). СМИ вносят вклад в актуализацию как загрязнения атмосферного воздуха города, так и проблем общественного транспорта.

Из всего спектра мелкодисперсных частиц наиболее негативное влияние на организм человека оказывают частицы PM2.5 и PM10. В таблице 1 представлены некоторые последствия их кратковременного и длительного воздействия на сердечно-сосудистую и дыхательную систему [5].

Таблица 1- Воздействие частиц PM2.5 и PM10 на здоровье населения

Продолжительность воздействия	Размерный класс частиц и вызываемые ими заболевания	
	$PM_{2.5}$	PM_{10}
Кратковременное воздействие	Астма, бронхиты, инфекции дыхательных путей, ишемическая болезнь сердца и др.	Астма и бронхиты, инфекции дыхательных путей
Длительное воздействие	Хронические бронхиты, аллергии, астма, утолщение артерий, снижение уровня и продолжительности жизни	Хронические бронхиты, снижение уровня и продолжительности жизни

Стандарты концентрации для разных стран варьируются и представлены в таблице 2 [5].

Таблица 2 - Стандарты концентрации PM2.5 и PM10 в атмосферном воздухе в России и некоторых других странах*

Стандарт	Средняя за год, мкг/м^3	Среднесуточная ПДК, мкг/м^3
$PM_{2,5}$, Россия	25	35
PM_{10}, Россия	40	60
$PM_{2,5}$, США	12	35
PM_{10}, США	Не нормируется	150
$PM_{2,5}$, Европейский союз	25	Не нормируется
PM_{10}, Европейский союз	40	50
$PM_{2,5}$, Китай	35	75
PM_{10}, Китай	70	150
$PM_{2,5}$, Япония	15	35
PM_{10}, Япония	Не нормируется	100
$PM_{2,5}$, Южная Корея	25	50
PM_{10}, Южная Корея	50	100

* Данные по: (ГН 2.1.6.3492-17 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе городских и сельских поселений»; Air quality standards – European Commission; Ambient air quality standard GB 3095-2012; Particulate Matter (PM) Standards – Table of Historical PM NAAQS)

Частицы PM2.5 представляют собой мелкодисперсные образования в виде аэрозоля из твёрдых и жидких взвешенных в воздухе частиц размером от 10 нм до 2.5 мкм (мелкодисперсные взвешенные частицы, тонкодисперсная пыль). По происхождению они могут быть: естественные(неантропогенные) - эрозия почв, естественные испарения; искусственные(антропогенные) - двигатели внутреннего сгорания, сжигание твёрдых видов топлива, многие виды производства, стирание тормозных колодок и шин а также эрозия дорожного покрытия.

Отличительной особенностью частиц PM2.5 является их способность при газообмене минуя защитные барьеры респираторной системы попадать в системный кровоток, таким образом имея возможность доступа ко всем системам организма . Именно это факт обуславливает значимость PM2.5 при оценке влияния на здоровье человека атмосферного воздуха в условиях города. Состав частиц PM2.5 не ограничивается одним веществом и влияние обусловлено совокупным действием всей взвеси. Попадая в системный кровоток PM2.5 в свою очередь оказывают действие на ряд систем организма.

Было выявлено влияние взвешенных частиц на развитие так называемых экозависимых заболеваний-(ЭЗ): в первую очередь заболеваний органов дыхания, сердечно-сосудистых заболеваний, врождённых пороков, нарушение нервно-психического развития детей, развитие онкологий(рак лёгких, щитовидной и молочной железы) [5].

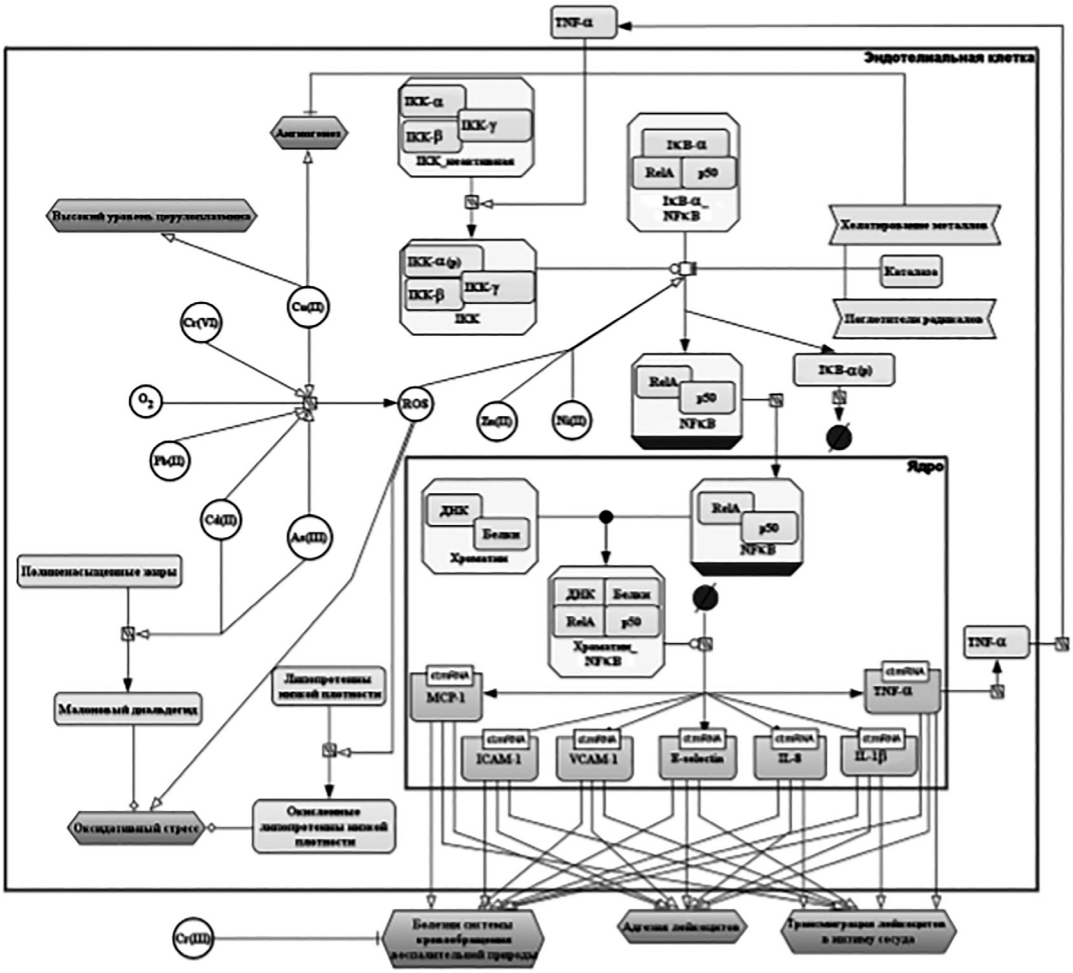
Специфичность влияния PM2.5 выражается в том что некоторые вещества могут проявить себя незамедлительно, другие же действуют только через значительный промежуток времени. PM2.5 невидимы. Мы не можем с точностью указать их как этиологический фактор, ведь от момента начала воздействия до выраженных патологических процессов может пройти не один год.

В то же время, загрязнение малой интенсивности нарушает адаптационные способности организма и приводит к ЭЗ. ЭЗ возникнув из-за другого фактора например, инфекции, развиваются и усугубляются благодаря негативному действию окружающей среды[5].

Наиболее чувствительны к мелкодисперсным частицам дети и пожилые люди. Благодаря тому что организм ребёнка находится в состоянии роста он больше подвержен влиянию негативных факторов

окружающей среды. Что выражается в повышенной частоте заболеваний дыхательной системы, кожи, иммунной системы на загрязненных территориях в сравнении с экологически безопасными зонами[5]. Взаимодействие мелких частиц с иммунной системой играет важную роль при развитии воспалительных реакций, как местных, так и общих. В этом процессе большая роль принадлежит альвеолярным макрофагам, которые активируются в ответ на действие мелкодисперных частиц. Распознавание мелкодисперсных частиц как антитела происходит благодаря опсонин-зависимым и опсонин-незавимимым рецепторам. Таким образом напрашивается вопрос о иммунотоксичности мелкодиспертных частиц[6]. PM2.5 дорожно-транспортного происхождения более токсичны содержат большее количество тяжёлых металлов и чаще вызывают заболевания сердечно-сосудистой системы[7].

Исследования влияния на сердечно-сосудистую систему показывают что частицы PM2.5 содержащие тяжёлые металлы наиболее агрессивны прежде всего к ней. Что отлично раскрыто в статье «Загрязнения воздуха взвешенными частицами как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний.» Цитируя авторов, приводится таблица: “...С использованием отечественной компьютерной системы BioUML (Biological Universal Modeling Language; http://www.biouml.org) сделана попытка обобщить литературные данные по действию металлов, часто входящих в PM, на эндотелий сосудов в виде формализованного описания (см. рисунок)...”[7]



Общая схема воздействия входящих в состав PM металлов на клетки эндотелия сосудов (E-selectin – эндотелиальный селектин; ICAM-1 – молекула межклеточной адгезии-1; IkappaB-alpha – ингибитор NFkappaB, альфа; IKK – киназа ингибитора ядерного фактора, связывающегося с энхансером гена каппа легкой цепи иммуноглобулина в В-лимфоцитах; IL-1beta – интерлейкин-1-бета; IL-8 – интерлейкин-8; MCP-1 – моноцитарный хемотаксический белок – 1; NFkappaB – ядерный фактор, связывающийся с энхансером гена каппа легкой цепи иммуноглобулина в В-лимфоцитах; ROS – активные формы кислорода; TNF-alpha – фактор некроза опухоли-альфа; VCAM-1 – васкулярная молекула клеточной адгезии).

Загрязнение воздуха PM2.5 особенно содержащими металлы - фактор риска ССЗ. Огромное значение при действии частиц на ССС связано в оксидативным стрессом, он является центральным звеном провоспалительной реакции и значительно содействует ССЗ. Любое снижение концентрации PM2,5 в воздухе независимо от исходного уровня, уменьшит риск развития ССЗ [7].

В результате проведанного анкетирования был выявлен ряд закономерностей. Количество респондентов 202, основную массу составили студенты города Бишкек. Возраст респондентов: 16-21 лет(58,9%), 21-35(39,6%) остальные группы 1,5 %.
Данные анкет представлены ниже в виде диаграмм (Рис.2,3,4,5,6).

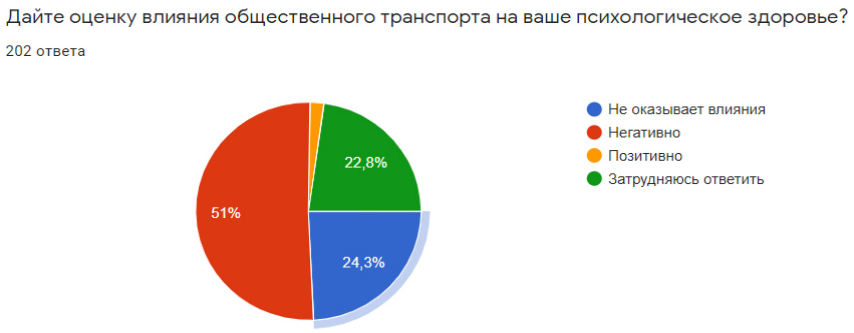


Рис. 2

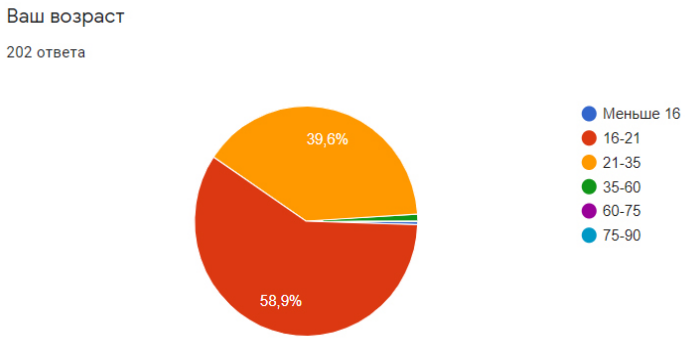


Рис.3

Рис.4

Рис.5

Рис.6

Данные анкет показали что количество перенесённых респираторных заболеваний зависит от среднего времени проведённого в транспорте. В таблице 3 представлено соотношение процента перенёсших определённое количество респираторных заболеваний со среднесуточным временем проводимым в транспорте данной группой опрошенных.

Таблица 3-Соотношение частоты РЗ и среднесуточным временем в ОТ

		Среднесуточное время в общественном транспорте			
		<0,5 часа	0,5 часа	0,5-1 часа	>1 часа
Частота перенесенных заболеваний дыхательной системы за последний год	0 раз	16,60%	7,40%	11,80%	4,30%
	1-2 раз	48,40%	63%	41,20%	55,90%
	2-3 раз	16,10%	14,80%	33%	29%
	4-5 раз	16,10%	14,80%	5,90%	4,30%
	> 5 раз	3,20%	0%	7,80%	6,40%

Учитывая возможные погрешности, мы предполагаем что данные анкет показывают взаимосвязь между респираторными заболеваниями и временем, проводимым в транспорте. Из опрошенных, не болевших за последний год РЗ, самый большой процент(16,6%) приходится на группу, использующую ОТ менее 30 минут в сутки. В сравнении с группой, использующей ОТ более часа(4,3%). Похожие соотношения можно проследить в таблице и по другим группа опрошенных.

Так же нами была выявлена интересная закономерность. Из диаграммы (рис. 3) мы видим, что респонденты по вопросу влияния на психологическое здоровье разделились на 2 лагеря. Половина оценивает влияние ОТ негативно(51%), другая же половина воспринимает ОТ нейтрально (49%). Проанализировав их ответы по ряду других вопросов было обнаружено, что те, кто воспринимал ОТ негативно, в среднем болели чаще, чем те кто воспринимал это влияние нейтрально. Но при этом так же имеется взаимосвязь со среднесуточным временем в ОТ. Данные представлены в таблице 4.

Таблица 4- Соотношение частоты РЗ, Среднесуточным временем в ОТ и оценкой влияния на психологическое здоровье.

	Негативно	Нейтрально
Частота РЗ		
0 раз	7,70%	9%
1-2 раз	49%	55,50%
2-3 раз	31%	21,20%
4-5 раз	7,70%	8%
>5 раз	4,80%	6%
Средсуточное время в ОТ		
<0,5 часа	8,70%	22,20%
0,5 часа	6,70%	20,20%
0,5-1 час	29,10%	21,20%
>1 часа	55,30%	36,30%

Можно сделать вывод о взаимосвязи между психологическим влиянием ОТ, среднесуточным проведённым временем в ОТ и частотой РЗ. Негативное влияние на психологическое состояние рассматривается в данном случае как фактор, влияющий на организм в целом, снижая его резистентность.

Оценка психологического влияния зависит от широкого ряда факторов связанных с качеством транспортных услуг: объективное состояния средств сообщения(дефекты салона, неприятные запахи, испорченные сиденья, плохая освещённость, неправильный температурный режим); состояние дорог и обслуживающих систем. Так же помимо качества транспортных услуг, большое значение имеют взаимоотношения в системах «Пассажир-Водитель» и «Пассажир-Пассажир»[8]. Мы считаем оценку влияния ОТ на психологическое здоровье вполне объективным показателем.

Как мы видим из таблицы 4 частота РЗ коррелирует со среднесуточным временем в ОТ. При этом те, кто оценивают влияние на психологическое здоровье ОТ негативно используют его дольше и соответственно болеют чаще тех кто оценил влияние ОТ нейтрально.Но в сравнении с данным таблицы №3 прослеживается большее процентное отклонение. Можно предположить, что сочетанное действие психологического дискомфорта при использовании ОТ, и вдыхание мелкодисперсных частиц носит характер синергии.

Во время замера загрязнения воздуха частицами PM2.5 нами было взято 17 проб на остановках в черте города и 10 проб в салонах общественного транспорта.

В похожем исследовании уровня загрязнения атмосферного воздуха в городе Пермь в условиях непрерывных ежесекундных измерений в результате движения транспорта уровень загрязнения доходил до 1,5 ПДКмр. Однако при усреднении данных, полученных за 20-минутный интервал, превышения установлено не было [9]. В нашем же случае при измерении уровня PM2.5 мы обнаружили более значительное повышение. Предполагается что уровень загрязнения воздуха и общая экологическая обстановка города Бишкек в совокупности с разным состоянием транспортных систем города а так же разные сезоны во время замеров обуславливают разницу полученных результатов. Во время замеров мы получали показатели доходящие до 2-5 ПДКмр. Учитывая вышеизложенный материал, даже незначительно повышенный уровень PM2.5 при пролонгированном действии несёт в себе негативные последствия.

Необходимо отметить ряд особенностей выявленных при проведении замеров. Непосредственно на остановках концентрация PM2.5 сильно зависела от степени загруженности транспортом. При движении, остановке и разгоне транспорта концентрации повышались до 1,5-3 ПДКмр. При этом степень повышения сильно зависела от типа транспорта, его состояния и типа двигателя. При явном износе транспорта, нарушениях работы двигателя, дизельном типе двигателя уровень повышался до критических показателей, вплоть до 5 ПДКмр, и держался на высоком уровне в зависимости от погоды и наличия ветра. В среднем от 30 секунд(ветреная погода) до 4 минут(при безветренной погоде). Наибольшие

концентрации наблюдались именно в середине остановки, в месте где люди ожидают посадки. Что конечно же негативно сказывается на их здоровье.

Уровень PM2.5 так же возрастал в зависимости от плотности общего потока транспорта, особенно вблизи перекрёстков, когда машины скапливаются и едут при регулировании движения светофором.

Таблица 5-Замеры проб на остановках ОТ города Бишкек

Место остановки	Среднее значение PM2.5	Максимальное значение PM2.5	Минимальное значение PM2.5	Уровень PM2.5 возле остановки(расстояние 5-10 метров)	Время взятия пробы	Примечание
Ахунбаева /7 апреля, возле ботанического сада	158	160	142	134-136	29 февраля 15:01-15:08	Ветренная погода, низкая загруженность
Там же	73	86	60	40-50	3 марта 17:56-18:01	Пасмурная погода, слабый ветер
КГМА(Первомайский район) напротив гл.входа	32	47	17	24-30	1 марта 12:39-12:47	Солнечная погода , слабая загруженность
Там же	64	85	43	44-59	1 марта 20:41-20:48	Безветренная погода
Лион, магазин(Юсупа Абдрахманова/Киевская)	80	129	31	38	1 марта 13:08-13:13	Средняя загруженность
Там же	64	109	20	19	1 марта 15:09-15:19	Средняя загруженность
Напротив ТЦ Евразия (Юсупа Абрахманова/Киевская)	290	545	36	40-50	1 марта 13:31-13:44	Высокая загруженность
Там же, сразу после промывки дороги	51	78	24	20-27	1 марта 13:44-13:48	Сразу после помывки улицы
Там же, спустя час	58	90	26	20-30	1 марта 15:04-15:09	Дорожное покрытие все еще мокрое
Там же	105	135	75	65	3 марта 18:59-19:06	Погода пасмурная, ветер слабый
ЦУМ, выше театра(Юсупа Абдрахманова/Чуй проспект)	48	61	35	25-26	1 марта 14:25-14:30	Высокая загруженность
Там же	119	149	89	90	3 марта 19:14-19:22	Погода пасмурная, ветра нет, высокая загруженность
ГУМ(ул. Ибраимова)	74	135	14	18-19	1 марта 15: 58-16:14	Высокая загруженность,
Там же	97,5	113	82	62	3 марта 19:26-19:32	Высокая загруженность, ветренная погода
Психо-неврологический Диспансер(напротив столовой Гренки)	120	128	112	91	29 февраля 15:18-15:24	Низкая загруженность
Там же	75	92	58	65	3 марта 17:13-17:20	Пасмурная погода, слабый ветер
Мединтитут(ниже столовой "Буфет")	70,5	85	56	53	3 марта 17:31-17:39	Пасмурная погода, ветра нет

При замерах уровня загрязнения PM2.5 на расстоянии от остановок было выявлено понижение его уровня в сравнении с воздухом на остановках. На значительном же расстоянии(20-50 метров) уровень падал ещё более значительно.

Таблица-6 Замеры PM2.5 в салонах ОТ

Тип передвижения	PM2.5	Расстояние	Время поездки	Примечание
Автобус №6	130-138	2,5 км	29 февраля 15:10-15:18	Полупустая, вентиляция закрыта
Маршрутное такси №243	72-86	2 км	1 марта 17:22-17:25	Пустая, вентиляция открыта
Маршрутное такси №200	160,5	2,3 км	3 марта 17:44-17:56	Полупустая, вентляция закрыта
Автобус №5	90,5	4 км	3 марта 18:06-18:34	Пустой, вентиляция закрыта
Троллейбус №7	79,5	1 км	3 марта18:46-18:51	Забитый, вентиляция открыта
Троллейбус №7	43-76	2 км	1 марта 12:38-12:45	Полупустой, вентиляция открыта
Троллейбус №10	94-139	3,5 км	4 марта 12:17-13:27	Забитый, вентиляция закрыта
Троллейбус №10	26-79	3 км	2 марта 15:49-16:04	Забитый, вентиляция открыта
Маршрутное такси №101	60-102	3 км	1 марта 17:14-17:24	Полупустая, вентиляция закрыта
Маршрутное такси №195	23-80	3 км	2 марта 14:26-14:38	Забитая, вентиляция открыта

При замерах PM2.5 в салонах ОТ выявлен ряд закономерностей. В зависимости от степени проветриваемости(окна и люки) уровень PM2.5 существенно колебался. Замеры проводимые при закрытой вентиляции показали большие значения. В разных частях салона концентрация колебалась в зависимости от удалённости вентиляционных потоков. В передней части салона в независимости от типа транспорта среднее значение было ниже, чем в задней, что скорее всего связанно опять же с вентиляционными потоками. Полученные в результате замеров данные показаны в таблице 6.

Выводы:

1. 1. Обобщая все вышесказанное, учитывая научные выводы и опираясь на собственные умозаключения, мы можем сделать вывод о том, что частицы PM2.5 вносят ощутимый вклад в процент заболеваний ряда систем организма, прежде всего ССС и респираторную систему. Частицы оказывают как прямое так и опосредованное действие. Вызывают воспалительные и провоспалительные процессы На ССС в основном влияют тяжёлые металлы в составе PM2.5. Так как тяжёлые металлы

входят в состав мелкодисперсных частиц дорожно-транспортного происхождения в большем количестве, нагрузка на ССС при использовании ОТ возрастает.

2. Результаты анкетирования показывают прямую взаимосвязь между среднесуточным временем проведённым в ОТ, частотой РЗ и оценкой психологического влияния ОТ на респондента. Чем больше человек проводит времени в ОТ, тем чаще он болеет РЗ что в свою очередь коррелируется с восприятием влияния ОТ на психологическое здоровье.
3. Результаты замеров атмосферного воздуха говорят о повышенной нагрузке на организм во время использования ОТ, нагрузку можно снизить: при ожидании транспорта удалившись хотя бы на небольшое расстояние от центра остановки, подальше от движения машин; использовать общественный транспорт адекватного качества.
4. На уровень загрязнения влияет не только количество транспорта но и его состояние, включая тип используемого топлива, режим движения, состояние автодорог.
5. Находясь на остановках вблизи торможения и разгона транспорта человек подвергается большей нагрузке по сравнению с нахождением на расстоянии от остановки, к примеру за ней.
6. Уровень PM2.5 в салонах ОТ сильно зависит от уровня вентиляции.
7. Необходим более жёсткий контроль государственного регулирования в области охраны атмосферного воздуха. Плохо исполняется положение по охране атмосферного воздуха в Кыргызской Республике, согласно которому должны соблюдаться требования и нормативы для передвижных источников выбросов в атмосферу [10].
8. Население должно быть осведомленным о факторах риска использования ОТ, и факторах влияния загрязненного воздуха на заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы. А так же иметь адекватное представление о уровне загрязнения атмосферного воздуха города.

Литература

1. *Onat Burcu Stakeeva Baktygul «Personal exposure of commuters in public transport to PM2.5 and fine particle counts» (https://doi.org/10.5094/APR.2013.037)*
2. *Ж.Т. Исакова , В.С. Тойгомбаева. Санитарный фон и заболеваемость кишечными инфекциями и инвазиями в г.Бишкек / Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева; / Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина, г.Бишкек, Кыргызстан.*
3. *Н.В.Зайцева, И.В. Май, П.З. Шур. Актуальные проблемы состояния среды обитания и здоровья населения стран содружества независимых государств.*
4. *Lee B.-J., Kim B., Lee K. Air pollution exposure and cardiovascular disease. Toxicol. Res. 2014; 30(2): 71–5.*
5. *А.С. Холодов, К.Ю. Кириченко, К.С. Задорнов, К.С. Голохваст. Влияние твёрдых взвешенных частиц атмосферно воздуха на здоровье человека.*
6. *Л.С. Барскова, Т.И. Виткина, В.И. Янькова. Особенности ответной реакции альвеолярных макрофагов на воздействие микроразмерных твёрдых взвешенных частиц атмосферного воздуха*
7. *Колпакова А.Ф., Шарипов Р.Н., Колпаков Ф.А. Загрязнение воздуха взвешенными частицами как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний*
8. *Р. В. Агузумцян, В. Р. Папоян, А. С. Галстян, Е. Б. Мурадян, Д .Ю. Саргсян. Психологическая безопасность личности в системе человек- транспорт/ - Ер.: Изд-во ЕГУ, 2017.- С. 63.*
9. *Т.С. Уланова, М.В. Антипьева, М.В. Волкова, М.И. Гилёва. Исследование содержания мелкодисперсных частиц в атмосферном воздухе вблизи автомобильных дорог // Анализ риска здоровью. – 2016. – № 4(16). – С. 38–46.*
10. *Законодательная база с сфере охраны атмосферного воздуха, автотранспорта и ГСМ в Кыргызской Республике. Документ экологической организации Move Green-С.4-17*

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЕМПЕРАТУРНО-ВЛАЖНОСТНОГО РЕЖИМА В ОБЩЕЖИТИЯХ КГМА ИМЕНИ И.К АХУНБАЕВА

Сомкулова Э.Дж., Мадамбекова А.К., Орунбекова Г.О., Шаирбекова Б.Ш.
Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
кафедра Гигиенических дисциплин,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье приведены данные о гигиенической оценке температурно-влажностного режима в общежитиях №4,6 КГМА им.И.К.Ахунбаева на декабрь месяц 2019 года. Комфортность и благоустроенность студенческого общежития, может влиять на здоровье студентов. Отрицательное влияние на жизнедеятельность оказывает несоответствие жилищных условий санитарным требованиям. Также от качества жилья во многом зависит выполнение элементов здорового образа жизни студенческой молодежи, показатели работоспособности и успеваемости и качество подготовки к будущей профессии.
Ключевые слова: температурно-влажностный режим, гигиенический норматив, общежитие

И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КММАНЫН ЖАТАКАНАЛАРЫНЫН ТЕМПЕРАТУРА ЖАНА НЫМДУУЛУК РЕЖИМИНЕ ГИГИЕНАЛЫК БАА БЕРҮҮ

Сомкулова Э.Дж., Мадамбекова А.К., Орунбекова Г.О., Шаирбекова Б.Ш..
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,
Гигиеналык дисциплиналар кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада 2019 жылынын бештин айынында И.К.Ахунбаев атындагы КММАнын №4 жана №6 жатаканаларынын температура жана нымдуулук режиминин гигиеналык балоосу боюнча жургузулгон изилдоолору боюнча маалыматтар келтирилген. Жатакананын жакшы абалы жана ынгайлуугу студенттердин окуусуна жана ден соолугуна таасир этиши мүмкүн. Жашоо шарттарынын санитардык талаптарга дал келбоосу жашоого терс таасир этет. Ошондой эле студенттердин сергек жашоо элементтеринин аткаруусу, окуудагы жетишкендиктери жана келечектеги кесиптерине даярдоонун дэнгели турак-жай сапаттарынан коз каранды .
Негизги создор: температура жана нымдуулук режим, гигиеналык норматив, жатакана

HYGIENIC ASSESSMENT OF TEMPERATURE AND HUMIDITY CONDITIONS IN THE DORMITORIES OF KSMA NAMED AFTER I.K. AKHUNBAEV

Somkulova E.Dj., Madambekova A.K., Orunbekova G.O., Shairbekova B.Sh.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Hygienic Disciplines
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: This article presents data on the hygienic assessment of the temperature and humidity conditions in dormitories No. 4.6 of the KGMA named after I.K.Akhunbaev for December 2019. The comfort and well-being of a student dormitory can affect the health of students. A negative impact on livelihoods has a mismatch of living conditions with sanitary requirements. Also, the fulfillment of the elements of a healthy lifestyle of students, performance indicators and academic performance and the quality of preparation for a future profession largely depend on the quality of housing.
Key words: temperature and humidity conditions, hygiene standards, dormitory

Введение.

Общежития КГМА предназначены для проживания, отдыха и самостоятельных занятий, то есть студент может проводить в среднем 70% своего времени в общежитии. Отметим, что обеспечение минимального напряжения терморегуляторных механизмов оптимизирует условия умственной деятельно-

сти и культурного отдыха студентов. При этом большое значение имеет температурно-влажностный режим жилых комнат, колебания показаний которого может оказать вредное воздействие на организм.

Температура очень важный фактор для здоровья и самочувствия работников или жильцов. Так, при повышенной температуре наступает быстрая усталость, утомляемость, начинается усиленное потоотделение, пульс и дыхание учащаются, мучает чувство жажды. При нарастании температуры воздуха появляется риск получения теплового удара, что грозит критическим состоянием. Низкие температуры также вредны для нашего организма, поскольку приводят к переохлаждению (общему или местному), становясь причиной простуд.

Также немаловажное значение имеет величина перепадов температуры воздуха по горизонтали и вертикали помещения. Градиент по горизонтали не должен превышать 2 °С, по вертикали — 2—3 °С. Повышение вертикального перепада более чем на 3 °С может привести к переохлаждению конечностей и рефлекторным изменениям температуры верхних дыхательных путей. В зависимости от влажности одна и та же температура может совершенно по-разному восприниматься человеком. Степень относительной влажности оказывает влияние на человеческий теплообмен, в частности, на то, насколько интенсивно происходит испарение влаги с кожных покровов.

Таким образом, доказано значительное влияние внутренней среды студенческого общежития на здоровье учащейся молодежи.

В связи с этим было проведено гигиеническая оценка температурно-влажностного режима жилых комнат общежитий КГМА им И.К. Ахунбаева.

Материалы и методы

Исследование проводилось в общежитиях №4 (18 комнат) и №6 (21 комната) КГМА им. И.К. Ахунбаева в зимний период в декабре месяце.

Измерение температуры воздуха проводилось в 3 точках (в центре комнаты, на расстоянии 20 см от наружных и внутренних стен) с помощью спиртовых термометров, укрепленных на переносном штативе на высоте 1,5, 1,0 и 0,1 м от пола, в течение 7-10 мин в каждой точке.

Измерение влажности воздуха проводилось с помощью аспирационного психрометра (психрометра Ассмана) в центре комнаты на высоте 1,5 м от пола.

Таблица 1. Результаты исследования температурно-влажностного режима

	Температура воздуха, °С	Влажность воздуха, %
Общежитие №4		
Средние значения	22,4	68
Максимальные значения	23,9	86,9
Минимальные значения	19,2	49,9
Нормативные значения	20-22 (18-24)*	30-45 (60)*
Перепад температуры по горизонтали (среднее значение), °С	1,0	-
Перепад температуры по вертикали (среднее значение), °С	3,5	-
Использованные приборы	Спиртовые термометры	Аспирационный психрометр
Общежитие №6		
Средние значения	21,3	53,7
Максимальныезначения	23,2	68,7
Минимальныезначения	20,3	39,4
Нормативные значения	20-22 (18-24)*	30-45 (60)*
Перепад температуры по горизонтали (среднее значение), °С	1,0	-

Перепад температуры по вертикали (среднее значение), °С	1,5	-
Использованные приборы	Спиртовые термометры	Аспирационный психрометр

*Примечание. * - оптимальное значение (допустимое).*

Результаты и их обсуждение.

В общежитии №4 проживают студенты лечебного факультета, а в общежитии №6 – студенты факультетов «Медико-профилактическое дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Фармация» и «Высшее сестринское образование».

Результаты исследования температурно-влажностного режима жилых комнат общежитий представлены в таблице 1.

Средние значения температуры воздуха в жилых комнатах общежития №4 находятся в пределах допустимых значений. Перепад температур по горизонтали находятся в пределах оптимальных величин, тогда как перепад температур по вертикали превышает нормативные значения в среднем на 1,8°С в 83%.

Относительная влажность воздуха в жилых комнатах общежития №4 в 88,9% не соответствуют нормам, превышая допустимые значения в среднем на 9,9%.

Средние значения температура воздуха в жилых комнатах общежития №6 оценивается как допустимые. Перепад температур по горизонтали и вертикали соответствуют нормам. Также относительная влажность воздуха жилых комнат в среднем составляет 53,7%, при этом наблюдалось незначительное превышение допустимых значений в 19% и превышение в среднем составило 3%.

Таким образом, температурно-влажностный режим в жилых комнатах общежитий №4 и 6 в холодный период года не соответствуют оптимальным и допустимым гигиеническим нормативам по показателям относительной влажности воздуха.

Литература

1. *Г.И. РУМЯНЦЕВ, Т.А. КОЗЛОВА, Е.П. ВИШНЕВСКАЯ. Руководство к практическим занятиям по общей гигиене. – М.: Медицина, 1980.-239 с.,ил.*
2. *Гигиена: учебник/ под ред. акад.РАМН Г.И.Румянцева.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2005.-608с:ил(Серия «XXI» век).*
3. *Некрасова Ю.Э., Кузнецов П.А., Боталов Н.С., Кулеш Т.А., Зуева Т.В. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ В ОБЩЕЖИТИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 5.;*
4. *ГОСТ 30494-2011. Здания жилые и общественные. Параметры микроклимата в помещениях, available at: https://compa-nyklimat.nethouse.ru/static/doc/0000/0000/00 92/92465.p8fgjiexc7.pdf*

УДК 616.995.121 (575.2)

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА АЛЬВЕОКОККОЗ ООРУСУ БОЮНЧА АЗЫРКЫ УЧУРДАГЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК АБАЛЫ

Эрмекбаева А.М. илимий жетекчиси – б.и.к. Раимкулов К.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекетинин Медицина Академиясы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Кафедра медицинская биология, генетика и паразитология

Эрмекбаева А.М. – дарылоо иши факультетинин 1-курсунун студенти aicholpon0707@gmail.com

Корутунду: Бул макалада Кыргыз Республикасынын жарандарында 1996-2018-жылдар ичинде катталган альвеококкоз оорусунун азыркы эпидемиологиялык абалы боюнча жыйынтыктар каралат. Изилдөөнүн негизги материалдары болуп дарылоо мекемелеринин жана райондук ооруларды алдын алуу жана мамлекеттик санитардык-эпидемиологиялык көзөмөлдөө борборлорунун 1996-жылдан 2018-жылга чейинки статистикалык отчеттору эсептелет. Көп жылдык орточо интенсивдүү көрсөткүч 100 мин калкка - 2,2, төмөнкү - 0,4 (1996ж.), жогорку - 3,9 (2015ж.) түздү.

Негизги сөздөр: эхинококкоз, альвеококкоз, мүнөздөп талдоо, отчеттор, эпидемиологиялык абал, оору, Кыргыз Республикасы, жабыркашы.

СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛЬВЕОКОККОЗОМ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Эрмекбаева А.М., науч. руководитель – к.б.н. Раимкулов К.М.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье приводятся данные о современной эпидемиологической ситуации по заболеваемости альвеококкозом людей Кыргызской Республике (КР) с 1996 по 2018 - гг. Материалом исследования служили статистические отчеты лечебных учреждений и районных центров профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора за период с 1996 г. по 2018 г. Средний многолетний интенсивный показатель заболеваемости альвеококкозом на 100 тыс. населения составил - 2,2, минимальный - 0,4 (1996г.), максимальный - 3,9 (2015г.).
Ключевые слова: эхинококкоз, альвеококкоз, ретроспективный анализ, отчеты, эпидемиологическая ситуация, заболеваемость, Кыргызская Республика, инвазированность.

MODERN EPIDEMIOLOGICAL SITUATION ON ALVEOCOCCOSIS MORBIDITY IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Эрмекбаева А.М.
The head of the scientific – PhD (Biol. Sc.) Raimkulov K.M.
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek, Kyrgyz Republic

The article provides data on the current epidemiological situation on the incidence of alveococcosis in people of the Kyrgyz Republic from 1996 to 2018. The material of the study was the statistical reports of medical institutions and regional centers for disease prevention and state sanitary and epidemiological surveillance for the period from 1996 to 2018. The average long-term intensive indicator of the incidence of alveococcosis per 100 thousand population was 2.2, the minimum 0.4 (1996), the maximum 3.9 (2015).
Key words: echinococcosis, alveococcosis, retrospective analysis, reports, epidemiological situation, incidence, Kyrgyz Republic, invasion

Введение

Альвеококкоз (*Echinococcus multilocularis)* – бул альвеококк мите курту чакыра турган оору болуп саналат. Ал боорду өтө оор ооруга, боордун өсүндүсүнө, андан сырткары баш мээни, өпкөнү жана башка органдарды жабыркатуу менен мүнөздөлөт [1, 2, 3].

Альвеококкоз оорусу дүйнөнүн көптөгөн өлкөлөрүндө [5, 6] таралган, айрыкча Борбордук Азия аймагында анын ичинде Кыргыз Республикасында, көпчүлүк учурда аталган дарт өлүмгө дуушар кылат [4], бул оору жаш өспүрүмдөр ичинде да катталып келет [7]. Андан сырткары Швейцария, Турция, Япония (Хоккайдо аралы), Франция, Россия, Борбордук Азия өлкөлөрү, түндүк- батыш Канада жана Аляскада да кездешет [8, 9]. Альвеококкоз оорусу өзгөчө Кыргызстан, Казахстан, Өзбекстан, Түркмөнстан, Грузия, Азербайжан, Армения, Украина жана Молдавия өлкөлөрдүндө көп катталат. Кыргызстан эхинококкоз боюнча жогорку эндемикалык аймакка кирет. Борбордук Европада 1982-жылдан 2000-жылга чейин альвеококкоз боюнча 559 учур катталган. Кытайдын батышында ар жылкы альвеококкоздун көрсөткүчү 100 мин калктын 80%ы, Россияда ушул эле көрсөткүч 10,6%ды түзгөн [10, 11].

Бардык изилдөөчүлөр аталган оору акыркы жылдары тынымсыз өсүп жатканын белгилешет [5, 12].

Бул копрологиялык изилдөө иштери Ош облусунун Алай жана Чоң-Алай райондорунун 11 айылында жүргүзүлгөн, натыйжада *Taenia spp,* менен иттер көбүрөөк жабыркаганы далилденген жана ар түрдүү авторлор тарабынан да жүргүзүлүп ушундай эле жыйынтыкка келишкен, изилдөөгө катышкан 550 иттин ичинен жуктуруп алганы 10,3±1,2% аныкталган [12].

Кыргыз Республикасынын калк арасында альвеококкоз менен жабыркоосу жана эпидемиологиялык процесстери, анын өсүүсү калктын ар түрдүү тобунда пайда болуу мүнөзү изилденген эмес.

Жогорудагы көрсөтүлгөн жагдайлар Кыргыз Республикасында жана оорунун эпидемиялык очоктору бар облустарда оорунун жайылышын изилдөө, альвеококкоз ооруусунун азыркы кездеги себептерин аныктоого түрткү берет.

Бул жумуштун максаты. Кыргыз Республикасында заманбап шарттарда альвеококкоздун эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрүн изилдөө болуп саналат.

Материалдар жана ыкмалар. Изилдөө материалдары катары ооруларды алдын алуу жана мамлекеттик санитардык-эпидемиологиялык көзөмөлдөө департаментинин 1996-жылдан 2018-жылга чейинки статистикалык отчеттору колдонулду. Изилдөөдө Бишкек, Ош шаарларынын жана жергиликтүү райондук ооруканалардын стационардык бөлүмүндө эхинококкоздор боюнча операция жасалган 1500 адамдын оору таржымалы жана 120дан ашык отчетторго анализ жасалган.

Изилдөө ыкмалары: эпидемиологиялык ретроспективдик, аналитикалык баяндоо, статистикалык.

Жыйынтык жана анын талкуусу. Альвеококкоз Кыргыз Республикасында, Борбордук Азиянын анча чоң эмес тоолуу аймактарында (199 900км²)≈6,2 млн. жашаган калк арасында аталган дарттын абала кооптуу бойдон сакталууда [13]. Бардык такталган далилдер мамлекеттик санитардык эпидемиологиялык бөлүмүнө кабарланат. Учурда эхинококкоз же альвеококкоз сыяктуу оорулар хирургиялык дарылоодон кийин алынган органдар морфологиялык жана гистологиялык изилдөөгө жиберилип, ал жерден кайсы түрү экендиги так аныкталат. Катталган учурлар менен ооруган бейтаптардын курагы, жынысы, чыккан жери жана ишинин түрү боюнча журналга катталат.

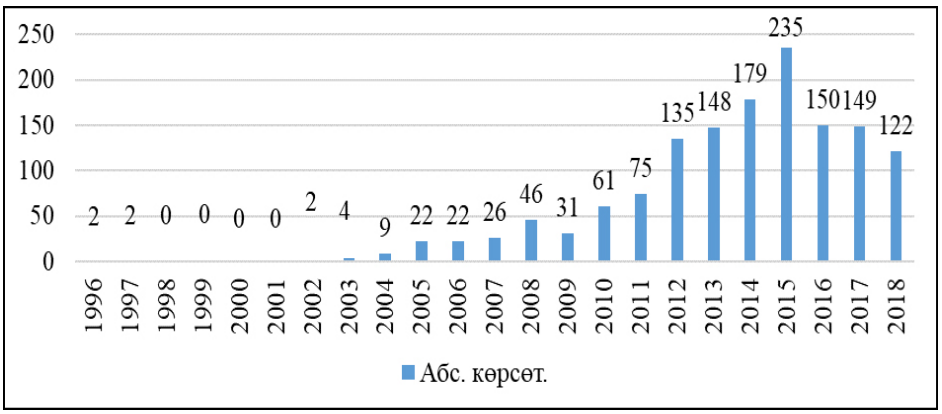
1996-жылдан 2018-жылга чейинки мезгилде альвеококкоз ооруусунун расмий катталган учурларын анализдеп, аймагы жана жыныстык бөлүнүшү боюнча бардык оорулардын маалыматтары каралды.

Кыргыз Республикасы боюнча 90-жылдардагы альвеококкоздун интенсивдик көрсөткүчү (ИК) 0,01 түзсө, 2000 - жылы 0,4, 2015-жылы 3,94 пайызды түзгөн.

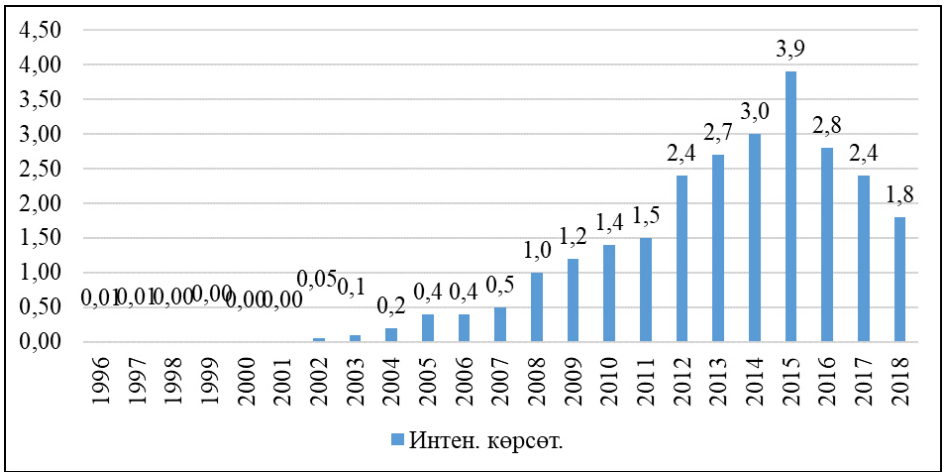
Бирок, альвеококкоз республикада биринчи жолу 1996-жылы катталган, 2003-жылга чейин ар жыл сайын 2-3-4 учурлар катталып турган. 2004-жылдан баштап катталган учурлардын саны олуттуу өскөн, 2011-жылы 75ке ($p < 0,0001$, x^2 тенденция үчүн) жана 2015-жылы 235 жеткен (1-сүрөт).

Ошондой эле 14 жашка чейинки балдардын оорусу өзгөчө маанидеги тынчсызданууга алып келген, жылдан жылга 2ден 37 учурга чейин өзгөргөн. «Альвеококкоз» диагнозу менен катталган жаш балдардын үлүшү 2009-жылы 6,5%ды жана 2015-жылы 15,7%ды (37) тузгон.

1996-жылдан 2018-жылга чейин катталган альвеококкоз учурларынын жалпы санынын (1420), ичинен 14 жашка чейинки балдар - 7,3%ды (104) түздү. Бирок, 2-сүрөттө көрсөтүлгөндөй, республикада расмий маалыматтар боюнча 2016-жылдан тартып акыркы 4 жылда жүргүзүлгөн иш-чараларга байланыштуу оорулардын азайышы байкалууда. Эгерде 2015-жылы республика боюнча интенсивдүү көрсөткүч 3,9 болсо, 2016-жылдан 2018-жылга чейин тиешелүү түрдө 2,8, 2,4, 1,8 түзгөн.



1-сүрөт. Кыргыз Республикасындагы 1996-2018-жылдар аралыгындагы альвеококкоз оорусунун динамикасы (абсол. көрсөт.).



2-сүрөт. Кыргыз Республикасындагы 1996-2018-жылдар аралыгындагы альвеококкоз оорусунун динамикасы (интен. көрсөт.).

Алсак, оорулардын алдын алуу жана мамлекеттик эпидемиологиялык көзөмөлдөө департаментинин маалыматына ылайык 1996-жылдан 2018- жылга чейин жабыркагандардын жалпы саны 1420ны түзгөн (9,5%ы эхинококкоздон). Алардын ичинен 63,5%ын аялдар жана 36,5%ын эркектер түзгөн ($p<0,0001$, x^2). Оорулуулардын орточо жаш курагы 28,8 болгон, 3-76 жашка чейинки аралыкта. Демек, альвеококкоз менен активдүү эмгекке жарамдуу курактагы адамдар ооруган. Альвеококкоз менен ооруган адамдарды текшерген мезгилде 89,8% (1276) учуру ыйлакчаалар боордо жайгашкан жана башка органдарда 10,2% түзгөн.

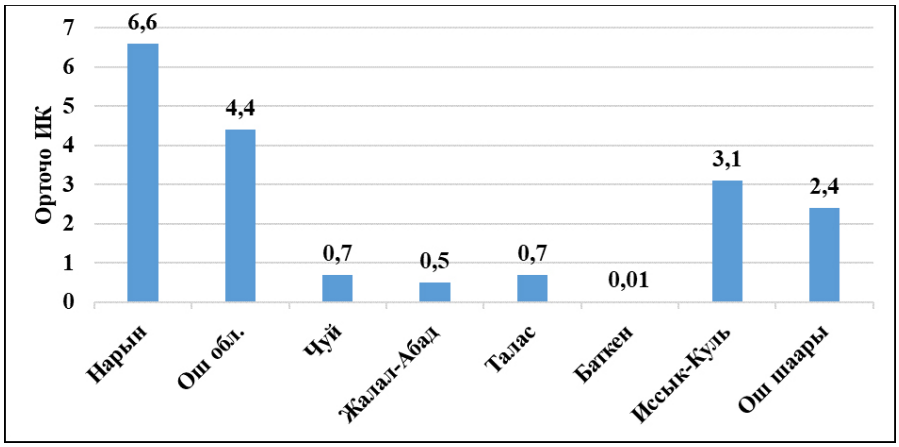
Көп жылдык орточо интенсивдик көрсөткүч альвеококкоз дарты боюнча 100 миң калктан – 2,2, минималдык- 0,4 (1996), максималдык – 3,9 (2015) көрсөткүчтү түздү.

1-таблица. Республикада көп жылдык маалыматтар боюнча альвеококкоз оорусунун максималдуу, орточо жана минималдуу интенсивдик көрсөткүчү.

Аймактар	**Орточо ИК**	**Минималдуу ИК (жыл)**	**Максималдуу ИК (жыл)**
Нарын	6,6	1,0 (2008)	9,8 (2016)
Ош	4,4	0,3 (2010)	6,5 (2014)
Чүй	0,7	0,1 (2009)	1,6 (2014)
Жалал-Абад	0,5	0,1 (2008)	1,0 (2014)
Талас	0,7	0,4 (2009)	2,4 (2014)
Баткен	0,01	0,01 (2011)	0,01 (2011)
Ыссык-Көл	3,1	0,7 (2008)	5,7 (2014)
Ош шаары	2,4	0,3 (2008)	3,4 (2012)
КР	2,2	0,4	3,9

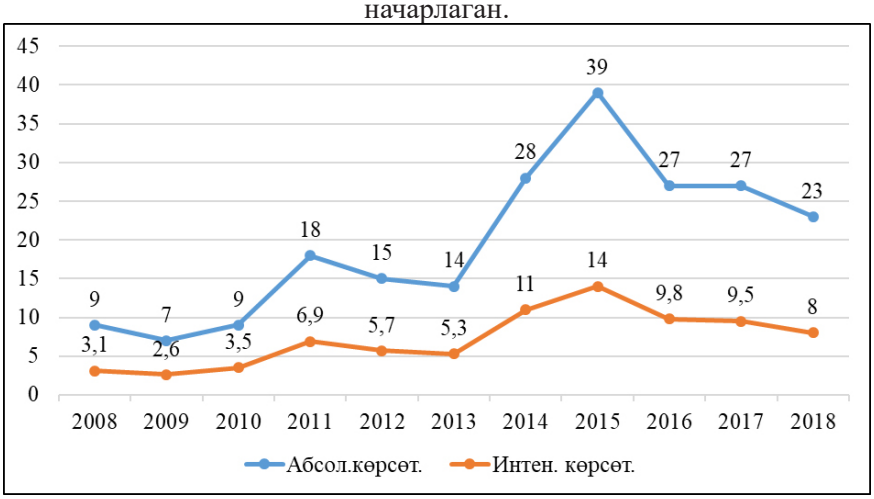
Көпчүлүк учурлар Нарында катталган (4-сүрөт), Ош (5-сүрөт), Ыссык-Көл (6-сүрөт) облустарында альвеококкоздон жабыркагандар 100 миң адамдан — 6,6, 4,4, 3,1 жана 2,4 пайызды түздү. Калган аймактарда анча чон эмес пайызды түзгөн (3-сүрөт).

Республикада альвеококкоз 2004-жылдан тартып өсүү тенденциясын көрсөткөн: 2009-жылы 6,8 эсе, 2012-жылы 15 эсе, ал эми 2013-жылы 16,4 эсе. Ал эми 2015-жылы оорунун деңгээли Ош облусунда 2008-жылга салыштырганда 19,6 эсеге, ал эми 2015-жылы Нарын облусунда 2008-жылга салыштырганда 4,33 эсеге, Ыссык-Көл облусунда 6,6 эсеге жана Чүй облусунда 5 эсеге өскөн.

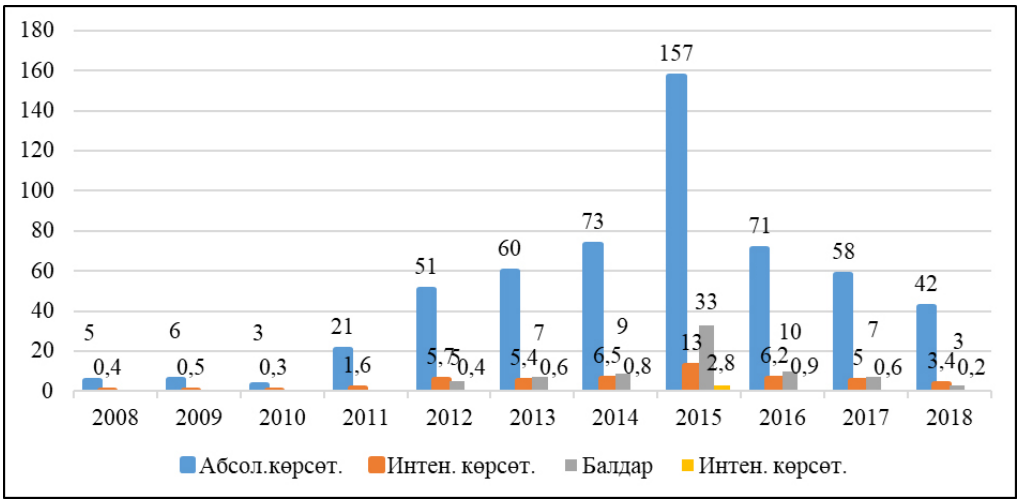


3-сүрөт. Кыргыз Республикасынын облустары боюнча альвеококкоз менен ооругандардын көрсөткүчтөрү (1996-2018-жж.).

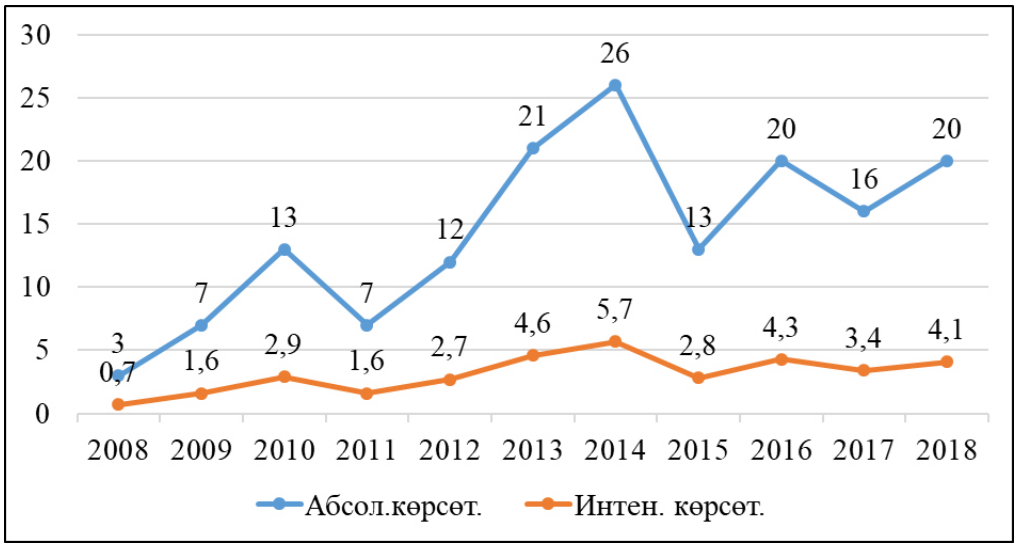
Биздин акыркы жылдардагы жүргүзүлгөн изилдөөлөрүбүздүн жыйынтыгы көрсөткөндөй альвеококкоз оорусунун эпидемиологиялык абалы көбүнчө Ош облусунун Алай районунда начарлаган.



4-сүрөт. Нарын облусунун ооруга чалдыгуу боюнча көп жылдык динамикасы.



5-сүрөт. Ош облусунун ооруга чалдыгуу боюнча көп жылдык динамикасы.



6-сүрөт. Ысык-Көл облусунун ооруга чалдыгуу боюнча көп жылдык динамикасы.

Бирок, расмий статистиканын маалыматтары республиканын калк арасындгы ооругандардын чыныгы санын чагылдырбай тургандыгын белгилей кетүү зарыл. Ооруган адамдардын так саны статистикалык маалыматтардан бир нече жолу жогору болушу мүмкүн, анткени бул оорулар узак жылдар бою клитникалык белгилердин жоктугу менен жүрөт жана алдын алуу изилдөөлөрүн жүргүзүүдө гана байкалат. 2016-жылы биз тараптан Улуттук эсептөө комитетинин № 1- «Жугушту жана паразитардык оорулар жөнүндө маалымат» деген отчеттук формасына “альвеококкоз” нозологиялык түрүн киргизгенбиз. Мына ошонон тартып республика боюнча альвеококкоз оорусу өзүнчө каттала баштады. Мындай практикалык формага киргизүү негизинен ай сайын альвеококкоз ооруларын каттап, тактоого жана алдын ала иш чараларды жүргүзүүгө мүмкүнчүлүк түзүлдү.

Жыйынтыктар:

1. *Текшерүү мезгилинде Кыргыз Республикасында ооруга чалдыгуунун көп жылдык интенсивдик көрсөткүчүндө альвеококкоз 100 миң адамдан-2,2, минималдуу-0,4 (1996ж.) жана максималдуу-3,9 (2015ж.) интенсивдик көрсөткүчтү түзгөн.*
2. *1996-2018 жылдарга чейинки мезгилде 1420 оорулуунун ичинен ооруга чалдыгуунун көп жылдык интенсивдик көрсөткүчүндө 6,6 - Нарын, 4,4 - Ош, 3,1 - Ыссык-Көл облустарынын жана 2,4 - Ош шаарынын жана азыраак өлчөмдө 0,7 - Талас, 0,5 - Чүй жана 0,5-Жалал-Абад облустарынын тургундары түзгөн.*
3. *2004-жылы альвеококкоз жалпысынан республиканын бардык аймактарында тенденциялык өсүштү көрсөткөн: 2009-жылы 6,8, 2012-жылы 15 жана 2013-жылы 16,4 эсе.*
4. *1420 оорулуунун ичинен 89,9%да (1276 учур) альвеококктор боордон жана 10,2%ы башка органдардан табылган.*
5. *1996-жылдан 2018-жылга чейинки мезгилде альвеококкоз менен катталгандардын саны 1420 түзгөн (9,5% эхинококкоз суммасынан). Алардын ичинен 63,5% аялдар жана 36,5% эркектер болгон ($p<0,0001$, x^2). Оорулуулардын орточо курагы 28,8 жаш болгон, 3-76 жашка чейинки курагы менен. Ошентип альвеококкоз менен активдүү эмгекке жарамдуу курактагы адамдар ооруган.*
6. *2016-жылдан тартып республикада акыркы 4 жылда жүргүзүлгөн иш-чараларга байланыштуу оорулардын азайышы байкалган. Эгерде 2014-2015-жылдары интенсивдүү көрсөткүчтөр 3,0, 3,9 болсо, 2016-жылдан 2018-жылга чейин тиешелүү түрдө 2,8, 2,4, 1,8 түзгөн.*

Колдонулган адабияттар:

1. *Журавлев В.А. Одномоментные и этапные радикальные операции у больных альвеококкозом печени, осложненным механической желтухой // Вестник хирургии. – 1980, №6. - С. 42-45.*
2. *Альперович Б.И., Кошель А.П. Осложнения после резекции печени //Хирургия. – 1995. – № 6. – С.41–43.*
3. *Экерт Дж., Деплац П. Биологические, эпидемиологические и клинические аспекты эхинококкоза: зооноз, вызывающий все большую озабоченность. Clin Microbiol Rev. 2004; 17: 107–35 10.1128 / CMR.17.1.107-135.2004.*
4. *Лукашенко Н.П. Зорихина В.И. Эпидемиология альвеококкоза (альвеолярного эхинококкоза) в центральных районах Барабинской лесостепи Новороссийской области // Мед. паразитология и паразитар. болезни. - 1961. – Т. 30, №2. – С. 159-168.*

5. Оморов Р.А. Альвеококкоз диагностика, лечение, профилактика. [Текст] / Р.А. Оморов, Р.К. Бейшенбаев, С.А. Айтбаев // Бишкек: ОсОО «Express Print». - 2009. – 235с.

6. Назыров, Ф.Г. Печеночная недостаточность как проблема в резекционной хирургии печени и пути ее профилактики [Текст] / Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров, В.В. Девятов // Хирургия. Восточная Европа. Минск. – 2016 - приложение. - С. 226-227.

7. Омурбеков Т.О. Эхинококковая болезнь у детей [Текст] / Т.О.Омурбеков // Бишкек: «Бийиктик», 2002. – 185с.

8. Вишневский В.А., Чжао А.В., Назаренко Н.А., Икрамов Р.З. и др. Современные принципы техник оперативных вмешательств на печени. Анналы хирургической гепатологии, 1996. Т. 1. С.15-24.

9. Альперович Б.И. "Радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе печени" Анналы хирургической гепатологии, Том 1, №1 1996.-С. 31-36.

10. Torgerson P.R., Budke C.M. Echinococcosis an international public health challenge // Research in Veterinary Science.-2003. - Vol. 74(3). - P. 191-202.

11. Ибадильдин А.С., Кузьмин Д.Ю. Алгоритм диагностики и лечения осложненного эхинококкоза печени // Вестник хирургии Казахстана. - 2012. - №1. - С.32-33.

12. Раимкулов К.М., Абдыжапаров Т.А., Тойгомбаева В.С., Куттубаев О.Т., Турицин В.С. Инвазированность собак эхинококкозами в эндемичных районах Ошской области Кыргызской Республики. Мед паразитол. – 2018;4:19-25.

13. Раимкулов К.М. Особенности эпидемиолого-эпизоотической ситуации по альвеококкозам в южных районах Кыргызстана. Мед паразитол. - 2018;2:40-44.

НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКА У БОЛЬНЫХ С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА

Э. Алик кызы, М.А. Медведев, К.Б. Ырысов
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.
г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Проведен анализ результатов хирургического лечения аденом гипофиза с использованием эндоскопического трансназального транссфеноидального и транскраниального доступов.
За период с июля 2014 года по январь 2018 года было оперировано 112 больных с аденомой гипофиза. В 57 случаях операций использовался эндоскопический трансназальный транссфеноидальный доступ. Группу оперированных с применением транскраниального доступа составили 55 больных.
Эндоскопический трансназальный транссфеноидальный доступ позволяет
нейрохирургам предотвратить ошибки и осложнения, которые могут встречаться при выполнении других доступов к хиазмально-селлярной области.
Ключевые слова: аденома гипофиза, транссфеноидальный доступ, хиазмально-селлярная область.

ГИПОФИЗ АДЕНОМАСЫНАН ЖАБЫРКАГАН БЕЙТАПТАРДЫН НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЯЛЫК СИМПТОМАТИКАСЫ

Э. Алик кызы, М.А. Медведев, К.Б. Ырысов
И.К. Ахунбаева атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы.
Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду. Трансназалдык транссфеноидалдык эндоскоптук жана транскраниалдык ыкмаларды колдонуу менен гипофиз аденомасын хирургиялык дарылоонун жыйынтыктары берилген.
2014 жылдын июль айынан баштап 2018 жылдын январь айына чейин гипофиз аденомасынан жапа чеккен 112 бейтапка операция жасалган. Алардын 57 синде эндоскоптук трансназалдык транссфеноидалдык ыкма колдонулган. Ал эми 55 бейтаптан турган топко транскраниалдык ыкма менен операция аткарылган.
Эндоскоптук трансназалдык транссфеноидалдык ыкма нейрохирургдарга хиазмалдык-селлярдык областта жасалган операция учурунда кездешүүчү катаалардын жана татаалдануулардын алдын алууга мүмкүнчүлүк берет.
Үңгу сөздөр: гипофиз аденомасы, транссфеноидалдык ыкма, хиазмалдык-селлярдык областы.

NEUROOPHTHALMOLOGICAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH PITUITARY ADENOMAS

E. Alik kyzy, M.A. Medvedev, K.B. Yrysov
Kyrgyz state medical academy n.a. I.K. Akhunbaev.
Bishkek, Kyrgyzstan.

Summary. This work is devoted to the analysis of results after endoscopic transnasal transsphenoidal and transcranial approaches to hyasmatic-sellar region for pituitary adenomas removal.
One hundred twelve patients with pituitary adenomas from July, 2014 to January, 2018 have been consecutively operated. In 57 series with pituitary adenomas transnasal transsphenoidal way has been used. Transcranial approach was used in 55 patients with marked supra - and endosellar tumor growth.
During performance of endoscopic transnasal transsphenoidal approach it was allowed to prevent errors and complications which could meet during performance of other approaches.
Key words: pituitary adenoma, transsphenoidal approach, transcranial approach, hiasmatic-sellar region.

Введение. Впервые назоэтмоидальный транссфеноидальный доступ к турецкому седлу выполнил H. Schloffer в 1907 г., а H. Cushing обосновал сублабиальный транссептальный транссфеноидальный подход к турецкому седлу как стандартную методику при хирургическом лечении новообразований хиазмально-селлярной области [1-5]. Транссфеноидальный доступ имеет ограничения, связанные с глуби-

ной операционного поля и узостью операционной раны, в связи с чем существует опасность повреждения интракавернозной части внутренней сонной артерии, стенок и содержимого кавернозного синуса, дна III желудочка. Для более точной визуализации анатомических структур данной области в 1958г. Guiot впервые применил флюороскопию, а в 1963г. сообщил об использовании жесткого эндоскопа при транссфеноидальных вмешательствах на гипофизе [7, 8]. В 1969г. G. Hardy разработал и внедрил в клиническую практику операционный микроскоп, что в сочетании с интраоперационной флюороскопией позволило значительно снизить частоту осложнений и рецидивов опухолей [9].

В 1977г. M. Apuzzo с соавт. изложили концепцию интраоперационного применения эндоскопии при клипировании аневризм, дискэктомиях и транссфеноидальном удалении аденом гипофиза. Авторы подчеркивали особую актуальность применения эндоскопии для достижения радикальности аденомэктомии, что способствовало возрождению интереса к транссфеноидальной хирургии опухолей гипофиза с эндоскопической поддержкой [3, 6].

Развитие современных методов нейровизуализации позволило внедрить в практику применение методики безрамной нейронавигации в хирургии центральной нервной системы. Данная методика имеет определенные ограничения в хирургии головного мозга, связанные с возможной пространственной ошибкой при дислокации мозговых структур [4-10].

Материал и методы. Данное ретроспективное исследование является первым в Кыргызской Республике, где приводится сравнительный анализ результатов хирургического лечения 112 больных с аденомой гипофиза, последовательно оперированных применением трансназального транссфеноидального (57 больных) и транскраниального (55 больных) доступов. В этой работе дается оценка опыта одного хирурга с анализом результатов лечения.

В отделении нейроэндоскопии Медицинского Центра «Здоровье», который является клинической базой кафедры нейрохирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева за период с 2014-2018 последнего были оперированы 57 больных с аденомой гипофиза одним хирургом (проф. Ырысов К.Б.) с использованием эндоскопического транссфеноидального доступа. Группу оперированных с применением транскраниального доступа составили 55 больных. У всех пациентов были диагносцированы аденомы гипофиза. Все пациенты были старше 18 летнего возраста. Средний возраст пациентов к моменту операции составил 57,4 лет (SD 15,9; колебания 18-75). Средний срок наблюдения в послеоперационном периоде был 3,2 месяца (SD 4; колебания 1-12).

Среди 112 пациентов с макроаденомами - в 37 наблюдениях отмечался супра- и эндоселлярный рост, в 34 - супраселлярное распространение, в 31 - супра- и параселлярный рост.

Перед операцией все больные подвергнуты полному обследованию полному обследованию. Для оценки размеров опухолей и их распространения, при планировании хирургического доступа проводилось МРТ исследование с парамагнитными контрастными препаратами.

Для выявления эндокринных расстройств у всех больных определяли уровень гормонов гипофиза (кортизол, АКТГ, свободный тироксин, пролактин, ТТГ, ФСГ). Диагноз пролактиномы выставлялся в случае превышения содержания пролактина 150 нг мл

До операции и в послеоперационном периоде оценивались зрительные функции (острота зрения, глазное дно, поля зрения).

Перед планированием хирургического доступа важно иметь реальное представление о строении сфеноидального синуса. В нашей серии по данным краниографии и КТ (МРТ) у 41 пациента выявлен селлярный тип строения основной пазухи, у 11 - преселлярный.

Трансназальные эндоскопические вмешательства на гипофизе выполняли стандартным транссфеноидальным доступом. Пациента укладывали на операционный стол, головной конец которого был приподнят на 30°, хирург находился справа от больного на уровне его груди.

Операцию выполняли с эндоскопической поддержкой, используя жесткий эндоскоп и эндовидеокамеру фирмы Karl Storz (Германия) диаметром 4 мм с прямой 0° и косой 30-градусной оптикой. Все оперативные вмешательства проводили под общей многокомпонентной анестезией с интубацией трахеи.

Результаты и их обсуждение. В 29 (50,9%) случаях выявлена секретирующая аденома, в 28 (49,1%) – несекретирующая аденома. Гипопитуитаризм отмечался у 16 (28,1%) пациентов. Для полноценного

выполнения оперативного вмешательства важным моментом являлось изучение анатомического расположения аденомы гипофиза. Во всех случаях опухоль располагалась в полости турецкого седла (57 – 100%). В то же время у 21 (36,8%) пациентов опухоль распространялась в супраселлярную цистерну, а у 9 (15,8%) пациентов – в кавернозный синус. Во всех случаях операций мы стремились к радикальному удалению опухоли, в 46 (80,7%) случаях нами выполнена тотальная резекция опухоли, субтотальное удаление выполнено у 11 (19,3%) больных. Для закрытия костных дефектов турецкого седла и основной пазухи носовая перегородка была использована в 24 (42,1%) случаях, фибриновый клей – в 6 (10,55), а жировая ткань – в 19 (33,3%) случаях.

Нейроофтальмологическая симптоматика у больных с аденомой гипофиза и симметричным хиазмальным синдромом. В группу пациентов с симметричным хиазмальным синдромом вошли 56 пациентов, что составило 23,4% от общего числа обследованных больных. По возрасту и полу больные распределились как и в общей группе.

В клинической картине наряду с эндокринными нарушениями выявлялись и зрительные нарушения. У 49,5% пациентов первым симптомом заболевания явилось ухудшение зрения, у 44,9% заболевание дебютировало гормональными нарушениями и у 5,6% эндокринные и зрительные нарушения появились одновременно. По гормональному составу аденомы были представлены: пролактиномой (30,9%), соматотропиномой (10,9%), пролактинома сочеталась с соматотропиномой у 4,5%. В отличие от группы больных без зрительных нарушений, где 89% больных имели гормонозависимые опухоли, у 51,8% больных с симметричным хиазмальным синдромом были обнаружены гормонально неактивные аденомы гипофиза.

Зрительные нарушения характеризовались симметричным снижением остроты зрения и симметричными дефектами в поле зрения. Подобные зрительные нарушения возникали при супраселлярном распространении опухоли и воздействии объёмного образования на медиальные волокна хиазмы. Причём более выраженному супраселлярному компоненту, наличию кровоизлияния в опухоль соответствовали более грубые зрительные нарушения.

По степени выраженности хиазмального синдрома больные распределились следующим образом: начальный симметричный хиазмальный синдром — 42,7%; негрубый симметричный хиазмальный синдром - 30,9%; грубый симметричный хиазмальный синдром - 26,4%.

Начальный симметричный хиазмальный синдром характеризовался снижением остроты зрения до 0,8 и симметричными дефектами в поле зрения, которые представляли собой битемпоральную гемигипопсию на белый, красный, зелёный цвета, битемпоральную гемианопсию на красный и зелёный цвета или битемпоральные относительные скотомы.

У всех больных с начальным хиазмальным синдромом выявлена начальная стадия зрительных расстройств.

По локализации это были преимущественно аденомы гипофиза с супраселлярным компонентом, однако, в основном, супраселлярный компонент имел незначительные размеры.

У больных с начальным симметричным хиазмальным синдромом в большинстве случаев были выявлены небольшие и средние размеры аденомы гипофиза.

Негрубый симметричный хиазмальный синдром мы выявили у 16 больных. Зрительные функции характеризовались снижением остроты зрения от 0,7 до 0,3 и битемпоральными дефектами в поле зрения от 30% до 50%. У большинства пациентов (*76,5%)* с негрубым симметричным хиазмальным синдромом была выявлена ранняя стадия зрительных расстройств. У всех пациентов аденома гипофиза имела супраселлярный компонент опухоли, у 2-х, к тому же имелся и латероселлярный рост объёмного образования.

В сравнении с больными с начальным хиазмальным синдромом у больных с негрубым симметричным хиазмальным синдромом мы отметили увеличение количества аденом гипофиза средних и больших размеров.

В группе пациентов с негрубым симметричным хиазмальным синдромом глазодвигательные нарушения обнаружены в одном наблюдении. Клиническая картина недостаточности отводящего нерва возникла остро, на фоне сильной головной боли. У больной была обнаружена

эндосупраселлярная аденома гипофиза, причиной глазодвигательных нарушений явилось кровоизлияние в опухоль и сдавление отводящего нерва в кавернозном синусе.

Грубый симметричный хиазмальный синдром был обнаружен нами у 40 больных. Нарушение зрительных функций заключалось в симметричном снижении остроты зрения от 0,2 до практической слепоты и слепоты. Изменения в поле зрения были представлены полной битемпоральной гемианопсией с сужением в носовой половине поля зрения. У 23 больных было отмечено наличие центральных относительных и абсолютных скотом. У 11 пациентов была выявлена слепота на оба глаза. У 2-х слепых пациентов были выявлены глазодвигательные нарушения, которые появились остро и одновременно с резким снижением зрения на фоне сильной головной боли: у одного пациента был выявлен парез отводящего нерва, у другого - парез глазодвигательного нерва. Эти больные имели эндосупраселлярную локализацию аденомы гипофиза, острое начало клинической картины было вызвано кровоизлиянием в опухоль и сдавлением глазодвигательных нервов в кавернозном синусе.

У всех больных с грубым симметричным хиазмальным синдромом была обнаружена опухоль эндосупраселлярного распространения.

При проведении МРТ головного мозга у 7 больных было выявлено наличие кровоизлияния в опухоль. У 8 пациентов с аденомой гипофиза имелся кистозный компонент опухоли. Тот факт, что опухоль имела кровоизлияние и кистозный компонент, в дальнейшем подтвердился во время проведения операции.

В группе больных с грубым симметричным хиазмальным синдромом отмечено значительное количество больных с большими и гигантскими опухолями.

В большинстве случаев - у 75,9% пациентов с грубым симметричным хиазмальным синдромом мы обнаружили позднюю стадию зрительных нарушений.

Таким образом, в группе больных с симметричным хиазмальным синдромом подавляющее большинство составили пациенты с супраселлярным ростом аденомы гипофиза ($p < 0,05$).

Анализ показал, что у больных с симметричным хиазмальным синдромом выраженность зрительных нарушений зависела от степени супраселлярного роста опухоли, от размеров объёмного образования. Также грубые расстройства зрения у больных с опухолью средних размеров были вызваны наличием кровоизлияния в опухоль.

У большинства больных с симметричным хиазмальным синдромом выявлена ранняя стадия зрительных нарушений (75,5%) ($p < 0,05$). Причём, у больных с негрубыми зрительными расстройствами превалировала ранняя стадия зрительных расстройств, а при грубых нарушениях - поздняя ($p < 0,05$).

Заключение. Эндоскопический трансназальный транссфеноидальный доступ позволяет полноценно визуализировать анатомические структуры хиазмально-селлярной области, дает возможность выполнения широкой трепанации основной пазухи, а это, соответственно, повышает радикальность удаления опухолей. Использование транссфеноидального доступа с эндоскопической поддержкой позволяет четко ориентироваться в операционной ране, сокращает время операции, делает операционный доступ менее агрессивным, а сама операция становится более безопасной.

Литература:

5. *Аденомы гипофиза. Клиника, диагностика, лечение / под ред. проф. Б.А. Кадашева. - М., 2007.*
6. *Транссфеноидальная хирургия гипофиза / под ред. акад. А.И. Арутюнова. - М., 1976.*
7. *Калинин П.Л. Ринологические аспекты эндоскопического эндоназального удаления аденом гипофиза / Калинин П.Л., Фомичев Д.В., Капитанов Д.Н., Кадашев Б.А. и др. // Вестник оториноларингологии. - № 4. - 2007.*
8. *Apuzzo M.L.J., Heifetz M.D., Weiss M.H. Neurosurgical endoscopy using the side-viewing telescope // J. Neurosurg. - 1977. - Vol. 46. - № 2. - P. 398-400.*
9. *Dehdashti A.R., Ganna A., Karabatsou K. Pure endoscopic endonasal approach for pituitary adenomas: early surgical results in 200 patients and comparison with previous microsurgical series. Neurosurgery 2008;62:1006-1017.*
10. *Hofstetter C.P., Shin B.J., Mubita L. Endoscopic Endonasal surgery for pituitary adenomas: discussion. Neurosurg Focus 2011; 30 : e10 .*

11. *Gondim J.A., Schops M., de Almeida J.P. Endoscopic endonasal transsphenoidal surgery: surgical results of 228 pituitary adenomas treated in a pituitary center. Pituitary 2010;13:68-77.*
12. *Hofstetter C.P., Mannaa R.H., Mubita L. Endoscopic endonasal transsphenoidal surgery for growth hormone-secreting pituitary adenomas. Neurosurg Focus 2010:29:E6.*
13. *D'Haens J., Van Rompaey K., Velkeniers B. Fully endoscopic transsphenoidal surgery for functioning pituitary adenomas: a retrospective comparison with traditional transsphenoidal microsurgery in the same institution. Surg Neurol 2009;72:336-40.*
14. *Smith S.J., Eralil G., Woon K. Light at the end of the tunnel: the learning curve associated with endoscopic transsphenoidal skull base surgery. Skull Base 2010;20:69-74.*

АНТРОХОАНАЛДЫК ПОЛИП ЖАНА АНЫН КЛИНИКАЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Т.М. Закиров, А.А. Токтосунов, Б.Р. Равшанбекова
И.К. Ахунбаев Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,
Оториноларингология кафедрасы (каф. баш. – д.м.н., проф. В.А. Насыров)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Антрохоаналдык полиптердин клиникалык жана патоморфологиялык өзгөлүктөрүн изилдөө.
Материалдар жана ыкмалар. 2018-2020жж. Улуттук ооруканалын ЛОР бөлүмүндө жана И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын медициналык борборунун ЛОР бөлүмүндө 27 бейтаптын хирургиялык жол менен алынып ташталган антрохоаналдык полиптеринин гистологиялык изилдөөлөрдүн жыйынтыктарын жана клиникалык өзгөчөлүктөрүн үйрөнгөн ортоңку мурун жолуна хирургиялык эндоскопиялык техникаларды колдонуу менен ревизия жасалган. Алынып ташталган полиптер гистологиялык изилдөөдөн өткөрүлгөн.
Жыйынтыгы. Текшерүүдө 27 бейтаптан(40%) антрохоаналдык полип табылган, алардын ичинен 9 бейтапта гиганттык өлчөмдөгү полиптер аныкталган. Изилденип антрохоаналдык полиптердин морфологиялык өзгөчөлүктөрү жазылган. Өнөкөттүү спецификалык эмес сезгенүүнүн белгилери жана эпителийдин дистрофиялык өзгөрүүсү байкалган.
Тыянактар. Табылган морфологиялык өзгөрүүлөр "эски" полиптерге мүнөздүү жана ушундай белгилер менен чыныгы полиптер деп аталат.
Негизги сөздөр: антрохоаналдык полип, полипоздук риносинусит, полиптин морфологиясы.

АНТРОХОАНАЛЬНЫЙ ПОЛИП И ЕГО КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Т.М. Закиров, А.А. Токтосунов, Б.Р. Равшанбекова
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра оториноларингологии (зав. каф.– д.м.н., профессор В.А. Насыров),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Исследование клинических проявлений и патоморфологических особенностей антрохоанальных полипов.
Материалы и методы: Изучены клинические данные и результаты гистологических исследований удаленных полипов 27 больных ЛОР отделении медицинского центра при КГМА и ЛОР отделении НГ, находившихся на лечении по поводу полипозного риносинусита в 2018-2020гг. Хирургическое лечение с ревизией среднего носового хода проводили с использованием эндоскопической техники. Удаленные полипы подвергали гистологическому исследованию.
Результаты: у 27 больных (40%) при обследовании обнаружены антрохоанальные полипы, у 9 из них полипы оказались гигантскими. Описаны морфологические особенности антрохоанальных полипов. Отмечены признаки местного хронического неспецифического воспаления и дистрофических изменений эпителия, формирование участков фиброзирования стромы и плоскоклеточной метаплазии респираторного эпителия.

Выводы: Обнаруженые морфологические изменения характерны для старения полипов, что позволило отнести их к истинно антрохоанальным полипам и констатировать позднюю диагностику полипозных риносинуситов.
Ключевые слова: антрохоанальный полип, полипозный риносинусит, морфология полипа.

ANTHROCHOANAL POLYPS AND ITS CLINICAL FEATURES

T.M. Zakirov, A.A. Toktosunov, B.R. Ravshanbekova
Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Otorhinolaryngology (Head of the Department, Ph.D., Prof. V.A. Nasyrov)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. Study of the clinical and morphological data of polyposis sinusitis.
Materials and Methods: Clinical and morphological data for 27 patients of polyposis sinusitis were studied. Patients were hospitalized in ENT department of the medical center at the KSMA and ENT department of the NG in connection with the polyps of nose during 2018-2020. Surgical treatment with the revision of middle nasal motion was conducted with the use of endoscopic technique. Histological research was carried out at a light microscopy.
Results: at 27 patients (40%) at an inspection were found out antrochoanal polyps. At 9 from these patients were found out the giant polyps of nose. Pathomorphological of feature of remote antrochoanal polyps is described. Histological data testified to local chronic inflammation and mucoid degeneration, areas of fibrotic changes of stroma and metaplasia of epithelium.
Summary: These changes are characteristic for old truly antrochoanal polyps.
Key words: polyposis rhinosinusitis, antrochoanal polyps, giant polyp of nose, pathomorphologia of antrochoanal polyps.

Киришүү

Поллипоздук риносинуситтер патогенетикалык өрчүшү, медикаментоздук жана хирургиялык дарылоо ыкмалары окумуштуу-изилдөөчүлөрдүн көңүл чордонунун борборунда өзгөчө орунду, рецидивдик ыйлакчалар ээлейт. Алардын арасынан эң өзгөчөсү болуп антрохоаналдык полип эсептелет. Бул тубү кайырдуу шишик “Киллиан ыйлакчасы” [3,4] үстүнкү жаак коңулунун(Гаймор коңулу) чел кабыкчасынан өсүп, хоана тарап жакка багыт алып, мурун-тамак жолуна бөгөт коёт. Ыйлакчанын пайда болуусунун себептери азыркы мезгилге чейин толук изилдене элек.

Үстүңкү жаактан өсүп чыккан полип жөнүндөгү белгилүү сүрөттөмө биринчи жолу 1961-жылы голландиялык анатом Фредрик Руиш тарабынан жарыяланган. 1753-жылы үстүңкү жаактын эки баштуу полипин жазган. Андан соң 1891-жылы Цукерланд үстүңкү жаак коңулунан чыккан жалгыз полипти сүрөттөгөн. 1906-жылы Густав Киллиан биринчилерден болуп үстүңкү жаак коңулунан өскөн полипти бир жактуу антрохоаналдык полип деп атаган. Бул өсүмтө ичке, узун бутчага ээ болуп жана көлөмү боюнча ар кандай өлчөмдө болуп сырткы мурундун түзүлүшүнүн бузулушуна алып келет[6].

Антрохоаналдык полиптер, негизинен остеометалдык комплекстинин түзүлүшүнүн жана функциясынын абалынын бузулушуна алып келип, натыйжада мукоцилиардык клиренсинин бузулушуна жана мурун коңулунунда продуктивдик(жемиштуу), полипозно-кистоздук(калталанган шишик) процессинин өрчүшүнө алып барат. Көбүнчө пайда болгон шишик үстүңкү жаактын коңулунда жана өсүшү боюнча кошумча тешиктен чыга беришинде жайгашат да, антрохоаналдык полип деп аталат[1,2]. Г.З.Пискунов, , С.З.Пискунов [2] полиптин пайда болуу себептеринин бири болуп мурун көңдөйүндөгү жана коңулдардагы аэродинамиканын бузулушу негизги себеби деп эсептешет

Авторлордун оюу боюнча, бул патологиялык процесстер мурун көңдөйүнүн анатомиялык түзүлүшүнүн бузулушуна алып келет, башкача айтканда, мурун тосмосунун кыйшаюсу жана мурун көңдөйүнүн түзүлүштөрүнүн(илмек сымак урчук, мурундун ортоңку каңылжаары, калбыр сыяктуу көбүк) формасынын өзгөрүшү менен байланышкан.

Адатта, бейтаптардын даттануулары өнөкөт риносинуситтердин симптомдоруна окшош болот(коңурук, ринорея, дисфагия ж.б.). Өтө сейрек кездешүүчү даттануулары болсо, көз көрүүнүн начарлоосу, проптоз, мурундун каноосу. Бейтаптардын көпчүлүгү, мурундун бүтүп калуусуна даттанышкан(90%)[4].

Мурундун жана мурун жанындагы коңулдардын заманбап изилдөө ыкмалары-эндоскопиялык визуализация, КТ, МРТ, акыркы он жылдыктын ичинде ушул патологиянын изилдөөсүн кеңейтти.
Ооруунун клеткалык деңгээлде изилденүүсү , алынып ташталган полиптердин гистологиялык изилденишине жол ачты.
Иштин максаты : Антрохоаналдык полиптин клиникалык жана патологиялык өзгөчөлүктөрүн изилдөө.
Материалдар жана ыкмалар
Биздин байкообузда 68 бейтап болуп, алар Улуттук ооруканын ЛОР бөлүмүндө жана КММАнын медициналык борборунда полипоздук риносинусит деген диагноз менен 2018-жылдын ноябрынан 2020-жылдын февралына чейин жаткырынган. Алардын жаштары 14-78 жаш аралыгында, бейтаптардын орто жашы-24 . Текшерүүлөр жана дарылоо хирургиялык жол аркылуу жүргүзүлгөн.
Текшерүүдө жалпы клиникалык жана стандарттык ЛОР-изилдөөлөрдөн сырткары, эндоскопиялык катуу диаметри боюнча 4мм жана 0-30 градустук бурчтагы риноскоп колдонулган.
Хирургиялык жол менен дарылангандан кийин, алынып ташталган полиптерди 10 пайыздык нейтралдаштырылган формалинде 24 саат бою сактадык. Андан соң материалды спирт батареясы жана ксилол аркылуу
өткөрүшкөн да, парафинге салып коюшкан. Натыйжалуу жыйынтыкка жетүү үчүн гистологиялык изилдөө автоматта жүргүзүлгөн. Кийин болсо материалды 6-8 мкм калыңдыкта кесишип, кесиндини гематоксилин, эозин жана пикрофуксин менен Ван-Гизондун ыкмасы аркылуу боёшкон. Андан сырткары, байланыштыргыч тканды Масондун боё ыкмасы менен [2], ал эми полисахариддерди, гликозамингликандарды жана гликопротеиндерди Хочкисса-Мак-Мануса реакциясы менен аныкташкан.
Жыйынтыктар
Жыйынтыгында 40% оорудан тоголок формадагы, боз жана кызгылт түстөгү, жалтырак антрохоаналдык полиптер табылган. Бир жактуу мурун мурун дем алуусунун бузулушу-23(34%) бейтапта, ал эми эки жактуу же толук мурун дем алуусунун бузулушу-18(26%) бейтапта байкалган. 9 бейтапта полиптер мурун көңдөйүнүн алдыңкы бөлуктөрүнөн хоана тарапты көздөй өсүп, мурун жолдорун жана хоананы тосуп калган. Мындай полиптер гиганттык полиптер деп аталып алардын узундугу 5см ден 10см ге чейин жетет. Гиганттык полип менен ооруган 4 бейтаптын мурун тосмосунун кыйшаюсу байкалган. Бейтаптар рентгеналогиялык, КТ же МРТ текшерүүдөн өтүшкөн.
Бардык бейтаптарга хирургиялык дарылоо жүргүзүлгөн. “Полип” деп диагноз коюлган бейтаптар эндоскопиялык хирургиялык жол аркылуу дарылынган[8]. Биринчи полипти хоаналдык Лангенин илмекчеси же Блекстин кыскычы менен алып ташташкан, андан соң үстүңкү жаактын коңулунан чыккан антрохоаналдык полиптин кайрадан өсүп кетпөөсү үчүн ортоңку мурун жолуна эндоназалдык ревизия жүргүзүлгөн. Көрсөтүүлөр боюнча ортоңку мурун каңылжааларына жана мурун тосмосуна түздөө операциясы болгон. Мунун себеби мурундун кыйшаюсунун негизинде аэродинамиканын бузулушу антрохоаналдык полиптердин пайда болушунун эң башкы себеби болуп саналат.
Гиганттык полиптердин өлчөмү макроскопиялык изилдөөнүн жыйынтыгы боюнча 5-10 см узундукту түзгөн. Светооптикалык изилдөө антрохоаналдык полиптердин без-калталанган шишик экенин жана анда сезгенүүнүн пролиферативдик фазасы жүргөнүн тастыктады. Көпкатардуу респиратордук мерцателдик эпителийде көптөгөн бокалдык клеткалар жайгашкан. Сезгенген лимфо-плазмоцитардык инфильтраттар сезгенүү процессин бар экенин аныктайт. Фиброздолгон строманын белгилери клеткалардан азаюсу менен бул ооруну өнөкөт формасына өтөрүүнө кабар берет. Башкача айтканда оору үч стадиялуу болуп, 3-стадиясында полип хоананы жаап салат да , чыныгы антрохоаналадык полип деп аталат.
68 бейтаптын ичинен 1 бейтаптын оорусу өзгөчө өткөн. Анда гиганттык полип үстүңкү жаак коңулунан өсүп чыгып хоананы эле тосуп калбастан, сырткы мурундун тешигинен чыгып калган. Бейтаптын оору баянынан алып карасак: бейтап А, 64 жаш, ЛОР стационарына мурундун полипи диагнозу менен келип түшүп, мурун дем алуусунун жана жыт билүүсүнүн бузулушу, мурунда шишиктин пайда болуусу жана анын мурун жолдоруна бөгөт болуусу деген даттануулар болгон. Мурун дем алуусунун оорлошу 5-6 жыл мурун башаталган. Башында дарыгерлерге кайрылбаган, келип түшкөндө оң мурун дем алуусу жок, ал эми сол мурун дем алуусу оор болгон. Сырткы мурун түзүлүшү деформацияланган. Оң мурун көңдөйүнөн аны тосуп туруучу, тоголок форманы, боз-кызгылт түстөгү, жанындагы ткандарга жабышбастан, шишик чыгып турат. Алдынкы риноскопияда мурун тосмосунун сол жак тарапка дөмпөйүүсү, сол мурун көңдөйүнүн арткы бөлүмдөрүн көрүү кыйын. Бирок муру-тамакты эндоскопиялык изилдөөдө сол хоананын 2/3 бөлүгүн тосуп туруучу боз түстөгү, тоголок өсүмтө көрүнөт. Ал эми фаринго-

скопияда жумшак таңдайдан боз-кызгылт түстөгү, жылмакай өсүмтө чыгып турат. Арткы риноскопияда болсо, ушул өсүмтөнун тамак-мурун жолдорун жана хоананы толук тосуп калганын байкоого болот. Рентгенограммада оң үстүңкү жаак коңул жана оң мурун көңдөйү толугу менен караңгы болуп көрүнөт. Баш мээнин жана жанындагы конулдардын МРТсы үстүнкү жаак коңулунан чыккан көлөмдүү шишикти тамак-мурун жолунда көрүүгө болот. Жыйынтыгында антрохоаналдык полип оң тарапта деп диагноз коюлган. Бейтапка катуу риноскопту жана эндоскопиялык-хирургиялык аспаптарды колдонуу менен хирургиялык дарылоо жүргүзүлгөн. Алыныпташталган гиганттык өлчөмдөгү полиптер жетишерлик деңгээлде катуу жана дефрагментация элементтерин камтыйт. Полиптин үстүңкү жаактын коңулунун кеңейген тешигинен чыыкан буту алыныпташталган. Алып таштагандан соң мурун көңдөйүнөн ириңдүү суу чыккан. Макроскопиялык изилдөөдө гиганттык, боз-кызгылт түстөгу алыныпташталган полиптин өлчөму 75Х35Х27 мм ди түзгөн. Операциядан кийин мурун дем алуусу ордуна келет. Бейтапка сезгенүүгө каршы дарыларды жана антибиотиктерди берип дарылангандан кийин ЛОР-дарыгердин байкоосу алдында ооруканадан чыгарылган. Кайрадан 1,6,12 ай аралыктагы текшерүүлөрдө оорунун рецидиви байкалган эмес.

Патологиялык изилдөөнүн жыйынтыктары

Светооптикалык изилдөөдө алынып ташталган полип түзүлүшү боюнча без-калталанган шишик сезгенүүнүн эң өөрчүгөн пролиферативдик фазасында. Стромасы шишиктен, жыш жайгашкан капиллярларга ээ жана калталанган шишиктер без түрүндөгү суюктук менен толгон. Шишикти сыртынан каптап туруучу эпителий биркатарлуу жана атрофияланган. Шишиктин айланасын лимфациттерден, плазматикалык клеткалардан, эозонофилдерден, полинуклеардан турган инфильтрат курчап турат.

Стромада фиброздолгон жерлер без элементтеринин деформациясына жана клеткалардан азайышына алып барат. Полипоиддик масса кадимки дем алуу жолдорунун эпилийи сыяктуу. Каптап туруучу эпителий өзүнүн гистолгиялык формасын сактап, өзүнө бокал клеткаларын камтыйт [5]. Кээ бир жерлерде эпителий өзүнүн түзүлүшүнүнүн өзгөчөлүгүн жоготот жана анда акантоз, кератоз пайда болот. Бул өзгөргөн жерлер полиптин “картаюсу” жана Пискуновдун оюу боюнча патологиялык процесстин 3-стадиясына кирет.

Тыянактар

1. Антрохоаналдык полип мурундун полипоздук оорусу менен ооруган 40% бейтаптан табылып (орто жашы-24), алар хирургиялык дарылоодон өткөн.
2. 16% бейтапта антрохоаналдык полиптин акырык 3-стадиясы, гиганттык полип түрүндө табылган.
3. Полипоздук риносинуситтерди текшерүүдө жана хирургиялык дарылоодо эндоскопиялык техникалар полиптердин радикалдык түрдө алынып ташталышы, өзгөрүлгөн анатомилык түзүлүштөрдүн коррекциясы жана оорунун кайра өөрчүбөшү үчүн колдонулат.
4. Алынып ташталган антрохоаналдык полиптин морфологиялык изилдөөсү, полиптин морфогенези менен мурундун жана коңулдардын чел кабыгынын сезгенүүсүнүн байланышы бар экенин аныктайт. Процесске байланыштыргыч ткандын мукоиддик дегенерациясы кошулат да, чел кабыктын кистоздук трансформациясына жана полиптин пайда болушуна негиз болот.
5. Алынып ташталган полиптердин морфологиялык изилдөөсүнө сезгенүү белгилеринин бар болуусу, полипоздук риносинуситтерди дарылоодо антибиотикотерапиянын, макролиддердин зарылдыгын тастыктайт.

Колдонулган адабияттар:

[1]. К вопросу о патогенезе и морфологенезе антрохоанальных полипов. Пискунов С.З. Рос. Ринология. – 2007. - №3. – С.22-27.

[2]. Наблюдение антрохоанального полипа гигантских размеров в молодом возрасте. Селин Е.В. Вестн. оториноларингол. - 2008. - №2. – С.82-83.

[3]. Saisawat Chaiyasate, Kannika Roongrotwattanasiri, Jayanton Patumanond, and Supranee Fooanant. Antrochoanal Polyps: How Long Should Follow-Up Be after Surgery? International Journal of Otolaryngology Volume 2015, Article ID 297417, 5 pages.

[4]. Balwant Singh Gendeh, Yeoh-Thiam Long and Karis Misiran. Antrochoanal polyps: Clinical Presentation and the Role of Powered Endoscopic Polypectomy. 2004;27(1):22–5.

[5]. Zeyad Mohamed Mandour. Antrochoanal polyp in pediatric age group. Egyptian journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences 18 (2017) 17-21.

[6]. Nazli Zainuddin, Irfan Mohamad, Shamim Ahmed Khan. Antrochoanal polyp as a rare presentation of fungal ball. Archives of Orofacial Sciences (2010), 5(2): 58-60.

[7]. Francisco André Escamilla Islas, José Luis Treviño González and José Martín Martínez Camarillo. Antrochoanal Polyp: A Literature Update. Islas et al. J Otolaryngol Rhinol 2018, 4:049.
[8]. Н.В. Бойко. Клинические особенности антрохоанальных полипов: описание случаев и обзор литературы. Российская ринология , 3, 2016.
[9]. Amnah S.A. Alashoura, Nada A. Alshaikha, Samuel Yeak. Bilateral antrochoanal polyps: a case report and literature review. Pan Arab J Rhinol 06:59–63 © 2017 2090-7540.

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

А.А. Токтобаева, Г.А. Файзуллаева, У.А. Шамуратов
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызстан.

Материал и методы исследования: 110 больных с легкой черепно-мозговой травмой. Возраст пострадавших варьировал от 17 до 82 лет. Мужчин было 77 человек (77,0%), женщин - 23 (23,0%).
Результаты: Нормальные границы поля зрения определялись в 84,4% при изолированной легкой ЧМТ и в 69,1% - при сочетанной легкой ЧМТ. Исследование церебральной и орбитальной гемодинамики показало, что у пострадавших с легкой ЧМТ регистрировалось достоверное ($p<0,05$) увеличение индекса резистентности, особенно в группе пациентов с оптической нейропатией.
Ключевые слова: Черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга легкой степени, сотрясение головного мозга, офтальмопатология, глазное дно, оптическая нейропатия.

ЖЕҢИЛ БАШ СӨӨК-МЭЭ ЖАРАКАТЫНДАГЫ ОПТИКАЛЫК НЕЙРОПАТИЯНЫН АЛДЫН АЛУУ ЖОЛДОРУ

А.А. Токтобаева, Г.А. Файзуллаева, У.А. Шамуратов
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы.
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.

Изилдөөнүн материалы жана методдору: Жеңил баш-мээ жаракатын алган 110 оорулуу. Жапа чеккендердин жаш курактары 17 ден 82 жашка чейин камтыган. Эркектер 77 адам (77,0%),аялдар 23 (23,0%).
Жыйынтыктар: Көрүү талаасынын ченемдүү чек аралары ажыратылган жеңил БМЖ да 84,4% да, ал эми айкалышкан жеңил БМЖ да 69,1% да аныкталган. Церебралдык жана орбиталдык гемодинамиканын изилдөөлөрү жеңил БМЖ жапа чеккендерде реистенттүүлүктүн анык ($p<0,05$) көбөйүүсү айрыкча оптикалык нейропатиялуу пациенттердин тобунда каттала тургандыгын көрсөттү.
Өзөктүү сөздөр: Баш-мээ жаракаты, жеңил даражадагы баш мээнин жаракаты, баш мээнин чайкалуусу, офтальмопатология, көз чанагы, оптикалык нейропатия.

THE WAYS OF OPTIC NEUROPATHY PREVENTION IN MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY

A.A. Toktobaeva, G.A. Faizullaeva, U.A. Shamuratov
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyzstan

Material and methods: 110 patients with mild skull brain injury. The age of injured persons was from 17 to 82 years. Males about 77 persons (77.0%), females – 23 (23.0%).
Goal of the research: Investigating clinical and functional disorders of fundus and visual analyzer, elaboration and substantiation of pathogenetic direction of prevention of optic nerve atrophy with estimation of its efficiency in the acute period of mild skull brain injury.
Results: The normal borders of visual field were determined in 84.4% at isolated severe skull brain injury and in 69.1 % - in combination with mild skull brain injury. The data of research of cerebral and orbital hemo-

dynamics showed that the injured patients with mild skull brain injury register the true ($p<0.05$) increase of resistance index, especially in the group of patients with optic neuropathy.
Key words: Skull brain injury, mild brain contusion, brain concussion, ophthalmology, ocular fundus, optic neuropathy.

Введение. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) преимущественно поражает наиболее активную часть населения. Среди всех остальных видов механической травмы преобладают черепно-мозговые повреждения, составляя 30-41% относительно общего травматизма. Сложность диагностики и лечения, стремительное течение, частота травматического повреждения головного мозга, высокий уровень смертности и инвалидизации среди пострадавших делают черепно-мозговую травму одной из наиболее актуальных проблем неотложной нейрохирургии [1-9].

Нарушения функций органа зрения, гнойно-септические осложнения и тяжелые косметические дефекты обусловлены несвоевременным и неправильным лечением глазной патологии. Вопрос раннего выявления глазной симптоматики при черепно-мозговой травме, особенно в остром периоде, остается открытым [10-15].

Офтальмопатология и неврологическая симптоматика при ЧМТ легкой степени отражена в литературе недостаточно. Частота и структура глазной патологии изучались в основном при закрытой ЧМТ тяжелой степени. Эти работы выполнялись неврологами и нейрохирургами без учета функциональных изменений в зрительном нерве и сетчатке с простой констатацией [16-20]. Все вышеизложенное подтверждает актуальность данной работы.

Цель работы - профилактика атрофии зрительного нерва посредством изучения глазной патологии в остром периоде легкой черепно-мозговой травмы, путем разработки и обоснования патогенетического лечения. Оценить эффективность медикаментозной терапии по разным схемам с анализом показателей зрительных функций у больных при легкой черепно-мозговой травме. Предложить и внедрить способ профилактики развития оптической нейропатии при легкой черепно-мозговой травме.

Материал и методы. Исследование проводилось в отделениях нейрохирургии Ошской городской клинической больницы. Анализ архивного материала включал изучение данных пациентов, выписанных из отделений нейрохирургии, у которых офтальмологическая патология была связана с перенесенной легкой черепно-мозговой травмой.

Распределение больных по возрасту и полу показало, что среди пострадавших преобладали больные в возрасте 20-39 лет (53 – 48,2%), затем идут больные в возрасте 40-59 лет (34 – 30,9%), до 19 лет – 15 больных (13,6%), а больные старше 60 лет составили всего 5 случаев (7,3%).

Нами проведена сравнительная оценка степени патологических изменений по результатам офтальмологических и гемодинамических исследований путем сопоставления полученных архивных данных из историй болезней, обследованных нами пациентов. В стационаре проводилось комплексное клиническое обследование поступивших больных с включением общесоматического и неврологического осмотра, а также осмотра врача-офтальмолога.

Всем больным при поступлении были проведены клинико-неврологическое исследование, затем компьютерная томография (КТ) головного мозга и/или магнитно-резонансная томография (МРТ) для исключения очагового поражения головного мозга. Согласно клинической классификации ЧМТ у обследуемых больных в стационаре нейрохирургами диагностирована легкая черепно-мозговая травма, которая включала в себя сотрясение головного мозга у 72 пациента (65,5%) и ушиб головного мозга легкой степени - у 38 пациент (34,5%). Изолированная ЧМТ установлена у 41 пострадавшего (37,3%), а сочетанная ЧМТ отмечалась у 69 пациентов (62,7%). При сочетанной черепно-мозговой травме почти в половине случаев наблюдались гематомы век и ушибленные раны век (34 - 49,3%), затем контузия глазного яблока (22 – 31,9%) и повреждения мягких тканей лица (13 – 18,8%).

Было решено изучить эффективность новой схемы лечения у больных в остром периоде легкой ЧМТ с учетом данных литературы о значительном улучшении метаболизма головного мозга (противоотечное действие, усиление нейротропного эффекта, стойкий гипотензивный эффект) при назначении препаратов: Мелдониум 100 мг/мл – 5,0 внутривенно струйно 1 раз в день или по 250 мг 2 раза в день и этилметилгидроксипиридина сукцината внутримышечно или внутривенно (капельно, струйно) 200-500 мг 2 раза/сутки.

Результаты исследования. В клиническом течении острого периода сотрясения и ушиба легкой степени мы выделяли ведущий синдром: гипертензионный, вегетативно-сосудистый и астено-невротический, что позволило более дифференцировано подходить к вопросам медикаментозной терапии.

Головная боль на ранних этапах исследования у ряда больных (58 случаев – 52,7%) была ранним и одним из ведущих симптомов клинической картины. На высоте головной боли появлялась тошнота и рвота. Тошнота и рвота при поступлении наблюдались у 27 больных (24,5%). Рвотные массы, как правило, были с содержанием примеси пищи и реже с кровью. Рвота, как правило, сочеталась с другими общемозговыми симптомами. Головокружение отмечено у 24 больных (21,8%), преимущественно у лиц, старше 50 лет. Головокружение носило не системный характер и сочеталось с головной болью, присоединялось на этапе развивающегося гипертензионного синдрома.

В случаях сотрясения головного мозга синдром внутричерепной гипертензии преобладал в 15 (13,6%) наблюдений, при ушибе мозга легкой степени в 37 (33,6%). Вегетативно-сосудистый синдром был выявлен в 79 (71,8%) наблюдений при сотрясении головного мозга и в 53 (48,2%) - при легком ушибе головного мозга. Астено-невротические нарушения преобладали в 23 (20,9%) наблюдений при сотрясении головного мозга и в 19 (17,3%) - при легком ушибе головного мозга.

Метод ЭхоЭГ позволил во всех наших наблюдениях выявить или предположить наличие легкой ЧМТ. Анализируя картины ультразвуковой эхолокации по данным ЭхоЭГ можно диагностировать наличие ушиба головного мозга и локализовать ее. Метод ЭЭГ в комплексе с другими диагностическими методами имеет большое значение в диагностике легкой ЧМТ. Особое значение ЭЭГ приобретала во время наблюдения за восстановлением нормализации биоэлектрической активности головного мозга.

По результатам краниографии в 16 случаях (14,5%) выявлены линейные переломы. У 78 больных (78,0%) легкая ЧМТ была без переломов костей черепа. При сотрясении и ушибе головного мозга на рентгеновских компьютерных томограммах головного мозга, его сосудов и оболочек отсутствуют какие-либо достоверные дифференциально-диагностические признаки легкой ЧМТ. Изменение желудочковой системы и расширение субарахноидальных пространств являются при данном виде травмы неспецифическими компьютерно-томографическими признаками. При острой черепно-мозговой травме использовали следующий основной алгоритм клинико-лучевого исследования с применением МРТ. Наиболее информативными в остром периоде черепно-мозговой травмы являются Т2ВИ в аксиальной проекции.

Визометрия была проведена по таблицам Головина-Сивцева в первые 2-3 дня после травмы. Данные свидетельствуют, что у большинства пострадавших с ЧМТ легкой степени visus=l,0 (45,7%). На 18 глазах (25,6%) с visus=0,8-0,9 на глазном дне отмечались признаки ангиопатии с сужением артериол. На 12 глазах (17,1%) снижение остроты зрения было связано с признаками возрастной катаракты.

При сочетанной патологии полная острота зрения отмечалась в 30,8% и сочеталась с ушибом, гематомой и (или) ранением век. В остальных случаях снижение зрения объяснялось наличием гемофтальма на 20 глазах (15,4%), заднего контузионного синдрома с visus=0,2-0,l на 18 глазах (13,8%), гифемы - на 24 глазах (18,5%).

В случаях снижения зрения, связанного с кровоизлияниями в переднем и (или) заднем сегменте глазного яблока, пациенты получали гемазу 5000 ЕД по 0,5 под конъюнктиву, дицинон по 2,0 мл в/м, аскорутин per os, на фоне получения общего лечения с включением мелдлониума и этилметилгидроксипиридина сукцината. При легкой ЧМТ к концу острого периода у абсолютного большинства пострадавших острота зрения с коррекцией полная (82,9% с изолированной и в 72,3% с сочетанной ЧМТ). При сочетанной легкой ЧМТ в 5,7% случаев острота зрения остается сниженной (0,7-0,1) в связи с геморрагическим характером поражения стекловидного тела и заднего сегмента глаза. Следует отметить, что в 8,6% при изолированной и в 9,2% при сочетанной легкой ЧМТ снижение остроты зрения до 0,8 сочетается с патологией ДЗН в виде первичной частичной атрофии.

У большинства пострадавших при офтальмоскопии в день поступления определялись признаки ангиопатии с выраженным сужением артерий или с преобладанием венозной вазодилатации. У больных с сочетанной травмой определялась патология сетчатки и зрительного нерва. При изолированном ушибе головного мозга легкой степени преобладала ангиопатия с сужением ретинальных артерий, что свидетельствует о преобладании симпатической реактивности у пострадавших. У больных с сочетанной патологией, среди которых 55,2% были лица с ушибом головного мозга легкой степени тяжести, чаще определялась ангиопатия с венозной вазодилатацией (на 14,7%) с признаками начального застойного

ДЗН (3%). Эти данные косвенно отражают преобладание признаков отёка головного мозга. При сочетанной легкой ЧМТ в 16,4% случаев диагностируются признаки застойного ДЗН и в 11,9% острота зрения снижена в связи с развитием посттравматических хориоретинальных изменений или организацией гемофтальма.

Результаты периметрии, выполненной в остром периоде легкой ЧМТ, позволила диагностировать четыре типа изменений: концентрическое сужение периферических границ, сужение по битемпоральному типу, наличие центральных и парацентральных скотом. Полученные данные свидетельствуют о наличии патологии полей зрения в 37,1% при изолированной легкой ЧМТ и в 75,4% при сочетанной легкой ЧМТ к концу острого периода, что подтверждает снижение функциональной активности зрительного анализатора на разном уровне. При этом сужение границ определялось на глазах с ангиопатией сетчатки, а парацентральные скотомы - при наличии застойного ДЗН, центральные скотомы - при посттравматическом поражении сетчатки.

Исследование гемодинамических показателей глаз подтвердили, что у больных с оптической нейропатией определяется повышение индекса резистентности на 21,8%, в СМА, которое сочетается со снижением индекса вазомоторной реактивности (ИВМР) на 13%. По-видимому, эти данные отражают один из патогенетических признаков развития оптикопатии при легкой ЧМТ. Результаты реоэнцефалографии (РЭГ) также свидетельствовали о повышении сосудистого сопротивления на уровне артериол, прекапилляров. Оценка полученных результатов с данными системной гемодинамики больных выявила выраженные изменения с повышением систолического АД в среднем на 34,7%, а диастолического АД - на 21%.

По данным РЭГ у больных с патологией зрительного нерва в виде оптической нейропатии преобладало повышение сосудистого сопротивления и составило 83%. Показатели кровотока бассейна вертебральных сосудов свидетельствовали о более выраженном повышении сопротивления на уровне артериол на 11,3%. Кроме этого отмечалось увеличение индекса венозного оттока на 52,6%. Результаты ультразвукового триплексного сканирования показали, что ЛСК во всех сосудах глазного бассейна была снижена в пределах 8,5-32,0%, а индекс резистентности в артериях был повышен максимально на 19,4%. ЛСК в артериях глазного бассейна максимально снижена в группе больных с патологией зрительного нерва. В венах ЛСК максимально снижена у больных с венозной вазодилатацией. В артериях, питающих сетчатку и зрительный нерв сосудистый тонус был повышен на 19,3-25,8%. С учетом снижения систолической ЛСК в этих сосудах на 31,5-30,5%, можно предположить о наличии артериальной недостаточности у части пострадавших с легкой ЧМТ в артериях, питающих задний сегмент глаза, что может способствовать снижению зрительных функций и развитию оптической нейропатии.

Спектральная оптическая когерентная томография выявила у 7 из 40 больных застойные изменения дисков зрительных нервов. Результаты КТ/МРТ головного мозга показали, что наиболее выраженные изменения в виде локального отека структур головного мозга с расширением желудочков определялись у больных с застойным ДЗН, из них в 56 случаях ушиб головного мозга была оценен как легкой степени тяжести. Результаты компьютерной томографии головного мозга проанализированы во взаимосвязи с картиной глазного дна у больных с легкой ЧМТ.

Заключение. Характер травмы вызывает длительное нарушение церебральной и орбитальной микроциркуляции и патологию нейрофизиологических процессов в коре головного мозга и зрительного анализатора. Черепно-мозговая травма сопровождается нарушениями системной, церебральной и орбитальной гемодинамики, приводящими к снижению функциональной активности сетчатки и зрительного нерва. При легкой черепно-мозговой травме следующие основные факторы влияют на нарушение функции зрительного нерва: длительность сосудистой церебральной и орбитальной недостаточности; развитие ликвородинамических изменений в виде значительного расширения желудочков и субарахноидальных пространств. Комплексное лечение больных с легкой черепно-мозговой травмой с учетом офтальмопатологии приводит к улучшению офтальмологических, нейрофизиологических, гемодинамических показателей: нормализации остроты зрения на 15%; снижению индекса резистентности церебральных и орбитальных сосудов и повышению линейной скорости кровотока в центральной артерии сетчатки и задних коротких цилиарных артериях на 11%; снижению периферического сопротивления церебральных сосудов на 37%. В остром периоде легкой черепно-мозговой травмы характерна следующая офтальмопатология: оптическая нейропатия - 19,6%; застойный диск зрительного нерва - 9,8%; ангиопатия сетчатки - 25,5%.

Литература:

1. *Бессмертный М.З. Состояние глазного дна в остром периоде черепно-мозговой травмы // Нейрохирургия. - 2002.-№2-С.34-36.*
2. *Еолчиян С.А. Черепно-мозговая травма, сопровождающаяся повреждением зрительного нерва: Автореф. канд. мед. наук. -М, 1996. - 38с.*
3. *Ибраимова А.А. с соавт. Изменения глазного дна при черепно-мозговой травме // Здравоохранение Кыргызстана, 2012. – №1. - С.31-33.*
4. *Ибраимова А.А. с соавт. Роль офтальмологического исследования в диагностике тяжелой черепно-мозговой травмы // Здравоохранение Кыргызстана, 2012. – С.102-104.*
5. *Имакеев Н.А., Ырысов К.Б., Медведев М.А. Результаты лечения больных с опухолями головного мозга и динамика зрительных функций // Здравоохранение Кыргызстана, 2018. - № 4.- С. 13-18.*
6. *Магалов Ш.И., Пашаева Т.С. Последствия легких закрытых черепно-мозговых травм: вопросы терминологии и классификации // Неврологический журнал. - 2002. - Т.7. - №6. - С. 16-19.*
7. *Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Мамытова Э.М. Факторы дифференцированного подхода в лечении тяжелых очаговых повреждений головного мозга // Лікарська справа, 2012. - № 6. - С. 68-73.*
8. *Муратов А.Ы., Азимбаев К.А., Ырысов К.Б. Совершенствование методов диагностики и лечения больных в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы // Здравоохранение Кыргызстана, 2014. - №2. – С.81-85.*
9. *Переверзин О.К., Шеремет И.Л. Нейропротекторная терапия заболеваний зрительного нерва // VIII Съезд офтальмологов России: тезисы докл. - М., 2005. - С.423-423.*
10. *Старых В.С., Чередниченко В.А. Об изменениях глазного дна у больных с закрытой черепно-мозговой травмой // Вестник офтальмологии. - 1978. - №4. - С.65-67.*
11. *Ырысов К.Б. Результаты эндоскопической трансназальной транссфеноидальной хирургии при аденоме гипофиза // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2018. - №11. – С. 66-71.*
12. *Ырысов К.Б., Медведев М.А., Имакеев Н.А. Изменения глазного дна при опухолях головного мозга супратенториальной локализации // Здравоохранение Кыргызстана, 2014. - №2. – С.119-122.*
13. *Ballantyne J., Hollman A.S., Hamilton R. Transorbital optic nerve sheath ultrasonography in normal children // Clin. Radiol., 2018. - Vol.54, N. 11. - P.740 - 742.*
14. *Hayreh S.S. Pathogenesis of oedema of the optic disc (papilledema). A preliminary report // Brit. J. Ophthal., 2014. - Vol 48. - P. 522-543.*
15. *Sedwick L.A., Burde R.M. Unilateral and asymmetric optic disc swelling with intracranial abnormalities // Am. J. Ophthalmol., 2019. - Vol. 96. - P.484-487.*
16. *Tursunov D., Yoshida Y., Yrysov K., Sabirov D., Alimova Kh., Yamamoto E., Reyer J.A., Hamajima N. Estimated costs for treatment and prophylaxis of newborn vitamin K deficiency bleeding in Tashkent, Uzbekistan // Nagoya Journal of Medical Sciences, 2018 - V. 80. – P.11-20. /doi:10.18999/nagjms.80.1.11.*
17. *Walsh F., Hoyt W. Neuroophthalmology, 3-ed Ed. - The Williams &Wilkins Baltimore, 2016. - Vol. 1. - P. 567-601.*
18. *Yrysov K., Ydyrysov I., Kalyev K. Analysis of mortality cases from concomitant injuries: extracranial injuries combined with craniocerebral injuries // European Journal of Biomedical and Life Sciences. - 2018. – N 3. - P. 13-17.*
19. *Yrysov K., Mamytov M., Kadyrov R. The effectiveness of additional methods of decompression in patients with supratentorial dislocation of the brain // Journal of Advance Research in Medical & Health Science (ISSN: 2208-2425), 4(9), 94-99. Retrieved from https://jiaats.com/ojs31/index.php/mhs/article/view/837 (2018, September 30).*
20. *Yrysov K., Tursunov D., Reyer J.A., Yamamoto E., Yrysova M., Hamajima N. Multiple ruptured cerebral aneurysms at the National Hospital of the Kyrgyz Republic between 2008 and 2014: a departmental summary // Nagoya J. Med. Sci. 81. 511–518, 2019 doi:10.18999/nagjms.81.3.511.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НОСА, ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ УХА “КАРБОЛЕН МАЗЬЮ”

А.Ы. Исаков, Б.К. Ырысов

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

Приведены результаты и опыт применения антибактериальной “карболен мази” для лечения переломов костей носа, ран и раневых осложнений уха при сочетанных повреждениях головного мозга и ЛОР-органов.

Ключевые слова: сочетанная травма, оториноларингология, сотрясение головного мозга, ушибы головного мозга, повреждения ЛОР-органов.

МУРУН СӨӨГҮНҮН СЫНЫКТАРЫН, КУЛАКТЫН СЕЗГЕНҮҮ ЖАНА ЖАРААТТАН КИЙИНКИ ИРИҢ-СЕПТИКАЛЫК КАБЫЛДООЛОРУН “КАРБОЛЕН МАЙЫ” МЕНЕН ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫ

А.Ы. Исаков, Б.К. Ырысов
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы.
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Мурун сөөгүнүн сыныктарын, кулактын жарааттарын жана сезгенүү, ириң-септикалык кабылдоолорун дарылоо максатында “карболен майын” колдонуунун натыйжалары жана колдонуу тажрыйбасы келтирилген.
Үңгу сөздөр: айкалышкан жараат, оториноларингология, баш мээнин чайкалуусу, баш мээнин жана ЛОР-органдарынын жарааты.

RESULTS OF MANAGEMENT “CARBOLEN OINTMENT” IN NASAL BONE FRACTURE, INFLAMMATORY AND POSTTRAUMATIC PURULENT SEPTIC COMPLICATIONS OF THE EAR.

A.Y. Isakov, B.K. Yrysov
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev.
Bishkek, Kyrgyz Republic.

Gained results and using experience of “Carbolen ointment” for the management of nasal bone fractures, inflammatory and purulent septic complications of the ear in traumatic brain injury combined with ENT organs’ injury presented.
Key words: combined injury, otorhinolaryngology, concussion, contusion, ENT organs’ injury.

Актуальность. Значительное место в структуре сочетанных повреждений головного мозга и ЛОР-органов занимают переломы костей носа. Переломы костей носа занимают первое место в структуре повреждений лицевого скелета. Учитывая особенности топографо-анатомического строения и данные рентгенологического исследования по данным ряда авторов можно сказать, что практически изолированных переломов костей носа не бывает, смещение костных отломков не может произойти без нарушения целостности решетчатой кости, повреждения лобных отростков верхнечелюстных костей связано с более хрупким их строением [1-10].

Термин “перелом со смещением” и “перелом без смещением” несколько не оправдан, так как не могут вообще существовать переломы без смещения отломков, особо следует коснутся определению “открытые” и “закрытые” переломы, так как переломы костей носа всегда сопровождаются носовым кровотечением, а это говорит о нарушении целостности слизистой полости носа, их следовало бы относить к разряду открытых, но если учитывать данные объективного обследования, последующий косметический эффект, то все таки к открытой нужно отнести только переломы с нарушением целостности кожных покровов оно встречается у 10,2% пациентов [11-20].

Материал и методы. Нами изучены 2327 историй болезни, лечившихся пострадавших в центре травматологии и ортопедии ТГБ г.Ош. Из числа 2327 историй болезни 374 были пострадавшие с сочетанными повреждениями головного мозга и ЛОР-органов (16,1%). Среди них лица женского пола было 79 (21,2%), мужчин было 295 (78,8%). Более 306 (81,8%) случаев травму получали в самом работоспособном возрасте. В сочетании черепно-мозговых травм и травм ЛОР-органов большой удельный вес составляет ЗЧМТ. Сотрясения головного мозга 365 случаев 97,6%, ушиб мозга легкой степени – 5 случаев 1,34 %, ушиб мозга средней степени – 1 случай - 0,26%, ушиб мозга тяжелой степени 3 случая - 0,8%. Среди сочетанных повреждений головного мозга и ЛОР органов удельный вес переломов костей носа составляет 284 случаев (76%), из них с нарушением носового дыхания составило 185 случаев (65,1%), без нарушения носового дыхания 99 случаев (34,9%). Ушибы носа в 47 случаев (12,5%), ранения мягких тканей носа 1 случай (0,27%), ранения ушной раковины 6 случаев (1,6%), ранения барабанной перепонки 17 случаев (4,5%), посттравматический кохлеарный неврит 18 случаев (4,8%), ранение околоносовых пазух 1 случай (0,27%).

Результаты. *Стандартизация объема оказания помощи пострадавшим с сочетанными повреждениями головного мозга и ЛОР органов на этапах медицинской эвакуации.* Организация оказания помощи пострадавшим сочетанными повреждениями органов и систем представляет определенные трудности на этапах медицинской эвакуации в силу ряда обстоятельств создающие экстремальные ситуации: 1) Это, прежде всего массовость пострадавших, многочисленность повреждений, которые создают нехватку медицинских сил и средств, от которых зависит спасение жизни пострадавших; 2) Нехватка специалистов в условиях экстремальных ситуаций, особенно узких специалистов, в частности ЛОР врачей. Например, при повреждениях ЛОР-органов в Афганистане квалифицированная помощь в основном оказывалась хирургами общего профиля, что повлияло на качество оказываемой помощи и возможных осложнений; 3) Каждый этап проведения лечебно-эвакуационных мероприятий отличается по своему объему оказания помощи, а также кем будет оказана помощь; 4) Возникает вопрос куда, каким путем, какими средствами передвижения необходимо отправлять пострадавших; 5) Вопрос об оценки тяжести пострадавшим играет немаловажную роль в правильном оказании помощи лечебно-эвакуационных мероприятий при экстремальных ситуациях.

Вышеизложенные требования к разработке новых тактико-технических решений, к которому мы стремились, создавая новую модель стандарта объема оказания помощи пострадавшим, и тактико-технических решений на этапах медицинской эвакуации при сочетанных повреждениях головного мозга и ЛОР-органов приводится ниже.

Лечение переломов костей носа с антибактериальной "Карболен мазью". В лечении переломов костей носа значительное место отводится к следующем принципиальным требованиям: 1) Своевременная более ранняя точная репозиция отломков; 2) Прочная фиксация отломков; 3) Сохранения косметического статуса; 4) Борьба с воспалительным заболеваниям носа и ее придатков; 5) Борьба с внутримозговыми осложнениями.

При сочетанных повреждениях головного мозга и ЛОР-органов репозиция и фиксация отломков, тактические подходы, сроки выполнения и репозиции отломков представляет определенную трудность. Она обусловлена сочетанием черепно-мозговой травмы и их осложнениями, тяжестью состояние больного, когда легкая черепно-мозговая травма и переломы костей носа нужно проводить, репозицию отломков и их фиксация, что не отражается на состояния больного, на фоне проведения патогенетической терапии сотрясения головного мозга и ушиба мозга легкой степени.

При ушибах головного мозга средней степени тяжести и тяжелой степени, необходимо, учитывать состояние жизненно-важных функции организма. Это, прежде всего, функция носового дыхания и наличие у больного гипоксии, связанной дыхательной недостаточностью центрального генеза, конечно, в этой ситуации надо, исходить из того, что не нужно дополнительная травматизация носа, которая может усугублять течение мозговых явлений, особенно, при наличии отека и кровоподтеков возможности развития синуситов, синус-тромбозов нарастает.

Известно, что шоковое состояние, в том числе, и при церебральном шоке "открываются" лимфатические системы для инфекции, и нарастает опасность развития менингитов, менингоэнцефалитов. Поэтому, создание покоя и проведения репозиции отломков в более "холодном" (7-8сутки) периоде, после спадания отеков, является целесообразным. Вторым важным моментом является выбор анестезии при репозиции отломков костей носа.

Предложены разноречивые методики и мнения по методу анестезии при переломах костей носа, однако, общепринятых единственных методов нет. Нам кажется, надо выбрать анестезию с учетом общего состояния больного, наличия или отсутствия сознание, глубину дыхательной и сердечно-сосудистой нарушений. Тяжелые ушибы головного мозга, сопровождающиеся с острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью, могут стать противопоказанием к проведению репозиции под наркозом. С целью облегчения выбора тактики обезболивания и репозиции, нами создано, алгоритм показателей для проведения местной или общей анестезии. Третьим важным вопросом в лечение переломов костей носа является выбор метода репозиции и фиксации. Нами разработано методика интраназальной репозиции и фиксации переломов костей носа "Карболен мазью".

Методика выполнения репозиции костей носа и фиксация "Карболен мазью". Показание: наличие переломов костей носа со смещением костных отломков с нарушением носового дыхания. Выбор анестезии, согласно алгоритма показателей для анестезии. Методика репозиции и фиксации: После соответствующей подготовки с помощью обычного элеватора для репозиции или на кровоостанавливающей

зажим надевают резиновую трубку, затем производят репозицию костных отломков, устанавливают полиэтиленовую трубку, чтобы больной мог дышать, с помощью турунды пропитанной “Карболен мазью”, проводят переднюю тампонаду, который способно оказывать противоотечное действие, обладающая антибактериальным и адсорбирующим свойством. Сроки фиксации 5-7дней, к этому времени спадает отек слизистой и тампон легко удаляется, не вызывая дополнительные травмы слизистой оболочки носа. При открытых повреждениях, производят ушивание слизистой через все слои носа.

По нашим данным из числа 2327 пострадавших черепно-мозговой травмой, в 281-случаях - 12,07% установлено сочетание повреждения головного мозга и повреждения носа, в том числе, при сотрясение головного мозга - 93,23% случаев, ушибах головного мозга легкой степени - 2,84% случаев, ушибах головного мозга средней степени - 1,06% случаев, ушиб головного мозга тяжелой степени - 2,84%. В структуре повреждений носа, в 19,08% случаев установлен ранения мягких тканей носа, 75 случаев (26,69%) переломы костей носа без нарушением носового дыхания, 156 случаев (55,51%) переломы костей носа с нарушением носового дыхания, в 0,9% случаях было установлено ранения околоносовых пазух. В 213 случаях, при сотрясении головного мозга, установлено переломы костей носа, что составило 75,8%.

Методика лечения воспалительных заболеваний и посттравматических гнойно-септических осложнений уха “Карболен мазью”. Основываясь на основных принципиальных отличиях предложенной нами “Карболен мазь”, мы проводили лечение посттравматических осложнений и гнойных заболеваний уха с “Карболен мазью”, объектом исследования явилась больница сочетанными повреждениями головного мозга и ЛОР-органов, больные с последствием этой травмы, а также гнойными заболеваниями уха. “Карболен мазь” применялся местно в виде турунды. Марлевые турунды пропитывались “Карболен мазью” и вставляли в ухо, нос. Антибактериальная “Карболен мазь”, обладающая противовоспалительными адсорбирующими свойствами, а также ранозаживляющим действием, быстро купировала воспалительные процессы, снимала болевой синдром.

Обсуждение полученных результатов научного исследования. Сочетанные повреждения головного мозга и ЛОР-органов составляют один из актуальных проблем медицины экстремальных ситуаций и приобретают социальную значимость в силу того, что сочетанные повреждения головного мозга и ЛОР-органов в литературе в последние годы мало изучены. В структуре травматизма повреждения ЛОР-органов составляет 7,5%.

Вопросы организации и оказания помощи пострадавшим при массовом травматизме, при сочетанных повреждениях головного мозга и ЛОР-органов не освещены в современной литературе. Объем оказания помощи пострадавшим, сочетанными повреждениями головного мозга и ЛОР-органов на этапах медицинской эвакуации не разработаны.

Лечебно-тактические принципы при сочетанных повреждениях головного мозга и ЛОР-органов требуют своего совершенствования, особенно в условиях массового травматизма, когда имеется дефицит медицинских сил и средств и приобретает не только медицинскую, но и медико-социальную проблему. Исходя из этих позиций, нами проведен поиск наиболее оптимальных вариантов лечебно-тактических мероприятий при сочетанных повреждениях головного мозга и ЛОР-органов на этапах медицинской эвакуации. Проведенное патентное исследование, изучение отечественной и зарубежной литературы еще раз подтвердило актуальность этой проблемы; проблемы медицины экстремальных ситуаций.

Прежде всего, нами изучены структура сочетанных повреждений головного мозга и др. органов и систем, истории болезни пострадавших, лечившихся в центре травматологии и ортопедии ТГБ г. Ош, изучены 2327 истории болезни, заполнены карты обследования. Для контрольной группы больных изучены истории болезни пострадавших с изолированными повреждениями ЛОР-органов, находившихся в отделении оториноларингологии ТГБ г. Ош.

По нашим данным, сочетанные повреждения головного мозга и ЛОР-органов составляют 16,1 % (374 больных с сочетанными повреждениями), среди них 97,6% - 365 случаев составляют сочетанные повреждение ЛОР-органов и легкая черепно-мозговая травма. ЗЧМТ, сотрясения головного мозга, ушиб головного мозга легкой степени - 1,34% (5 случаев), ушиб головного мозга средней степени - 0,26% (1 случай), ушиб головного мозга тяжелой степени – 0,8% (3случая). При сочетанных повреждениях головного мозга и ЛОР-органов 284 случаев (76,6%) составили переломы костей носа, из них с нарушением носового дыхания - 185 случаев (65,1%), без нарушением носового дыхания - 99 случаев (34,9%), ранения мягких тканей носа - 0,26% (1 случай), ранения барабанной перепонки - 4,5% (17 случаев),

ранения ушной раковины 6 случаев - 1,6%, посттравматический кохлеарный неврит 18 случаев – 4,8%, другие повреждения 4 случая - 1,06%.

В целях совершенствования лечебно-эвакуационных мероприятий при сочетанных повреждениях головного мозга и ЛОР-органов нами разработаны стандарты объема оказания помощи пострадавшим при сочетанных повреждениях головного мозга и ЛОР-органов. Стандарты объема оказания помощи разделены на 6 групп в зависимости от тяжести сочетанных повреждений головного мозга и ЛОР-органов. В первую и вторую группу включены пострадавшие с сотрясениями головного мозга и ушибом мозга легкой степени, которые нуждались в лечении в нейротравматологическом отделении, в специализированном отделении оториноларингологии нуждались пострадавшие с переломом костей носа с нарушением носового дыхания. Третья, четвертая, пятая и шестая группа стандартов объема оказания помощи пострадавших охватывает группу пострадавших с тяжелыми ушибами головного мозга, из них 5 и 6 группа с жизнеопасной травмой с тяжелыми ушибами головного мозга и тяжелыми повреждениями ЛОР-органов, нуждающихся в экстренной хирургической помощи.

В стандартах объема оказания помощи включены объем помощи в каждом виде повреждений ЛОР-органов. С целю совершенствования организации и оказании помощи пострадавшим с сочетанными повреждениями головного мозга и ЛОР-органов, а также для профилактики посттравматических осложнений нами разработана специальная антибактериальная ”Карболен мазь” для лечения и профилактики гнойно-септических осложнений и получен патент КР № 1128 от 31 декабря 2008 года (Заявка №20060051.1) на изобретение. Основное действие “Карболен мази” – противовоспалительное действие выражается в уничтожении микробов в ране, адсорбции микробов, жидкостей, задержка роста микробов в ране.

“Карболен мазь” содержит уголь активированный 29,0-30,0, хлоргексидин 05% - 20,0-21,0, левомицетина 1,0-1,5, цинка оксидата 30,0-31,0, глицерин 20,0-21,0 она отличается тем, что в нем хорошо выражено антибактериальное, раноочищающее, адсорбирующее действия, что было доказано при экспериментальных и клинических условиях. При сравнительной оценки и микробиологическим исследованием на базе городской санэпидстанции в баклаборатории установлено, что обработка раны “Карболен мазью” задерживает рост микрофлоры ран более чем на сутки, что дает возможности проводить отсроченную хирургическую обработку, что особенно важно при массовом потоке пострадавших. Данные микробиологического исследования ран, обработанное “Карболен мазью” указывает на задержку роста микрофлоры более чем на сутки столь важное время в течении, которого можно производить отсроченную хирургическую обработку ран. Исследование на микрофлоры ран проводилось на базе бактериологической лаборатории городской санэпидстанции через каждые 3-6-9-12 часов в сутки. Нами в ЛОР-отделении ТГБ г. Ош проводилось лечение “Карболен мазью” посттравматических отитов, и применение в лечение переломов костей носа. “Карболен мазь” нами применен в лечении переломов костей носа. Для фиксации перелома с помощью турунды, смоченной “Карболен мазью” производили тугую тампонаду носовой полости. После репозиции в середине которого вставляли полиэтиленовую трубку для сохранения носового дыхания. При этом достигали уменьшения отека, остановка кровотечения, предупреждения гнойно-септических осложнений, адсорбция слизи и жидкостей, что позволило улучшить результаты лечения. Такой методикой мы проводили лечение у 50 пострадавших с хорошим результатом в 40 случаях (80%), удовлетворительным 10 (20%), неудовлетворительным – не было. Для лечения посттравматических отитов, после санации среднего уха вставляли турунду с “Карболен мазью”, быстро очищалось от гноя, уменьшились отеки в первые сутки. При разрывах барабанной перепонки раневая поверхность очищалось, заживление наступало быстро, всего этим методом пролечено 17 больных, с хорошим результатом 12 больных (70,5 %), удовлетворительным 4 больных (23,5%), неудовлетворительным 1 больной (6%).

Литература:

1. *Бабияк В.И., Гофман В.Р., Накатис Я.А. Нейро- оториноларингология. Острый лабиринтный травматический синдром. Контузии ушного лабиринта. Санкт-Петербург, издательство «Гиппократ» 2002. – с. 701 – 702.*
2. *Бабияк В.И., Гофман В.Р., Накатис Я.А. Сочетанные травматические повреждения лобных пазух и головного мозга.// Нейро- оториноларингология. Санкт-Петербург, издательство «Гиппократ» 2002. – с. 556 – 558.*
3. *Дифференцированное лечение тяжелых травматических повреждений головного мозга / Турганбаев Б.Ж., Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Мамытова Э.М. // Здравоохранение Кыргызстана. – Спецвыпуск, 2012. – С.89-93.*

4. *Кариев М.Х., Ахмедиев М.М., Ходиев С.В. Особенности тяжелой черепно-мозговой травмы у детей / Педиатрия (узб). – Ташкент, 2002. - № 3 – 4. – с. 84 – 88.*
5. *Кулдашев К.А., Курбанов Н.М., Давлатов Б.Н. Совершенствование помощи пострадавшим с сочетанной черепно-мозговой травмой: обзор: научное издание // Вопросы нейрохирургии. - М., 2004. - № 3. - С. 42 - 45.*
6. *Лебедев В.В., Охотский В.П., Каншин Н.Н. Неотложная помощь при сочетанных травматических повреждения. – М., 1980. – 184 с.*
7. *Овчинников Ю.М., Морозова С.В. Черепно-мозговая травма, травма височной кости. Введение в отоневрологию. 2006. – с. 141 – 143.*
8. *Омурзаков И.К., Ырысов К.Б., Мамытов М.М. Нейрохирургическое лечение множественных травматических внутричерепных гематом // Здравоохранение Кыргызстана, 2008. - №1. – С.80-84.*
9. *Особенности клинического течения и диагностики открытой черепно-мозговой травмы / Абдыкалыков Э.А., Джузумалиева Г.С., Идирисов А.Б., Ырысов К.Б. // Здравоохранение Кыргызстана, 2009. - №1. – С. 151- 155.*
10. *Особенности лечения больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, обусловленной множественными травматическими внутричерепными гематомами / Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Арстанбеков Н.А., Джузумалиева Г.С. // Здравоохранение Кыргызстана. – Спецвыпуск, 2012. – С.62-64.*
11. *Султанов Б.М., Ырысов К.Б., Мамашарипов К.М. Диагностика абсцессов головного мозга // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2012. - №1. – С.144-148.*
12. *Черепно-мозговая травма. Клиника, диагностика (Учебно-методическое пособие под ред. К.Б. Ырысова). – Бишкек: Алтын тамга, 2009. – 22с.*
13. *Ыдырысов И.Т., Ырысов К.Б. Диагностика и лечение сочетанных травм (клиническое руководство). – Б.: 2017. – 92с.*
14. *Ырысов К.Б., Азимбаев К.А., Ырысов Б.К. Диагностическое и прогностическое значение данных магнитно-резонансной томографии при тяжелой черепно-мозговой травме // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2016. - №7. – С. 64-70.*
15. *Ырысов К.Б., Муратов А.Ы., Ыдырысов И.Т. Результаты клинико-инструментального исследования больных с травматическим сдавлением головного мозга // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2018. – №2. – С.75-81.*
16. *Юсупов М.М., Туйчиева Н.К. Диагностика и лечение повреждений уха при черепно-мозговой травме // Stomatologiya. - Ташкент, 2005. - № 1- 2. - с. 59 - 60.*
17. *Epidemiological and prevention aspects of craniocerebral injuries in the Kyrgyz Republic / Mamytov M.M., Yrysov K.B., Mamytova E.M., Abytov Z.R. // 7th Asian Congress of Neurological Surgeons, June 20-23, 2008, Beijing, China. – P.340.*
18. *Yrysov K.B., Mamytov M.M., Mamasharipov K.M. Brain abscess: Diagnosis and Surgical Treatment // 9th Asian Congress of Neurological Surgeons, September 2-5, 2012. – Istanbul, Turkey. – 173p.*
19. *Yrysov K.B., Turganbaev B.J., Borjiev U.A. Complications after decompressive craniectomy for traumatic brain injury // I International Scientific-Practical Conference "Medicine Pressing Questions". – Baku, Azerbaijan. – March 30-31, 2012. – P. 68.*
20. *Zehtabchi S. Diagnostic performance of serial haematocrit measurements in identifying major injury in adult trauma patients [Text] / S. Zehtabchi, R. Sinert, J. Ballas // Injury, 2016.* - Vol.*37. - P.46-52.*

УДК 614.2:616.216-039.4(540)(575.2)

COMPARATIVE SINUSITIS INCIDENCE IN KYRGYZ REPUBLIC AND INDIA

Dasari Yellaji, Dagur Rajat, scientific director – ass. Zhumabaeva Sh.
International School of Medicine,
Bishkek city, Kyrgyzstan

Dasari Yellaji – ISM 9th semester student, e-mail: yellaji@gmail.com
Dagur Rajat – ISM 9th semester student, e-mail: rajatdagur89@gmail.com

Sinusitis affects the mucosa of nose and paranasal sinus (PNS) affecting approximately 15% population in India. Plain radiograph can give an idea about involvement of sinuses but exact involvement and extent of disease can only be best judged on CT scan [1]. A study done on patients with chronic rhino sinusitis found

that the most frequent symptoms were nasal obstruction, headache, nasal congestion and postnasal discharge. The nasal septum were significantly deviated and inferior turbinate hypertrophy was observed in patients [2]. Another study on chronic rhinosinusitis found that all the patients had more than one symptom with all of them presenting with nasal obstruction and nasal discharge [3]. One study done to evaluate differences in the frequency of symptoms and disease severity in patients with nasal septal deviation (NSD) compared with chronic rhino sinusitis (CRS) showed overall sin nasal symptoms were more prevalent in CRS group with nasal congestion, runny nose, earache, toothache, and smelling disorder more common in the CRS group [4].
Material and methods: This prospective, observational study was conducted on the patients from department of Otorhinolaryngology in a Tertiary Care Hospital in North India and in the ENT department of the National Hospital under the Ministry of Health of Kyrgyz Republic suffering from sinusitis in a period of two months from June-July, 2019. Fifty patients visiting in outpatients department with sinusitis were enrolled in the study after they gave written informed consent. All males and female patients more than 18 years of age coming to outpatients department with one of the following symptoms: onset with persistent symptoms, onset with severe symptoms and onset with worsening of symptoms were included in the study. **In conclusion:** in this study 50 patients were enrolled, the most common presenting clinical symptoms from the participants was nasal obstruction (n=48) followed by nasal drip (n=42), headache (n=36) and sneezing (n=30). A few of participants also reported complaints of facial pain (n=12), hyposomia/ansomia (n=11), cough (n=10) and fatigue (n=4). The least common complaint was of fever, which was found in 4 participants. The most common symptoms were nasal obstruction, postnasal drip, headache and sneezing. Most common anatomical variation was septal deviation. Patients had more left sided septal deviation. The maxillary sinus was the most commonly involved followed by ethmoid sinus, frontal sinus and spheroidal sinus. In the treatment, septoplasty alone was adequate for treatment of sinusitis with deviated septum.

Literature:

1. *Sood VP Chronic rhinosinusitis. ECAB Clinical Update: Otorhinolaryngology // Elsevier Health Sciences – 2011. – pp.122-124*
2. *Madani SA, Hashemi SA, Javan S, Hoseini AA. Anatomical variants, clinical presentation and pathological inding in patients suffering from chronic rhinosinusitis underwent functional endoscopic sinus surgery. // Int J Med Med Sci 6 – 2014. – pp. 190-194*
3. *Amodu Ej, Fasunla Aj etc. Chronic rhinosinusitis: correlation of symptoms with computed tomography scan gindings. // The Pan African Medical Journal. – 2014. – pp. 18-40*
4. *Naeimi M, Garkaz M, Naiemi MR. Comparison of sinonasal symptoms in patients with nasal septal deviation. // Iranian Journal Of Otorhinolaryngology. – 2013. – pp. 11-26.*

УДК – 340.64:616.314

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА» ЗУБОВ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ВОЗРАСТА ЧЕЛОВЕКА

Мукашев М.Ш., Искандеров Д.А., Даутова А., Абдуллаева Б.А., Ж.Э. Мусабаев
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.)
Кафедра судебной-медицины и правоведения
(зав. кафедрой – д.м.н.,профессор Мукашев М.Ш.)
Кафедра ортопедической стоматологии
(зав. кафедрой – д.м.н., профессор Калбаев А.А.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика
E-mail: kafsudmed@mail.ru

Резюме. Обследованием 80 студентов КГМА им. И.К. Ахунбаева установлено, что клиновидный дефект встретился в 9 случаях (1,13%), в 6 случаях (12,5%) среди лиц мужского пола (48 человек), тогда как среди лиц женского пола (32 человека) он встретился лишь в 3-х случаях (9,37%). «Клиновидный дефект» появляется с возраста 21 года и встретился в 9 случаях из 68 обследованных в этой возрастной градации.
По локализации данная патология больше выявлялась на зубах нижней челюсти -7 из 9 случаев.
Ключевые слова: зуб, ”клиновидный дефект”, возраст, мужской пол, женский пол.

ТИШТЕРДИН «ШЫНООГО ОКШОШ КЕМТИГИН» АДАМДЫН ЖАШ-КУРАГЫН ТАКТООДО КОЛДОНУУ МҮМКҮНЧҮЛҮГҮ

Мукашев М.Ш., Искандеров Д.А., Даутова А., Абдуллаева Б.А., Мусабаев Ж.Э.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.)
Соттук медицина жана укук кафедрасы
(кафедра башчысы – м.и.д., профессор Мукашев М.Ш.)
Ортопедиялык стоматология кафедрасы
(кафедра башчысы – м.и.д., профессор Калбаев А.А.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын 80 студентин кароонун негизинде 9 кишиде (1,13%) “шыноого окшош кемтик” табылган, анын 6-су (12,5%) эркектердин (48) арасында , ал эми аялдардын арасында болсо (32) 3 эле кишиде табылган (9,37%). Тиштерде “шыноого окшош кемтик” 68 каралган кишилердин арасынан 21 жаштан жогору болгондо кезикти (9 киши). Аталган патология кобунчо ылдыйкы жаактын тиштеринде пайда болгон (9-дун арасынан 7 кишиде).
Негизги создор: Тиш ,“шыноого окшош кемтик” , жаш, эркек, аял.

POSSIBILITIES OF USING A “WEDGE-SHAPED DEFECT” OF TEETH TO ESTABLISH A PERSON’S AGE

Mukashev M.Sh., Iskanderov D.A., Dautova A., Abdullaev B.A., Musabaev Zh.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva
(Rector – MD, professor Kudaybergenova I.O.)
Department of Forensic Medicine and Law
(Head of the Department – MD, professor Mukashev M.Sh.)
Department of Orthopedic Dentistry
(Head of the Department – MD, Professor A. Kalbaev)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. Inspection of 80 students of KSMA named after I.K. Akhunbaeva found that a wedge-shaped defect occurred in 9 cases (1.13%), in 6 cases (12.5%) among males (48 participants), while among females (32 participants), a wedge-shaped defect was detected only in 3 cases (9,37%). A "wedge – shaped defect" appears at the age of 21 and occurs in 9 cases out of 68 examined in this age category. When localized, this pathology was more pronounced on the teeth of the lower jaw – in 7 out of 9 cases.
Key words: tooth, "wedge-shaped defect", age, male, female.

Актуальность темы. В судебно-медицинской и криминалистической практике установлению общей характеристики внешности человека придается большое значение. В частности, анализ общего внешнего облика человека необходим при регистрации и описании живых лиц и трупов, при розыске по признакам внешности и опознании, восстановления лица по черепу, идентификации личности по костным останкам и материалам на разыскиваемого человека, исследовании фотоснимков людей с целью установления тождества [1]. Авторами был сформулирован комплекс морфологических расово-диагностических признаков, характерных для большинства локальных подразделений территории бывшего СССР, оценка которых позволит обьективно разграничить монголоидов и европеоидов [2].

Расследование катастроф и событий с массовыми человеческими жертвами всегда требует назначения сложных судебно-медицинских экспертиз с целью идентификации личности погибших.

При возрастании внутренней и внешней миграции населения,наличии организованной преступности и военных конфликтов,террористических актов актуальность идентификации личности становится очевидной [3]. Обнаружение трупов неизвестных лиц , расчлененных и скелетированных останков и дальнейшее проведение судебно –медицинской экспертизы по представленным биологическим обьектам, безусловно, сопровождается решением ряда вопросов, поставленных судебно-следственными органами и в конечном итоге преследуюших цель идентификации личности [4].

Сложность и трудность идентификации личности конкретного человека заключается в большом многообразии исследуемых биологических обьектов, обширности экспертной работы и многочисленности методов, разных по технологии и методов, сложных по выполнению и оценке результатов. Для отождествления личности используются общие (пол, возраст, рост, расовая принадлежность, генетические свойства тканей) и частные (аномалии развития, индивидуальные особенности строения скелета, последствия травм, операций и т.д) признаки личности.Обьем идентификационной информации связан с количеством исследуемых обьектов ,степени фрагментации скелета, числа примененных методов и диагностических методик. По мнению [5], лишь многоплановое исследование большого числа идентификационных признаков достоверно приводит к идентификации личности конкретного человека.

Увечья, травмы и другие повреждающие факторы в значительной мере затрудняют установление личности погибших из-за изменения их внешнего вида [6]. Поэтому разработка новых и усовершенствование уже имеющихся методов идентификации является важной задачей судебно-медицинской экспертной практики.

В судебно-медицинской научной литературе имеются данные , что при исследовании анатомо-морфологических особенностей зубочелюстной системы, возможно, установление этнорассовой принадлежности человека , в том числе и поло-возрастных особенностей, что также имеет немаловажное значение для идентификации личности.

Диссертационная работа Плишкиной А.А. (2006) посвящена установлению возраста и пола человека по степени стираемости зубов с учетом наличия ряда патологических состояний и вредных условий труда ; работа Саидова М.Т. (2007) посвящена исследованию анатомо-морфологических особенностей зубов и зубных рядов ряда народностей Дагестана для идентификации личности; исследованию аномалий зубо-челюстной системы у детей в Республике Армения с целью идентификации личности и исследованию аминокислотного состава зуба в целях судебно-медицинской идентификации личности посвящены статейные работы М.С. Бишарян с соавторами (2012) и Ю.И.Пиголкина с соавторами (2017).По данным Б.С. Свадковского (1974), клиновидные углубления до 20 лет не встречаются , редки в возрасте от 20 до 30 лет и чаще всего обнаруживаются у лиц старше 30 лет.

Каких либо научных исследований зубочелюстной системы с целью идентификации личности населения Кыргызской Республики не проводилось, хотя по данным годового отчета Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы МЗ КР, за 2017 и 2018 годы неопознанных трупов захоронено 147 и 202 соответственно. В связи с этим нами поставлена, **Цель** – изучить частоту встречаемости

«клиновидного дефекта» зубов у студентов КГМА им. И.К. Ахунбаева в зависимости от возраста для идентификации личности.

Материал и методы исследования.

Обследованию полости рта и зубов были подвергнуты студенты стоматологического и лечебного факультетов КГМА им. И.К. Ахунбаева в возрасте от 18 до 29 лет в количестве – 80 в условиях стоматологического кабинета стоматологического факультета КГМА им И.К. Ахунбаева с соблюдением инфекционного режима.

Результаты исследования.

Обьективному осмотру были подвергнуты 80 студентов в возрасте от 18 до 29 лет , среди которых мужчин 48, женщин-32. Осмотром выявлялось наличие клиновидного дефекта и сочетание клиновидного дефекта с кариесом и зубным налетом (зубным камнем) (см. табл. 1.)

Поло-возрастная характеристика клиновидного дефекта.

Таблица 1 - Сочетание клиновидного дефекта с кариесом и зубным налетом (зубным камнем)

Морфол. признаки	Пол			Возраст			
	М	Ж	всего	18-20	21-24	25-29	Всего
	48	32	80	12	63	5	80
1. Клиновидный дефект	6	3	9	-	8	1	9
2. Сочетание:							
А) Кариес + клиновидный дефект	6		6	-	5	1	6
Б) Зубной налет (камни) + клиновидный дефект	-	-	-	-	-	-	-

Из 80 обследованных лица мужского пола составили 60% (48 человек), женского пола -40% (32 человек). По возрасту лица 18-20 лет составили 15% (12 человек), 21-24 лет -78,75% (63 человек) и в возрасте 25-29 лет – 6,25% (5 человек).

Из таблицы видно , что“клиновидный дефект” из 80 обследованных встретился в 9 случаях (1,13%), причем в 6 случаях (12,5%) среди лиц мужского пола (48 случаев),тогда как среди лиц женского пола (32 случая) эта патология встретилась лишь в 3-х случаях (9,37%). Результаты обследования показывают , что “клиновидный дефект” появляется с возраста более 20 лет . Так, в возрастной группе 18-20 лет данный дефект не встретился ни в одном случае из 12 обследованных, в возрасте 21-29 лет -9 случаев из 68 обследованных. Эти данные совпадают с мнением Б.С. Свадковского (1974).

По локализации данная патология больше выявлялось на зубах нижней челюсти – 7 из 9 случаев , на зубах верхней челюсти -2 из 9 случаев, что состовило в процентом выражении 77,78% и 22,2 % соответственно.

“Клиновидный дефект” в 6 случаях (12,5%) из 48 лиц мужского пола встретился в сочетании с кариесом, из которых 5 в возрасте 21-24 лет и один случай – в возрасте 25-29 лет .

Таким образом , “Клиновидный дефект “ как один из маркеров возрастной принадлежности человека обнаруживается с 21 года ,наиболее часто встречается у лиц мужского пола и сочетается с кариесом именно у лиц мужского пола. Эти результаты не являются окончательными и работа в этом направлении будет проводиться на большем количестве обследований.

Литература

1. *Звягин В.Н., Усачева Л.Л., Нарина Н.В., О целесообразности изучения физиономических особенностей представителей разных рас в судебно-медицинском отношении.// Труды VII Всероссийского сьезда судебных медиков “Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях” 21-24 октября 2013 года. Москва,2013,Т.2;с-55-59.*

2. Звягин В.Н., Усачева Л.Л., Нарина Н.В. Методика определения европеоидно-монголоидной принадлежности по физиономическим признакам. // Труды VII Всероссийского сьезда судебных-медиков "Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условях" 21-24 октября 2013 года. Москва. 2013, Т. 2. с. 60-64.
3. Федин И.В., Чикун В.И., Горбунов Н.С., Хлуднева Н.В. Проблема идентификации личности // Вестник судебной медицины .2018 ,№1, Том 7. –с. 56-59.
4. Божченко А.П., Моисеенко С.А., Толмачев И.А. Определение длины тела человека по особенностям капиллярного рельефа пальцев рук и ладоней: судебно-медицинская практика после черезвычайных ситуаций // Мед.-биол. и соц.-псих. пробл. безопасности в чрезвычайных ситуациях.-2008.-№4.-с.39-44.
5. Мазур Е.С.Возможности методов дерматоглифики в криминалистическом исследовании внешних признаков человека // Вест.Томск.гос.университета.-2015.- №390.-с. 141-145.
6. Божченко А.П.,Толмачев И.А. Дерматоглифика пальцев рук в аспекте судебно-медицинской идентификации личности // Суд.мед.эксперт.-2009.-№2.-с. 25-29.
7. Плишкина А.А. Установление возраста и пола человека по степени стираемости зубов с учетом наличия ряда патологических состояний и вредных условий труда. Дисс. на соиск. ученой степени канд.мед. наук. М., 2006.
8. Саидов М.Т. Исследование анатомо-морфологической особенности зубов и зубных рядов ряда народностей Дагестана для идентификации личности . Автореф. дисс .на соиск. уч. ст. канд. мед. наук, М.,2007- 24с.
9. Бишарян М.С., Ромодановский П.О.,Оганесян О.М.,Баринов Е.Х. Исследование аномалий зубочелюстной системы у детей в Республике Армения с целью идентификации личности. // Судебно-медицинская экспертиза, 2012,№3. с. 12-14.
10. Пиголкин Ю.И.,Золотенкова Г.В., Веленко П.С., Изотов Б.Н. Исследование аминокислотного состава зуба в целях судебно-медицинской идентификации личности .// Судебно-медицинская экспертиза ,2017. №1 – с.42-45
11. Свадковский Б.С. Учебное пособие по судебно-медицинской стоматологии . Москва Медицина,1974- 175 с.

УДК: 616.31-084-053.2

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ УРОВНЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ИХ ДЕТЕЙ

Чекербаева Г.Н., научный руководитель – Тыналиева Р.А.
Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Чекербаева Г.Н. – студентка 3 курса стом.факультета КГМА

Резюме: В статье представлены результаты анкетирования и стоматологического осмотра 30 детей 12 лет и анкетирования 30 родителей. Выявлена значительная корреляция между уровнем стоматологической грамотности родителей и стоматологическим здоровьем их детей (-0,586; $p<0,05$). Результаты исследования могут быть применены для планирования программ первичной профилактики.
Ключевые слова: дети, родители, социальная стоматология, профилактика, стоматологическая грамотность.

АТА-ЭНЕЛЕРДИН СТОМАТОЛОГИЯЛЫК САБАТТУУЛУГУНУН БАЛДАРДЫН СТОМАТОЛОГИЯЛЫК КООПСУЗДУГУНА ТААСИР БЕРҮҮ ДЕҢГЭЭЛИН БААЛОО

Чекербаева Г.Н., илимий жетекчи – Тыналиева Р.А.
Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Киришуу: Берилген макалада 12 жаштагы өспүрүмдөрдүн жана 30 жаштагы ата- энелердин арасында жүргүзүлгөн анкетирлөөнүн жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Изилдөөгө катышкан ата-энелердин стоматологиялык сабаттуулугунун жана алардын балдарынын стоматологиялык коопсуздугунун арасында жогорку денгээлдеги корреляция (-0,586; $p<0,05$) байкалган. Изилдөөлөрдүн жыйынтыгы биринчилик алдын алуу иштерин жүргүзүүдө колдонула алынат.

Негизги сөздөр: өспүрүмдөр, ата-энелер, социалдык стоматология, алдын алуу иштери, стоматологиялык сабаттуулук.

AN IMPACT ASSESSMENT OF THE ORAL HEALTH LITERACY OF PARENTS ON THE DENTAL HEALTH OF THEIR CHILDREN.

Chekerbaeva G.N., principal investigator – Tynalieva R.A.
I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The results of the questionnaire and dental examination of 30 children 12 years old and the questionnaire of 30 parents are described in this article. We've identified a strong correlation (-0,586; p<0,05) between the oral health literacy of parents and the dental health of their children. Results of this research could be useful for planning prevention programs.
Key words: children, parents, social dentistry, prevention, dental literacy.

По данным исследований [1] распространенность кариеса на территории Кыргызской республики среди детей 12 лет составляет 94,8%, что согласно ВОЗ относится к очень высоким показателям распространенности. Такие значения распространенности кариеса среди детей указывают на необходимость улучшения проводимых лечебных и профилактических мероприятий.

Рекомендации ВОЗ указывают на то, что в сфере стоматологического обслуживания 50% всех проводимых мероприятий должны относиться к профилактическим. На данный момент на территории Кыргызской республики актуален вопрос внедрения программ первичной профилактики стоматологических заболеваний у детей [1].

Для проведения эффективных профилактических мероприятий необходимо изучить факторы, приводящие или предотвращающие возникновение стоматологических заболеваний. Одним из ключевых, но мало изученных в Кыргызской республике факторов, влияющих на стоматологический статус детей является уровень стоматологической грамотности их родителей. Родители влияют на: образ жизни и питание своих детей; соблюдение гигиены полости рта детьми; состав зубных паст и частоту смены зубных щеток; использование детьми таких средств гигиены полости рта, как флоссы, ополаскиватели полости рта и др; искоренение вредных привычек у детей, частоту и причину похода к стоматологу и т.д.

Таким образом, изучение уровня стоматологической грамотности родителей и его влияния на состояние здоровья полости рта их детей является важной задачей, решение которой необходимо для грамотного планирования и проведения профилактических мероприятий на территории Кыргызской республики.

Цель исследования: определение влияния стоматологической грамотности родителей на стоматологическое здоровье и стоматологическую грамотность их детей.

Материалы и методы исследования. Проведены анкетирование и стоматологический осмотр 30 детей в ключевой возрастной группе 12 лет и анкетирование 30 родителей, проживающих в с.Беловодское Московского р-на Чуйской обл.

В ходе стоматологического осмотра показатели распространенности и интенсивности кариеса КПУ+кп фиксировались в картах для оценки стоматологического статуса детей, рекомендованных ВОЗ [2]. Для оценки уровня стоматологической грамотности детей и уровня стоматологической грамотности родителей были применены анкеты, разработанные на основе европейского опросника «European Global Oral Health Indicators Development» (EGOHID) [3].

Анкеты содержали в себе 2 раздела по 10 вопросов каждый. Первый раздел анкет как для детей, так и для родителей состоял из вопросов, определяющих теоретическую подготовку анкетируемого. Второй раздел анкет для детей определял соблюдение детьми гигиены полости рта, рацион питания, наличие вредных привычек. Каждый правильный ответ оценивался в 1 балл. Итоговый результат, принимающий значения от 0 до 20 баллов, назван Индексом стоматологической грамотности детей (ИСГД).

Второй раздел родительских анкет состоял из вопросов, определяющих контроль родителями гигиены полости рта детей, рацион питания, частоту и причину посещения стоматолога. Каждый правильный ответ оценивался в 1 балл. Итоговый результат, принимающий значения от 0 до 20 баллов, назван Индексом стоматологической грамотности родителей (ИСГР).

Статистическая обработка данных проводилась в программе «MS Excel 2016» с применением общепринятых параметрических методов. Коэффициент корреляции Пирсона (r) высчитан для определения зависимости между исследуемыми параметрами.

Результаты и обсуждение. По результатам данного исследования распространенность кариеса среди обследованных нами детей 12 лет составила 87%, а интенсивность кариеса среди детей составила КПУ= 4, 53. Данные показатели распространенности и интенсивности кариеса согласно ВОЗ относятся к высоким.

В результате анализа анкет детей (табл. 1) выявлено, большая часть детей имеют ИСГД в пределах среднего, либо низкого уровня.

60% опрашиваемых детей не знают, содержатся ли в составе их зубных паст фтор или кальций. На вопрос «Как ты думаешь, как часто нужно менять зубную щетку?» Только 53% опрашиваемых выбрало вариант «каждые в 2-3 месяца», 40% выбрало вариант «раз в год» и 7% «раз в полгода». 67% анкетируемых детей считают, что нет необходимости использовать зубные нити, ополаскиватели полости рта.

На один из самых главных вопросов: «Как ты думаешь, как часто нужно посещать стоматолога?» только 13% детей ответило «раз в полгода», большая часть- 67%- выбрало вариант «только когда заболит зуб». Данные результаты связаны с тем, что дети 12 лет не придают значения средствам гигиены полости рта. Из чего следует, что столь значимые в профилактике кариеса факторы, как состав зубной пасты, жесткость и частота смены зубной щетки, использование дополнительных средств гигиены полости рта, контролируются только родителями.

Таблица 1. Уровень индекса стоматологической грамотности обследуемых детей 12 лет

ИСГД	Показатель	Результаты анкетированных, в %
Высокий	16-20	7
Средний	12-15	53
Низкий	8-11	40
Очень низкий	0-7	0

Анализ анкет родителей показал, что средний ИСГР равняется 13 и классифицируется как средний (табл. 2). На вопрос «обучаете ли Вы своих детей правильному уходу за полостью рта?» положительно ответило 92% процентов родителей. На вопрос «знаете ли Вы, что такое профилактическая герметизация, «запечатывание» фиссур и просили ли вы стоматолога провести эту процедуру своему ребенку?» 30% родителей ответило «Да, знаю. У моего ребенка есть один или несколько «запечатанных» зубов», 25% родителей указало: «Да, знаю. Но у моего ребенка нет «запечатанных зубов». 45% опрашиваемых родителей не знакомы с понятием «герметизация», «запечатывание фиссур» и не проводили ее своему ребенку.

Примечательно, что ни один родитель на вопрос «Во сколько лет Вы стали чистить зубы Вашему ребенку?» не выбрал вариант «Сразу после того, как прорезался первый молочный зуб». Варианты «я не чистила молочные зубы своему ребенку», «в год-два» выбрало по 13,3% опрашиваемых. По 33,3% выбрало вариант «в два-три года», либо в «четыре-пять лет».

На вопрос «Как часто вы водите своего ребенка к стоматологу?» почти половина (46,7%) родителей указали, что «Только когда у него заболит или сильно разрушен зуб», 13,3% выбрало вариант «каждый год», 6,7%- «реже, чем раз в год», 6,7%- «чаще, чем раз в год» и только 26,7% родителей каждые полгода показывают своих детей стоматологу.

Таблица 2. Уровень индекса стоматологической грамотности обследуемых родителей.

ИСГР	Показатель	Результаты анкетированных, в %
Высокий	16-20	0
Средний	12-15	78

Низкий	8-11	22
Очень низкий	0-7	0

В результате статистического анализа выявлено, что стоматологическая грамотность родителей оказывает значительное влияние как на стоматологическое здоровье их детей (-0,586; p<0,05) (рис.1), так и на их стоматологическую грамотность (0,290; p<0,05) (рис. 2)

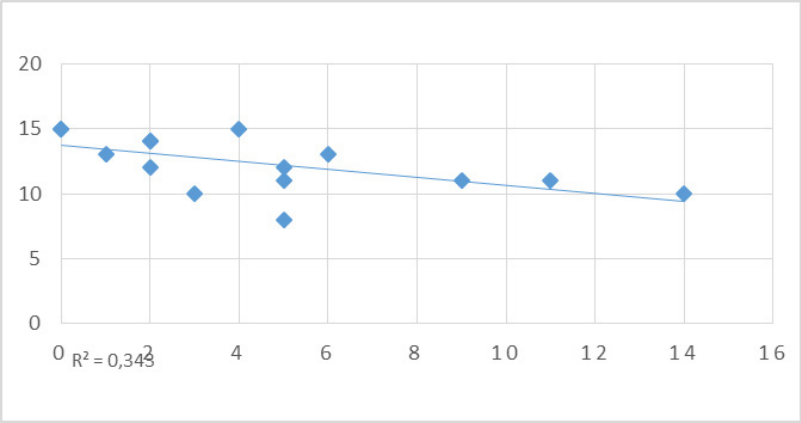


Рис. 1. Влияние стоматологической грамотности родителей на стоматологический статус их детей.

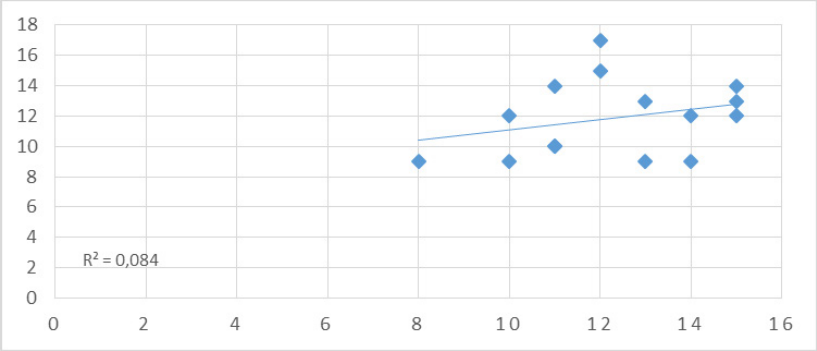


Рис. 2. Влияние стоматологической грамотности детей на уровень стоматологической грамотности их родителей.

Примечательно, что влияние стоматологической грамотности самих детей на уровень их стоматологического здоровья гораздо ниже (-0,104; p<0,05) (рис. 3).

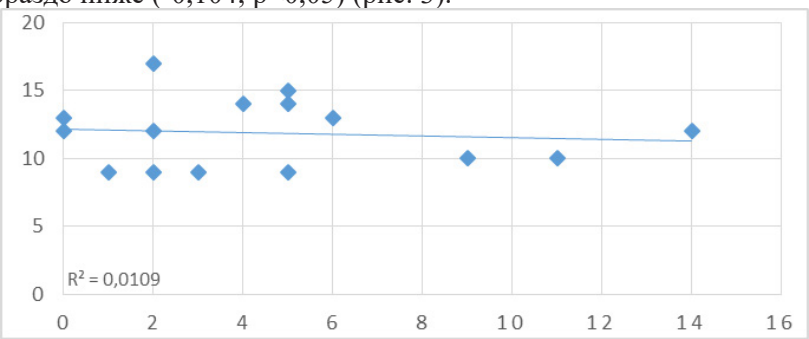


Рис. 3. Влияние стоматологической грамотности детей на их стоматологический статус.

В результате проведенного исследования мы пришли к ряду **выводов**:

1. Родители оказывают статистически значимое влияние на стоматологическое здоровье (-0,586; p<0,05) и стоматологическую грамотность (-0,104; p<0,05) своих детей, так как они постоянно контролируют и обучают детей соблюдению гигиены полости рта, использование и смену стоматологических паст, щеток и флюсов.

2. Значимая часть родителей не приводят своих детей к стоматологу на регулярный профилактический осмотр, не знакомы с понятием «герметизация» фиссур, не чистят зубы своим детям сразу после их прорезывания. Данные результаты указывают на необходимость проведения санитарно-просветительских работ среди родителей.

Таким образом, в программах первичной профилактики кариеса повышение стоматологической грамотности родителей должно иметь приоритет не меньший, чем повышение уровня стоматологических знаний самих детей.

Литература:

1. *Чолокова, Г.С. Клинико-эпидемиологическое обоснование национальной программы профилактики стоматологических заболеваний у детей и школьников в Кыргызской республике [Текст] / Г.С. Чолокова. – Бишкек: Монополия, 2014. – 130с.*
2. *Oral Health Survey. Basic methods, 5h ed. [Text] / World Health Organization . – Geneva, 2013. – 135p.*
3. *Quintessence International: European Global Oral Health Indicators Development Project [Text] / Denis M.Bourgeois et al. // Report Proceedings, prepared by the European Commission Health and Consumer Protection Directorate-General. - 2004. - 31-36 p.*

ОЦЕНКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Азизова Б., Бекназарова А., студентки 5 курса стоматологического факультета, e-mail: benza1807@mail.ru

Садыйев Р.К. – научный руководитель, ассистент кафедры терапевтической стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева

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

В настоящей работе проведено анкетирование 65 студентов женского пола 2, 3, 4, 5 курсов стоматологического факультета. Среди них у 23 студентов были выявлены клинические признаки дефицита железа. У этих студентов определяли количество эритроцитов, концентрацию гемоглобина, эритроцитарных индексов (MCV, MCH, MCHC), содержание ферритина в сыворотке крови. Результаты проведённого исследования показало, что у 5 была выявлена железодефицитная анемия легкой степени, а у 18- определены микроцитоз, гипохромия эритроцитов, с субнормальным значением содержания ферритина в сыворотке крови, свидетельствующие о латентном дефиците железа. Всем назначены препараты железа.

Выводы:

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

УДК 616.314.18-089.818.5 : 615.454.122

ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ДЕНТИНА И ОСТРОГО ПУЛЬПИТА БИОЛОГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАСТОЙ “БИОДЕНТ”

Йулдошев А.А.С., Садикова И.Б., научный руководитель – к.м.н., зав. каф. госпитальной и клинической стоматологии Раимжонов Р.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Город Андижан, Республика Узбекистан

Йулдошев А.А.С – студент стоматологического факультета 3 курса 304 группы,
e-mail: aayzekov@mail.ru
Садикова И.Б. – ассистент кафедры факультативной стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний

Актуальность темы. Пломбирование полости при кариесе дентина или гиперемии пульпы без лечебной прокладки или неправильном ее выборе и применении приводит к химическому и токсическому раздражению пульпы и ее гибели.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения кариеса дентина и гиперемии пульпы с сохранением жизнеспособности пульпы с помощью биологической пасты “Биодент”.

Материалы и методы исследования. Объекты клинических исследований: 130 пациентов учреждения здравоохранения «Областная стоматологическая поликлиника» г. Андижан в возрасте 18–55 лет.

Предметом лабораторных исследований явились 40 удаленных зубов вследствие пародонтоза, в которых in vitro проведено непрямое покрытие пульпы биологической пастой.

Предмет клинических исследований: 202 зуба с кариесом дентина и гиперемией пульпы, в которых проведено прямое и непрямое покрытие пульпы.

Метод лечения кариеса дентина и гиперемии пульпы. Техника выполнения:

1. Очистка зуба от налета.
2. Местная анестезия.
3. Наложение коффердама.
4. Препаровка, некроэктомия.
5. Медикаментозная обработка.
6. Биологическую пасту “Биодент” замешивают на дистиллированной воде до получения гомогенной массы. Время замешивания 30 секунд.
7. Биологическую пасту накладывают на дно полости.
8. Закрытие полости.
9. Динамическое наблюдение.

Полученные результаты. Установлена биосовместимость биологической пасты при проведении прямого и непрямого покрытия пульпы в эксперименте, обоснована способность стимулировать формирование третичного дентина, а также высокая стабильность материала по сравнению с материалом на основе гидроксида кальция. Биологическая паста положительно влияет на микроэлементный состав дентина, что повышает кариесрезистентность околопульпарного дентина. Краевое прилегание биологической пасты к дентину (80,5%), а также к гибридному стеклоиономерному цементу (71,9%) является максимальным среди изученных лечебных прокладочных материалов, что обеспечивает высокий герметизм и долговечность реставрации. По темпу подъема и значению pH (11,82) биологическая паста превосходит материалы на основе гидроксида кальция, эффективно проявляя свои антимикробные свойства и не оказывая агрессивного воздействия на пульпу зуба.

Заключение. Пульпа зуба имеет уникальное строение, выполняет важнейшие функции и обладает высоким потенциалом к регенерации и продукции заместительного дентина. В настоящее время известно множество методов и материалов, способствующих сохранению жизнеспособности пульпы, однако наиболее перспективными являются метод лечения биологической пастой “Биодент”.

Литература:

1. Луцкая И.К. Диагностика и лечение пульпита и периодонтита. – 2018.
2. Бондаренко Н. Н., Лукиных Л. М. Пульпит. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение. – 2014.
3. Лукиных Л.М. Пульпит: клиника, диагностика, лечение. – 2004.
4. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология - 2004.
5. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. – 2016.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИДРООКИСИ КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И КОМПЬЮТЕРНОЙ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ ТОМОГРАФИИ

Симониди Е.К., научные руководители: Чолокова Г.С., зав. кафедрой детской стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева д.м.н., профессор, Нуритдинов Р.М., зав. Кафедрой стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии КРСУ, к.м.н.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
Кыргызско-Российский Славянский Университет

Студентка 4 курса, 3 группы стоматологического факультета. simionidiefimiya@gmail.com

Актуальность. Периодонтиты- в наше время являются одной из актуальных проблем в стоматологии. В клинической практике врача-стоматолога апикальный периодонтит встречается в 45-50% случаях [1]. Проблема лечения деструктивных форм периодонтита до сих пор является актуальной и до конца не решенной задачей стоматологии. Гидроокись кальция обеспечивает остеоиндуктивность, стимулирование процесса кальцификации.[2]

Цель исследования. Повышение качества лечения деструктивных форм хронического верхушечного периодонтита с радикулярной кистой, с использованием кальций содержащих препаратов.

Материал и методы исследования. Для решения поставленной задачи было проведено обследование и лечение пациентки с деструктивной формой верхушечного периодонтита . Обследование включало: сбор анамнеза и жалоб, объективные методы исследования, прицельная рентгенография и компьютерная конусно-лучевая томография. Лечение деструктивной формы периодонтита проводилось с временной обтурацией корневого канала 1.1 зуба кальций содержащей пастой, под временную пломбу из стеклоиономерного цемента на 2 недели. Повторная обтурация корневого канала кальцийсодержащей пастой сроком на 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев. Затем проводилось постоянное пломбирование корневого канала 1.1 зуба методом латеральной конденсации гуттаперчи с силером.

Результаты и их обсуждения: Анализ динамики клинических и рентгенологических показателей в ближайшие и отдаленные сроки после лечения деструктвной формы периодонтита, с перфорацией кортикальной пластики, позволил установить, что применение пасты, на основе гидроокиси кальция, способствует уменьшению деструктивных изменений околоверхушечных тканей, а также полное восстановление кортикальной пластинки верхней челюсти, в области 1.1 зуба.

Вывод: Использование пасты, на основе гидроокиси кальция при лечении верхушечного периодонтита, улучшает качество лечения и регенерации околоверхушечных тканей.

Литература:

1. *Михальченко Д.В., Михальченко В.Ф., Мануйлова Э.В., Жидовинов А.В., Филюк Е.А. Обоснование применения кальцийсодержащих препаратов при лечении хронического верхушечного периодонтита по результатам иммунологических исследований // Современные проблемы науки и образования – 2014. - №6*
2. *Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология / Учебник для ВУЗов. Москва. 2011г*

АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ВОСЬМЫХ ЗУБОВ, КАК МЕТОД ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА

Р.Я.Усманджанов, С.Н.Санжарова

Кыргызская Государственная медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра детской стоматологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме . Авторами предложен метод аутотрансплантация 38 зуба в лунку 36 зуба ,в качестве замещения дефекта в зубном ряду.

Ключевые слова: дефект зубного ряда , аутотрансплантация,профилактика

Актуальность

Проблеме первого постоянного моляра («ключа окклюзии») в стоматологии отводится особое место, что обусловлено исключительной ролью этих зубов в сложном биологическом процессе формирования челюстно-лицевой области.

Наличие дефекта зубного ряда является этиологическим фактором развития деформаций челюстно-лицевой области .Как правило, смещение второго постоянного моляра происходит мезиально, с наклоном зуба в сторону дефекта и изменением угла ангуляции. В связи с этим своевременное протезирование дефектов зубных рядов является эффективным лечебно-профилактическим мероприятием в стоматологии.

Анатомические условия челюстно-лицевой области определяют характер, объём и методику оперативного вмешательства .От точности предоперационной оценки особенностей анатомического строения зависит успех всего лечения.

Имеются сведения о необходимости учета индивидуальных особенностей строения кранио-фациального комплекса при диагностике аномалий и деформаций челюстно-лицевой области . В то же время в доступной нам литературе мы не встретили сведений о вариантах расположения боковых сегментов зубных дуг при сформировавшемся ортогнатическом прикусе постоянных зубов и их взаимосвязь с параметрами кранио-фациального комплекса. Все это и предопределило цель и задачи настоящего исследования.[4]

Цель работы

Повышение эффективности лечения пациентов с дефектами зубных рядов обусловленных некачественным лечение первых постоянных моляров за счет аутотрансплантации восьмого зуба.

Клинический пример.

Пациентка А.,1997 г.р. обратилась с жалобами на ноющие боли при накусывании на нижней челюсти слева. При осмотре была выявлена большая пломба на 36 зубе, который был лечен по поводу кариеса. При перкуссии ощущалась болезненность. На рентгене были выявлены апикальные изменения .В области бифуркации (соединения) корней была видна перфорация ,сделанная предыдущим доктором во время

лечения .Это и явилось причиной боли. Локально прикус ортогнатический.

В 38 зубе имелась глубокая кариозная полость. Реакция на холод и зондирование положительный. Зуб раннее не был лечен. Так как он не участвовал в жевании.

Нами был предложен следующий план лечения:

Удаление 36 зуба

Удаление 38 зуба

38 замещаем на место 36 зуба

Шинирование

Эндодонтическое лечение 38 зуба

Пациент дал свое согласие на удаление и на дальнейшие манипуляции.

Первый этап.

Исследование размеров и общего состояния 38 и 36 зубов.

36 зуб (рис1.): ширина в области бифуркации-7,9мм

Длина от верхушки медиально-щечного корня до коронки -15,5 мм

Высота коронки зуба-4,5мм

38 зуб (рис2): ширина в области бифуркации-10,7мм

Длина корней медиально-щечный-15,8 мм, дистальный-13,3мм

Высота коронки – 6,7 мм

Рентгенологическая картина : имеются изменения в периапикальных тканях 36 зуба. Имеется очаг деструкции костной ткани в области корней, а также между корнями, в области бифуркации.

Деструктивные изменения значительных размеров. Причиной которых явилась перфорация в области бифуркации корней и некачественное эндодонтическое лечение каналов данного зуба.

Осмотр: СО в области 36 и 38 зуба бледно-розового цвета, десна без изменений, паталогических карманов не было обнаружено, плотное зубодесневое прикрепление,

межзубной сосочек в норме.

Рис. 1.

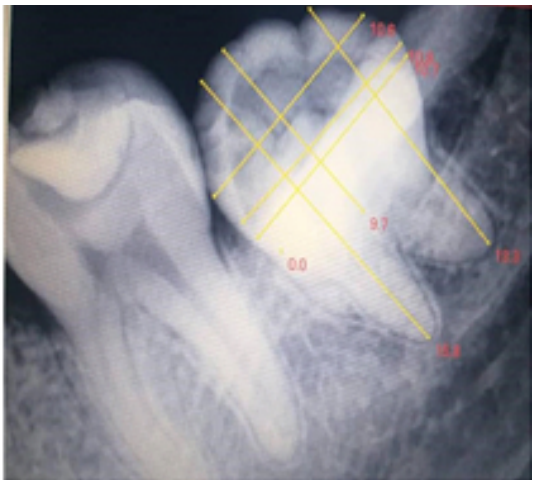


Рис. 2.

Второй этап.
Оперативное вмешательство – экстракция 36 зуба с помощью проводниковой анестезии (мандибулярная и инфильтрационная анестезии). Был использован анестетик-Sol.Septonest.
Цель данного этапа: сохранить при удалении костную лунку и периодонтальные связки.
Удаление прошло успешно, без повреждений СОПР и костной лунки.
Третий этап.
Оперативное вмешательство – экстракция 38 зуба.
1.Максимальное отслаивание круговой связки от шейки зуба на всем протяжении
2.Экстракция 38 зуба, удаление всех обрывков слизистой с поверхности и очищение от зубных отложений.
3.Сошлифовывание бугров и апроксимальных поверхностей на 0,2-0,3 мм
4. После погружение ее в физиологический раствор на 15 мин, до его реплантации.
Четвертый этап. Пересадка 38 зуба в лунку 36.

Рис. 3.

1.Перед реплантацией из лунки (36 зуба) удалили сгустки крови.
2.После чего зуб поместили в альвеолу, ввиду недостатка места в лунке, было решено срезать медиально-язычный корень, и закрыли стеклоиономерным цементом.
3.После чего повторно поместили зуб в лунку. (рис 3)
Пятый этап.
Произвели шинирование с помощью жесткой ортодонтической металлической лигатуры, в качестве опоры выступил 37 зуб. Обхват лигатурой был на уровне шейки.(рис 4).

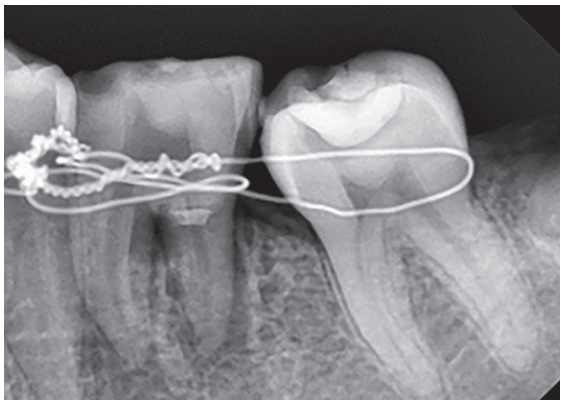


Рис. 4.

Шестой этап.
Спустя месяц провели эндодонтическое лечение каналов, было решено ввиду периапикальных изменений наложения кальция и закрытие временной пломбой.
При осмотре патологических изменений не обнаружено, слизистая оболочка в области реплантированного зуба в пределах нормы, состояние пародонта благоприятное(рис 5).

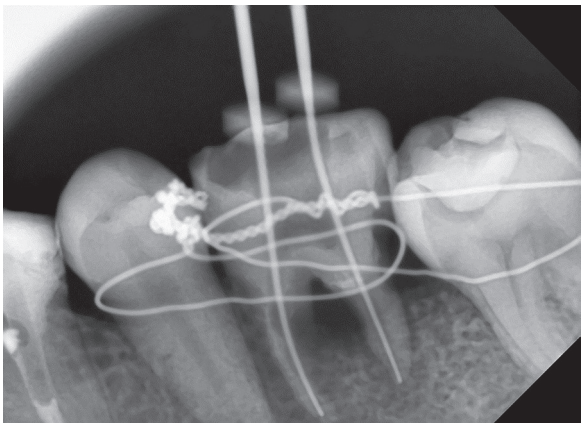


Рис. 5.

Состояние костной ткани в области реплантируемого зуба спустя **6** месяцев.
Внешний осмотр(через 6 месяцев): СОПР бледнорозового цвета, зубодесневое прикрепление стабильное, слизистая оболочка в области 37 и 36 зуба без паталогических очагов.
После устранения всех воспалительных явлений показано ортопедическое лечение. (рис 6).

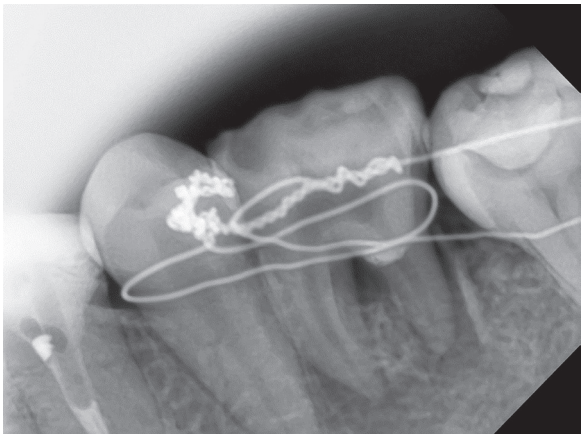


Рис. 6.

УДК 577.164.2:543.24:634.32

ТЕМПЕРАТУРАНЫН АР ТҮРДҮҮ СОРТТОГУ МАНДАРИНДЕГИ С ВИТАМИНИНЕ ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Ж.Н. Аскарбекова[1], З.М. Муратбекова[1], Токторбек кызы Д.[1],
илимий жетекчи – доцент, ф.и.к., фармакогнозия жана даары каражаттарынын химиясынын кафедрасынын башчысы А.Д. Мураталиева.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы.
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Аскарбекова Ж.Н., Муратбекова З.М. – студенты фарм. факультета 5 курс, jami_33@mail.ru
Токторбек кызы Д. – предподаватель каф. ФГЗ и ХЛС

Резюме. Макалада ар түрдүү сорттогу мандариндеги С витамининин өлчөмүн йодиметрия методу менен изилдегенден кийинки жыйынтыктар көрсөтүлгөн
Негизги сөздөр: мандариндер, С витамини (аскорбин кислотасы), индикатор, титрант, йодиметрия.

ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ НА СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА С В РАЗЛИЧНЫХ СОРТАХ МАНДАРИНА

Ж.Н. Аскарбекова[1], З.М. Муратбекова[1], Токторбек кызы Д.[1],
научный руководитель – доцент, к.ф.н. зав. кафедры фармакогнозии и химии лекарственных средств А.Д. Мураталиева.
Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье представлены результаты исследования различных мандаринах на количественное содержание витамина С методом йодиметрии.
Ключевые слова: мандарины, витамин С (аскорбиновая кислота), индикатор, титрант, йодиметрия.

INFLUENCE TEMPERATURE ON CONTENT VITAMIN C IN OTHER VARIETIES OF MANDARINS

J.N. Askarbekova[1], Z.M. Muratbekova[1], D. Toktorbek kyzy[1],
scientific advisor – Associate Professor, C.F.S. head of the department pharmacognosy and chemistry of drugs A.D. Muratalieva.
Kyrgyz State medical academy of I.K. Ahunbaev,
Pharmaceutical faculty,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. This article presents the results of the study of mandarins in different sorts on the quantitative content of vitamin C by the method of iodimetry.
Keywords: mandarins, vitamin C (ascorbic acid), indicator, titrant, iodimetry.

Актуальность. Витамин С (аскорбиновая кислота) – является одним из важнейших биологических активных веществ, который необходим для нормального функционирования организма. В результате дефицита наблюдается ослабление иммунной системы, повышенная утомляемость, депрессии, бессонница, выпадение волос, ухудшение зрения. Избыток витамина С в организме может вызвать аллергию, сахарный диабет и расстройство пищеварения. Суточная потребность человека в витамине С-100 мг. [1]

Витамин С содержится в основном в продуктах растительного происхождения. Прежде всего, речь идет о цитрусовых: мандарины, лимоны, апельсины и т.д.

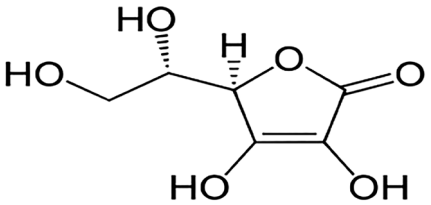


Рис. 1 . Витамин С (γ – лактон 2,3 – дегидро – L – гулоновой кислоты)

Целью нашего исследования является количественное определение витамина С в различных сортах мандарина методом йодиметрического титрования.

Задачи исследования. Экспериментально выявить содержание витамина С в различных сортах мандарина и исследовать влияние температуры на количественное содержание аскорбиновой кислоты.

Материалы и методы. Для проведения исследования были использованы следующие материалы и методы: мандарины (Китай, Марокко, Турция, Пакистан); колбы конические (100 мл, 200 мл, 500 мл, 1000 мл); пипетки (2 мл, 5 мл, 10 мл); аналитические весы; бюретка (25 мл), раствортитранта (раствор йода 0,005 М) и индикатора (раствор крахмала), программное средство MICROSOFT EXCEL 2010 с использованием графиков и диаграмм, которые позволяют наглядно показать тенденцию изменения данных, и помогает анализировать задачи прогноза, метод иодиметрического титрования. [3]

Результаты: в нашей работе мы использовали метод йодиметрии, один из методов титриметрического анализа, основанный на определении восстановителей прямым титрованием стандартным раствором йода. [4] Определяли количество витамина С в разных сортах мандарина.

Для проведения иодиметриметрического титрования нам необходимо приготовить следующие растворы:

-*приготовление раствора йода*: для приготовления 0,005 М раствора йода взяли 1,269 г кристаллов йода, количественно перенесли его в мерную колбу на 1 л, добавили 2-кратное количество йодида калия (2,538г). Затем при перемешивании добавили воду, оставили, пока йод растворится, и довели уровень жидкости до метки.

-*приготовление раствора крахмала*:1г крахмала растворимого смешали с 5 мл воды до получения однородной кашицы, и смесь медленно вливали при постоянном размешивании в 100 мл кипящей воды. Прокипятили в течение 2 минут до получения слегка опалесцирующей жидкости. [2]

*Проводим титрование аскорбиновой кислоты по ГФ XI (таблетки 500 мг):*берём 1 таблетку аскорбиновой кислоты и растворяем в 0,5 л дистиллированной воде, тщательно перемешиваем и отбираем аликвотную долю 25 мл. Добавляем 1мл раствора крахмала и титруем раствором йода, постоянно перемешивая. Титрование надо вести до появления устойчивого синего окрашивания.

Йодиметрическое титрование: этой методикой мы определяем количественное содержание витамина С в различных видах мандарина. Предварительно мы готовим свежевыжатый сок различных видов мандарина (Китай, Марокко, Пакистан, Турция). В колбу наливаем 25 мл свежевыжатого сока мандарина, добавляем 1мл раствора индикатора и титруем до окрашивания в стойкий синий цвет. Этот процесс мы делаем с каждым сортом мандарина по 3 раза. См. таблицу №1.

Для того чтобы определить влияние температуры на содержание витамина С в мандаринах, мы их предварительно замораживаем, выжимаем сок и проводим метод титрования.

Также мы мандарины подвергаем термической обработке и протитровываем по ГФXI. Для титрования мандаринов было израсходовано разные объемы раствора йода.

Расчет результатов экспериментапроизвели по следующей формуле:

$\mathbf{C_{вит.\ C} = C_{J2} * V_{J2} / V_{сок} = 0{,}005 * V_{J2} / V_{сок}}$, где $C_{вит.\ C}$ - концентрация витамина С; V_{J2}–объем раствора йода, который пошел на титрование; CJ2 – концентрация раствора йода; $V_{сок}$– объем пробы сока.

Далее производим расчет витамина С в соке мандаринов (мл/100мг) по формуле:

$\mathbf{m_{вит.\ C} = C_{вит.\ Cср.} * 0.1 * M_{(C_6H_8O_6)} \cdot 1000}$. [3]. Значения показаны в таблице 1.

Таблица 1 Результаты титрования аскорбиновой кислоты в соках мандарина

Мандарины, № пробы	$V_{сок}$, мл	V_{J2}, мл	$C_{вит.\ C}$, моль/л	$C_{вит.\ C\ ср.}$, моль/л	mвит.С, мг/100 мл
Китай					
№1	25	10,3	0,00206	0,00217	38,22
№2	25	11,1	0,00222		
№3	25	11,1	0,00222		
Марокко					
№1	25	37,1	0,00742	0,005	128,,2
№2	25	35,6	0,00712		
№3	25	36,5	0,0073		
Пакистан					
№1	25	14,1	0,00282	0,00218	48,3
№2	25	13,1	0,00262		
№3	25	13,9	0,00278		
Турция					
№1	25	15,4	0,00308	0,00267	51,07
№2	25	14,5	0,0029		
№3	25	13,5	0,0027		

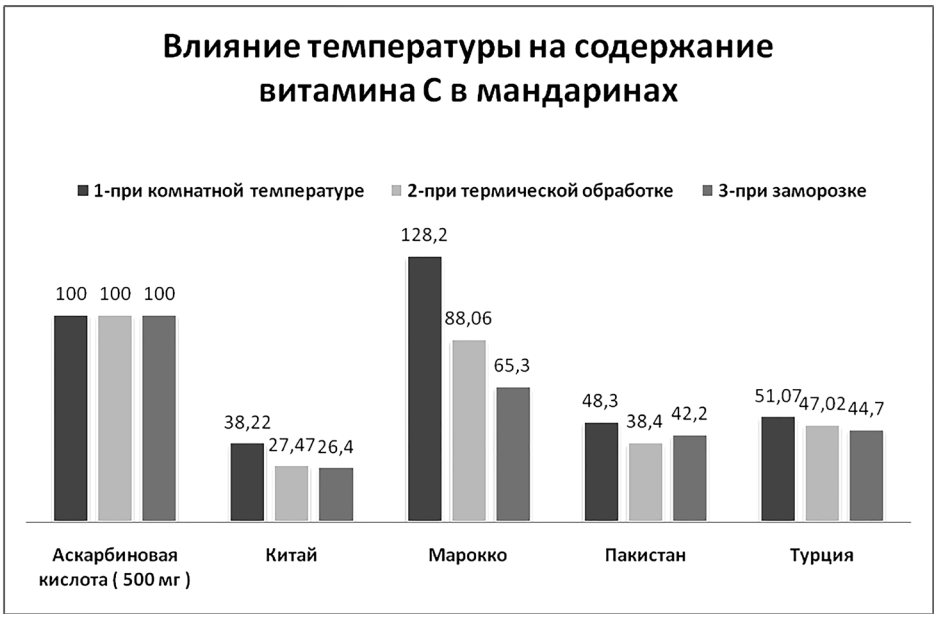


Рис. 2 . Диаграмма изменения количества витамина С при разных температурах

Заключение:

1. В ходе эксперимента было выявлено что содержание витамина С зависит от ареала и место произрастания (разные климатические условия, количество солнечного света, длина светового дня в месте произрастания).В результате иодиметрического титрования количество витамина С в различных сортах мандарина показал следующее: Марокко 128,2мг, Турция 51,07мг, Пакистан 48,3мг, Китай 38,22мг. Из этого следует, что наибольшее количество витамина С содержится в сортах Марокко (128,2) и Турция (51,07).
2. Наши исследования показали, что на содержание витамина С влияет температура. Когда мы подвергли мандарины термической обработке содержание витамина С в них уменьшилось: Марокко 88,6 мг, Турция 47,02 мг, Пакистан 38,4 мг, Китай 27,47мг.

При замораживании содержание витамина С снизилось: Марокко 65,3мг, Турция 44,7 мг, Пакистан 42,2 мг, Китай 26,4мг. Из этого следует, что мандарины нельзя подвергать термической обработке и замораживанию.

Список литературы:

1. *Алдашев А.А. Биохимия человека // Витамины: Витамин С – Бишкек (2013 гг.) – С. 77-78.*
2. *ГФ. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье // Индикаторы. Крахмал растворимый. Раствор индикатора: XI издание. Выпуск 2. Москва «Медицина» (1990 гг.). С. -88-89*
3. *Методическая разработка по аналитической химии для студентов фармацевтического факультета для самостоятельной работы // Титриметрический анализ. – Бишкек (2013гг.) – С. 10*
4. *Харитонов Ю.Я. Аналитическая химия. Количественный анализ. Физико-химические (инструментальные) методы анализа // Окислительно – восстановительное титрование Йодиметрия - Москва «Высшая школа» (2003 гг.) - С. 169*
5. *Д. А. Муравьева, И.А. Самылина, Г.П. Яковлев. Фармакогнозия. Москва «Медицина» 2007.*

УДК 615.451.16:615.322:582.998.2(575.2)

БИР ЖЫЛДЫК ЭРМЕН ЧӨБҮНӨН СУУ ҮЗҮНДҮСҮН ДАЯРДОО ТЕХНОЛОГИЯСЫ

А.Б. Атаканова, Н.К. Дуйшеналиев, Д.Н. Исмаилова, Б.М. Капаров,
илимий жетекчи – фармакогнозия жана дары-дармек каражаттарынын химиясы кафедрасынын жетекчиси, доцент А.Д. Мураталиева
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
Фармакогнозия жана дары-дармек каражаттарынын химиясы кафедрасы
Бишкек ш, Кыргыз Республикасы

Атаканова А.Б. - фарм. факультетинин 4-курсунун студенткасы, Atakanovas1998@gmail.com
Исмаилова Д. Н.- ФГЗ жана ДКХ кафедрасынын ага окутуучусу.
Капаров Б. М.- ФГЗ жана ДКХ кафедрасынын окутуучусу.
Дуйшеналиев Н.К.- ФГЗ жана ДКХ кафедрасынын изденуучусу.

Резюме. Тундурма - бул суюк дары-дармек формасы, дары өсүмдүктүн чийки материалынан даярдалган суу үзүндүсү. Тундурма расмий түрүндө, ошондой эле элдик медицинада кенири колдонулат. өсүмдүктүн чийки материалынан даярдалган суу үзүндүлөрү бүгүнкү күнгө чейин актуалдуу болуп келет. Ошол себептен биз ГФ XII нин жаны талаптарына жооп бергендей кылып жашыл эрмен чөбүнөн суу үзүндүсүн даярдоо технологиясын жасап чыктык.

Негизги сөздөр: тундурма, дары өсүмдүктүн чийки материалы, инфундирлоочу аппарат, сууну синирүү коэффициенти, Мамлекеттик фармакопея

ТЕХНОЛОГИЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ ВОДНОГО ИЗВЛЕЧЕНИЯ ИЗ ТРАВЫ ARTEMICIA ANNUA

А.Б. Атаканова, Н.К. Дуйшеналиев, Д.Н. Исмаилова, Б.М. Капаров,
научный руководитель – заведующая кафедры фармакогнозии и химии лекарственных средств, доцент А.Д. Мураталиева
[1]Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Настои (Infusa) - это жидкая лекарственная форма, представляющая собой водное извлечение из лекарственного растительного сырья. Настои широко используются как в официальной, так и в народной медицине. Водные извлечения из лекарственного растительного сырья остаются актуальными и в настоящее время. Поэтому мы разработали технологию приготовления настоя из травы полыни однолетней с учетом всех новых требований ГФ XII издания.

Ключевые слова: настои, отвары, лекарственное растительное сырье, лекарственное средство, инфундирный аппарат, коэффициент водопоглощения, Государственная фармакопея.

SUMMER-FIR (ARTEMICIA ANNUA) AQUEOUS RECOVERY PREPARATION TECHNIQUE

A.B. Atakanova, N.K. Duishenaliev, D.N. Ismailova, B.M. Kaparov scientific advisor – Associate Professor, C.F.S. head of the department pharmacognosy and chemistry of drugs Muratalieva A.D.
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,
Department of pharmacognosy and chemistry of medicinal means
Bishkek, The Kyrgyz Republic

Resume. Infusions are liquid dosage form that represents aqueous recovery from medical plants. Infusions are used in both official and folk medicine. Aqueous recovery from medical plants remains popular nowadays as well. Therefore we developed summer-fir (Artemisia annua) infusion preparation technique taking into account all the new XII edition requirements of Global Fund.
Key words: infusions, decoctions, medical plants, pharmaceutical agent, water-bath-like equipment that is used to produce infusions, water saturation factor, State Pharmacopoeia.

Актуалдуулук. Тундурма бул суюк дары дармек формасы, дары осумдуктун чийки материалынан даярдалган суу узундусу. Тундурмалар расмий турундо, ошондой эле элдик медицинада кенири колдонулат. Узак убакыт колдонууда женил таасир берууну камсыздоочу экстрактивдуу заттарды курамына камтыйт; копчулук химиялык заттарга тийиштуу болгон кыйыр таасирлерге ээ эмес; даярдоо жолу жонокой. Мындан улам биз РФ МФ XIIнин жаны талаптарына жооп бергендей кылып бир жылдык эрмен чобунон суу узундусун даярдоо технологиясын карап чыктык.
Изилдоонун максаты. РФ МФ XII нин талаптарына жооп бергендей кылып бир жылдык эрмен чобунон суу узундусун даярдоо технологиясын иштеп чыгуу.
Изилдоонун тапшырмалары. Бир жылдык эрмен чобунун суу узундусуно сорбин кычкылдыгын кошуу жолу менен анын туруктуулугун изилдоо.
Материалдар жана изилдоо ыкмалары
Изилдоонун материалы Чуй областынын талаасында осуучу, гулдоо фазасында даярдалган бир жылдык эрмендин чобу. Мамлекеттик фармакопеянын XII басылышынын талаптарына ылайык биз 1:10 катышында бир жылдык эрмен чобунун суу узундусун даярдадык. Суу узундусунун тусун 10 мл айнек идиште аныктап, кундузгу жарыктын астында айнек идишти 10мм диаметрлик айнек идишке алмаштырабыз.
Изилдоонун жыйынтыктары. Суу узундулору жана кайнатмалар Мамлекеттик фармакопеялардын 1866-жылы чыгарылган СССРдик биринчи басылышынан тартып, ар бир басылышына камтылган. Алгачкы чыгарылган жети басылышта «Кайнатмалар» жана « Суу узундулору» деген макалалар озунчо жарыяланган. Суу узундулорун даярдоо эрежелери биринчи басылышта корсотулуп, кийинки басылыштарга эч озгоруусуз откон. Суу узундулору муздак жана кайнак болуп эки турго болунот. Кайнак суу узундулорду даярдоодо дары осумдуктордун чийки заттарын кайнап жаткан дистилляцияланган сууда 5,15 же 30 мунот тундуруп алып, андан сон акырындык менен муздатып, дары осумдуктун чийки затынын калдыктарын озунчо болуп салат. Муздак суу узундулорун дары осумдуктун чийки заттарын болмо температурасындагы суу менен 4 же 12 саатта мацерациялоо аркылуу даярдайт. Ал эми кайнатмаларды даярдоодо чийки заттарды суу буусунда 30 мунот суу менен чогуу тундурат, же болбосо кайноо абалына чейин ысытып, андан сон чыпкаланып алынат.
1946- жылы Фармакопеянын VIII басылышында суу узундулорун даярдоонун бирдиктуу технологиясы баяндалган “Тундурмалар жана кайнатмалар” аттуу макала алгачкы ирет жарык коргон. Аталган макалага таяна турган болсок, кайнатмаларды дагы, тундурмаларды дагы болмо температурасындагы сууга салынган дары осумдуктун чийки заттарын кайнап жаткан суу мончосунда 15 мунот (тундурмаларды) же 30 мунот (кайнатмаларды) тундуруу жолу менен алууга мумкун. Алынган тундурмалар толук муздатуудан кийин болсо, ал эми кайнатмалар- ысык же жылуу абалда чыпкаланат [1,5-8].
РФнын Мамлекеттик фармакопеясынын XII басылышы учун арналган фармакопеялык макалалардын проектинин даярдыктары менен байланыштуу, дары каражаттарынын сапатына болгон ата-мекендик фармакопеянын талаптарын кайрадан карап чыгуу зарылчылыгынан, аларды алдынкы чет олколордогу талаптар менен гармонизациялоо максатында берилген дары формасына колдонуудагы стандарттар-

дын талаптарына ылайык ЖФМнын (жалпы фармакопеялык макала) проекти турундо катталган изилдоолор жургузулгон [2].

Жалпы фармакопеялык макалалардын проектин тузуудо колдонуудагы жалпы фармакопеялык макалалардын талаптары менен СССРдин мамлекеттик фармакопеясынын XI басылышы, жана ошондой эле Беларусь мамлекетинин фармакопеясынын талаптарынын ортосунда макулдашуулар, ондоп-тузоолор жургузулгон. Мамлекеттик фармакопеянын XI басылышында "Кайнатмалар жана тундурмалар" аттуу ЖФМ бар. Чет олконун алдынкы фармакопеяларында(европалык, британдык, америкалык ж.б.) "Кайнатмалар жана тундурмалар" дарылык формасына арналган жалпы макалалар жокко эсе. Улуттук фармакопеялардын катарында болсо,(Венгриянын, Япониянын, Индиянын) суу узундулорун жасоонун баяндамалары кездешет [1,5-8].

"Тундурмалар жана кайнатмалар" дарылык формаларына жургузулгон мааалыматтык-терминологиялык изилдоолор колдонуудагы аталыштарга жана нормативдик-укуктук документтерге озгортуу киргизуу зарылчылыгын аныктап чыккан. Тактап айтканда, «суу узундусу» тушунугу жана аныктамалары озгорууго дуушар болгон. Мамлекеттик фармакопеядан «кайнатма» термини алынып салынып, суу мончосундада суунун жардамы менен тундуруп алынуучу суу узундулорунун баары, тундуруу убактысынан коз каранды тундурма деп аталуусу кабыл алынган.

ЖМФ «Тундурмалар» проектинин негизи болуп МФ XI дин макаласы алынып, мазмунуна бир катар озгортуулор, кошумчалоолор киргизилген. Тундурмаларды жасоо учун колдонулуучу дары каражаттардын чийки заттарын муноздоодо, алардын фармацевтикалык ондуруш аркылуу байламдарга жана фильтр-баштыкчага тангакталып чыгаары айтылган. Суу синируу коэффициентин эсептеп чыгаруу боюнча материалдар фармакопеялык макаланын озунчо проектине камтылган. Мамлекеттик фармакопеянын XII басылышынын талаптарына ылайык, тундурмаларды сактоо мооноту сорбин кычкылдыгын кошкондон кийин 3 кундон 14 кунго узартылган [3,5].

Бир жылдык эрмендин чобун Чуй областынын талаасында 2019-жылдын июнь айынан августка караган убакытта, гулдоо фазасында даярдаганбыз. Бир жылдык эрмендин чобу- бутун же майдаланылган кургатылган сабактардын жалбырак жана гул баштыкчалар менен чогуу аралашмасы.

Бир жылдык эрмендин чобун Мамлекеттик фармакопеянын XII басылышындагы корсотмо боюнча 1:10 катышында жасадык. Тактап айтканда, чийки заттын коломдук 10 болугунон тундурманын коломдук 100 болугун ала алдык.

100 мл тундурманы даярдоо учун керек болгон тазаланган суунун коломун суу синируу коэффициентинин (Ксуу), берилген чийки заттын коломуно кобойтуу аркылуу эссептелинип алынган чийки заттын суюктугунун абсорбциясын компенсациялоо учун керектелген суунун кошумча колому менен узундулордун санына кошуу аркылуу аныктап алдык. Эрмендин суу синируу коэффициенти 2,1 ге барабар.

V(суу) = 100+(10*2,1)=121мл

Бир жылдык эрмендин чобунун эсептелинип алынган болугун 7мм диаметрлик электен ото алчудай кылып майдалап, инфундирлик аппаратка салып, болмо температурасындагы эсептелинген коломдогу тазаланган суу куюп, кайнап жаткан суу мончосунда 15 мунот тундурдук. Андан сон инфундирлоочу стаканды аппараттан алып чыгып, болмо температурасында 45 мунот калтырдык. Алынган узундуну эки кабат марли аркылуу откоруп, бир жылдык эрмендин чобунун калдыктарын болуп алып, тиешелуу коломдогу (100мл) сууну куйдук. Колдонуу жана сактоодогу туруктуулугун жогорулатуу учун алынган узундудо 0,05 сорбин кычкылдыгын эритип, кайрадан кызгылт сары айнекке салып, электен откоруп алдык. Жургузулгон изилдоолордун натыйжасында сорбин кычкылдыгы даярдалган кундон тартып,14 кундун аралыгында чийки заттын сырткы корунушундо, онундо, жытында, даамында эч кандай озгоруулорду чакырбоосу байкалды.

Жыйынтык: Алынган бир жылдык эрмендин чобу жашыл-курон тустогу ачуу даамга ээ болгон, кучтуу ароматтык жыты бар тунук суюктук. Сорбин кычкылдыгын кошуунун натыйжасында бир жылдык эрмендин чобунун сактоо мооноту 3 кундон 14 кунго чейин узарды.

Колдонулган адабияттар

1. *Государственная фармакопея СССР XI издания, вып. 2. Общие методы анализа лекарственного растительного сырья/ МЗ СССР – М.: Медицина. 1990г.-398с.*
2. *Государственная фармакопея РФ XII издания.*
3. *Сорокина А.А., Рудакова И.П., Самылина И.А. Разработка проекта общей фармакопейной статьи «Настои». Научно-практический журнал «Фармация», №4, 2010г. – с.3-6.*

4. *ОСТ 91500.05.001-00. Стандарты качества лекарственных средств. Основные положения.*
5. *Беседина Н.А. Исследования по стандартизации измельченного лекарственного растительного сырья и его водных извлечений: Автореф. дисс. канд. фарм. наук. –М., 2007г.-215с.*
6. *Голубева И.С. Исследования по стандартизации сырья и препаратов алтея. Автореф. дисс. канд. фарм. наук. –М., 2009г.-228с.*
7. *Сорокина А.А. Теоретическое и экспериментальное обоснование стандартизации настоев, отваров и сухих экстрактов из лекарственного растительного сырья. Автореф. дисс. канд. фарм. наук. – М., 2002г.-255с.*
8. *British Pharmacopoeia. 2007г.*
9. *European Pharmacopoeia.5.0.*
10. *The United States Pharmacopoeia (USP 30/NF 25). 2006г.*

УДК 661.187.842(575.2)

ТЕХНОЛОГИЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ НАТУРАЛЬНОГО МЫЛА «ШАКАР» С ДОБАВЛЕНИЕМ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ

Б.Т. Бекенова, А.Д. Мураталиева, научный руководитель – реподаватель кафедры фармакогнозии и химии лекарственных средств А.С. Мукашова.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Бекенова Б.Т. – студент фарм. факультета 2 курс.
Мураталиева А.Д. – доцент, к.ф.н., зав. каф. ФГЗ и ХЛС

Резюме: Мы изучали историю появления, развития мыла, и натурального мыла «Шакар», его состав и полезные свойства. Чтобы повысить его антисептическую, ранозаживляющую, омолаживающую, успокаивающую и местно обезболивающую эффективность и мы усовершенствовали технологию приготовления натурального мыла «Шакар» с добавлением эфирных масел, которые можно применять в косметологии и медицине.
Ключевые слова: мыло, эфирное масло, полынь горький, лебеда, береза, алкалоиды, танины, экзема, кожные заболевания.

ЭФИР МАЙЫН КОШУУ МЕНЕН ТАБИГЫЙ «ШАКАР» САМЫНДЫН ЖАСАЛУУ ТЕХНОЛОГИЯСЫ

Б.Т. Бекенова, А.Д. Мураталиева, илимий жетекчи – фармакогнозия жана дары каражаттарынын химиясынын кафедрасынын окутуучусу А.С. Мукашова.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Бекенова Б.Т. – фарм. факультетинин 2-курстун студенти.
Мураталиева А.Д. – доцент, ф.и.к. ФГЗ жана ДКХ каф. башчысы.

Корутунду: Бул макалада биз самындын тарыхын пайда болуусу, калыптануусу, табигый «Шакар» самындын келип чыгуусу жана пайдалуу касиеттери жөнүндө изилдедик. Анын антисептикалык, жараат айыктыруучу, жашартуучу, тынчтандыруучу, ооруну басуучу таасирин жогорулатуу максатында жана биз эфир майын кошуп, медицинада, косметологияда колдонууга мүмкүн болгон табигый «Шакар» самындын жасалуу технологиясын иштеп чыктык.
Негизги сөздөр: самын, эфир майы, ачуу эрмен, алабата, ак кайың, алкалоиддер, таниндер, экзема, тери оорулары.

THE TECHNOLOGY OF PREPARATION OF NATURAL SOAP "SHAKAR" WITH THE ADDITION OF ESSENTIAL OIL

B.T. Bekenova, A.D. Muratalieva, Scientific director: A.S. Mukashova.
Kyrgyz State Medical n.a I.K. Akhunbaev
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. We studied the history of the appearance and development of Shakar soap and natural soap, its composition and beneficial properties. Increase its antiseptic, healing, anti-aging, soothing and local anesthetic effectiveness. We have developed technologies for the preparation of natural soap "Shakar" with the addition of essential oils that can be taken in medicine and cosmetology.
Key words: soap, essential oil, wormwood, birch, alder, quinoa, alkaloids, tannins, eczema, skin diseases.

Актуальность: История мыловарения знает факты врачевания с помощью мыла. Оно считалось эффективным средством при лечении заболеваний кожи. В трактатах Ибн Сины (11 ст. н.э.) содержатся рекомендации использования мыла при обмывании кожи больных проказой и лечении кожных болезней. Терапевтический эффект мыла современные врачи объясняют его способностью удалять загрязнения, открывать кожные поры и угнетать развитие бактерий. На сегодняшний день использование мыла является необходимым условием для гигиены человека и лекарственным средством для борьбы с кожными заболеваниями. Но в состав современного мыла входят разные парфюмерные композиции, жиры, красители и другие добавки. Например, самый распространенный консервант парабен, который практически можно встретить в любом мыле, может повысить риск развития рака. А также кальцинированная сода, известная в торговле как добавка Е500 , полученное синтетическим путем, может вызвать раздражение кожи, а при длительном воздействии ее - дерматит. Поэтому актуальность нашей работы заключается в том, чтобы продукт был натуральным и эффективным для гигиены и лечения кожных заболеваний.
Цель: Приготовление натурального мыла «Шакар» с добавлением эфирных масел, которое можно использовать в медицине и в косметологии.
Материалы и методы: Логический анализ, социальное исследование, эмпирическое исследование. В качестве основы для приготовления натурального мыла мы использовали: щелочной раствор травяного сбора (полынь горькая, лебеда, береза), дистиллированную воду, козий жир. Для улучшения состава мыла мы добавили эфирные масла розы и мяты.
Результаты исследования: Древнее мыловарение известно еще в Вавилоне. Ученым удалось обнаружить первый рецепт приготовления мыла, оставленный древними шумерами клинописными символами на глиняных табличках. Их возраст составляет 2800 лет. Основными ингредиентами были жиры и, получаемая из сожженной древесины, зола. Для приготовления мыла, жиры варили вместе с золой на огне. Прошедшие тысячелетия развития технологий практически ничего не изменили в мыловарении. Еще одним письменным свидетельством приготовления и использования мыла в древности является папирус Эберса. Его возраст превышает 3.5 тысячи лет. В нем содержится информация о том, что древние египтяне регулярно мылись с помощью мыла. Широко применялись подобные моющие средства и в Древнем Риме. Известно, что скифские женщины делали моющие порошки из древесины кипариса и кедра, затем смешивали их с водой и ладаном. Полученной нежной мазью с тонким ароматом они натирали все тело. После этой процедуры кожа становилась чистой, гладкой и благоухающей. (11)
Еще одна неподтвержденная легенда древнего мыловарения – это история о горе Сапо. Согласно ей название мыло получило от горы Сапо, располагавшейся на территории Рима и служившей местом жертвоприношений. Сало животных, зола и дождевая вода смешиваясь, стекали вниз к Тибру на берегу, которого стирали белье женщины. Именно они обратили внимание на то, что образовавшееся мазеобразное вещество хорошо отстирывает загрязненное белье. До сих пор остается загадкой, где же располагалась гора Сапо, так как в легендах не описано ее местоположение. Слово «sapo» пришло из кельтского и германского языков и в переводе на латинский означает «жир».
На смену технологии древнего мыловарения приходят средневековые, позволяющие получать мыло более высокого качества. Широкому распространению мыла среди европейского населения способствовало уменьшение его цены благодаря использованию кальцинированной соды вместо золы. Теперь им могут пользоваться самые бедные слои населения. Активно создаются общественные бани и помы-

вочные. Бурный рост развития мыловарения был приостановлен эпидемией бубонной чумы (1347–1351 гг.), охватившей большую территорию Европы и унесшей жизни около 1/3 ее населения. (12)

На американском континенте мыловаренная мануфактура была впервые создана в Чикаго в 1888 г. Для производства мыла на ней использовали жир, получаемый в результате переработки животных. Впоследствии она првратилась во всемирно известную корпорацию Диал. Именно здесь впервые были выпущены дезодорант и бактерицидное мыло.

Значительный вклад в историю мыловарения внесли мусульманские страны. Для его приготовления использовались растительные масла, преимущественно оливковое, эфирные масла, смешанные со щелочами. До сегодня формула приготовления мыла изменилась незначительно. Мыловаренными центрами мусульманских стран в начале 7 столетия стали Басра и Куфа. Наше современное мыло прямой потомок арабского древнего мыла. Мусульманские мастера существенно превзошли в мыловарении своих европейских коллег. Они готовили не только твердое разноцветное и ароматизированное мыло, но и жидкое. По специальным рецептам варилось мыло для бритья. Согласно историческим сведениям такое мыло продавалось в 981 г.н.э. за 0,3 динара. Благодаря трудам персидского химика Аль Рази до нас дошли рецепты древнего мыловарения. Например, масло кунжута смешивают со щелочью, добавляют воду и сок лайма, образовавшуюся смесь упаривают на огне (13).

Наши предки изготавливали мыло «Шакар» с использованием лекарственных трав. А называется мыло «Шакаром» (бурление) из-за того, что очень долго кипит, так как основой его служит порошок, добываемый из золы лечебных трав (полынь горькая, лебеда, береза, ольха, облепиха и многие другие эфирномасличные лекарственные травы). За основу мы взяли натуральное мыло «Шакар» и с добавлением эфирных масел.

Для приготовления натурального мыла мы использовали следующие компоненты: трава полыни горькой, трава лебеды, листья березы, козий жир, эфирное масло розы или мяты, дистиллированная вода.

Полынь горькая используется как лечебное средство с древности. Трава популярна также в современной народной медицине, а также в косметологии. В отваре травы купают детей при чесотке, лишае, витилиго.

Химический состав растения: Трава содержит эфирное масло, в состав которого входят цинеол, туйон, борнеол, сексвитерпены: витамин С, до 11% каротинов, дубильные вещества, алкалоиды, холин, инулин, витамин Bi, соли кальция и фосфора (1, с.183;2, с.463). В корнях до 0,1% эфирного масла, алколоиды, дубильные вещества, смолы, сексвитерпеновый лактон-вульгарин-(3,с.33).

В траве чернобыльника был открыт артемизин, вещество с антиоксидантными свойствами. Также определены антиоксидантные свойства полыни чернобыльника-(4, с.326). Содержащиеся в растении терпеноидные соединения оказывают выраженный противовосполительный эффект, стимулируют функцию ретикулозндотелиальный системы и фагоцитарную активность.

Лебеда обычное растение. В лечебных целях растение применялось с древности. Растение совсем нетоксичное.

Химический состав: В траве центральноазиатской лебеды определены-изорамнетин, трицин, кверцетин, изо-ориентин, β-ситостерол, β-даукостерол (5, с.681). В траве определены флавоноловые гликозиды – сирингин 3-O- β-D-рутинозид, сирингин 3-O- β-D-глюкопиранозид, изорамнетин 3-O-β-D-рутинозид (нарциссин), артиплексозид – (6,с.1468)

Растение обладает выраженными антиоксидантными свойствами (6, р. 1468;8,с. 104.), а эфирное масло лебеды губительно действует на Fasciola hepatica (7,с. 479). Благодаря наличию тритерпеноидов лебеда обладает антибактериальными, антиоксидантными и антиуреазными свойствами - (8,с.850.).

Береза — излюбленное народное средство от многих болезней, смазывают пораженные места при кожном раке, молодыми свежими листьями обкладывают спину при радикулите (10, с.76, 95, 102, 108), обкладывают распухшие колени (10, с.14, 41) верхнюю пленку бересты прикладывают на чирьи, она хорошо вытягивает гной (10, с.25, 61). Березовый деготь вследствие содержания фенолов применяется в составе мазей и паст как ранозаживляющее средство и для лечения кожных заболеваний.

Химический состав: Биологически активными соединениями в березовых почках является эфирное масло (0,2-6,25%), включающее в себя сексвитерпеновый спирт бетулол (41-47%), сложный эфир бетулола с уксусной кислотой (30-45%), пальмитиновая кислота, алкалоиды (0,1%), флавоноиды (апигенин, изорамнетин), дубильные вещества, смолы (0,3%). В листьях обнаружены эфирное масло (0,04-0,81%); тритерпеноиды (бетулафолиентриол – 0,8%, бетулиновая кислота); дубильные вещества (до 9%); ку-

марины (0,09%); флавоноиды (до 5,56%) гиперин, рутин, авикулярин, витамины: Е, РР, аскорбиновая кислота, каротин.

Листья березы обладают антисептическими и противогрибковыми свойствами, действуют на гельминты, трихоманады и лямблии. А также применяется как ранозаживляющее и дезинфицирующее средство, при абцессах, фурункулах, чесотке, грибковых заболеваниях кожи, гипергидрозе и при экземах. (10, с.79)

Козий жир содержит полиненасыщенные жиры, небольшое количество насыщенных жиров и белков. Именно благодаря им применение козьего жира в качестве мазей дает противовоспалительный и противоревматический эффекты. Из витаминов присутствуют А, С, Д, Е и все представители группы В. В нем даже содержится редкий витамин B_{13}, который принимает участие в синтезе нуклеиновых кислот и белков, оказывая омолаживающее воздействие на кожу. Из минералы кальций, магний, фосфор, медь и марганец и антиоксиданты и коэнзимы, гипоаллергенный казеин.

Эфирное масло розы омолаживает кожу, насыщает ее влагой, тонизирует и смягчает. Оно возвращает кожным покровам упругость и эластичность. Результат регулярного применения — свежий здоровый вид. Оно является одним из лучших средств при воспалении и раздражении кожи, обладает мощными антисептическими свойствами.

Главные компоненты: гераниол, розеол, фарнезол, цитронеллол, фенилэтинол, нерол, эвгенол, кислоты (лауриновая, пальмитиновая и арахиновая).

Эфирное масло мяты получают из душистого травянистого растения – перечной мяты – методом паровой дистилляции. Основным компонентом масла является ментол, содержание которого не должно быть ниже 50%., именно он и наделяет эфирное масло мяты огромным количеством полезных свойств: антисептическим, отхаркивающим, противовоспалительным и замедляет рост бактерий.

Главные компоненты: ментол (29-48%), ментон (20-31%), метилацетат, ментофуран, лимонен, цинеол.

Технология приготовления натурального мыло «Шакар» состоит из следующих этапов:

Первый этап: Получение золы. Сжигаем заранее собранную и высушенную зелень из листьев березы и лебеды, травы полыни горькой, чтобы получить золу.

Второй этап: Получение щелочи. Полученную золу заливаем дистиллированной водой и варим, пока не появится осадок – щелочь, нейтрализующая жирность.

Третий этап: Получение основы. После того как появится осадок мы фильтруем воду через сито.

Четвертый этап: Получение жидкого мыла. Тем временем, варим козий жир, в который добавляется процеженная от золы вода и дальше варим в течение пяти часов до загустения.

Пятый этап: Ароматизация. В составе лекарственных растений (береза, полынь горькая и лебеда) есть эфирные масла. Но для увеличения свойств эфирных масел мы в готовую смесь мы добавляем эфирное масло розы или мяты.

Шестой этап: Получение твердого мыла. После этого мыло разливаем по формочкам и ждем, пока она не застынет. Процесс застывания занимает не менее суток.

Седьмой этап: Упаковка и маркировка. Упаковываем полученное натуральное мыло в бумажную упаковку и маркируем.

Заключение: Как знаем, любое мыло является антисептиком и издавна используется человечеством. Поэтому мы улучшили полезные свойства мыла за счет эфирных масел. Так как эфирные масла обладают антисептическим, противовоспалительным и тонизирующим эффектом, то полученное мыло можно использовать в медицине и косметологии для лечения кожных заболеваний. Помимо этого при добавлении эфирных масел срок хранения готовой продукции увеличивается, не нанося ущерба его свойствам.

Литература:

1. *Govindaraj S., Kumari B.D., Cioni P.L., Flamini G. Mass propagation and essential oil analysis of Artemisia vulgaris - J. Biosci. Bioeng. 2008, Mar., 105(3), 176-183.*
2. *Ragasa C.Y., de Jesus J.P., Apuada M.J., Rideout J.A. A new sesquiterpene from Artemisia vulgaris - J. Nat. Med. 2008, Oct., 62(4), 461463.*
3. *Яницкая А.В., Брель А.К., Землянская И.В. Исследование химического состава корня чернобыльника (Artemisia Vulgaris L.) -Вестник Волгоградского гос. Мед. Университета 2004, 10, 31-33.*
4. *Temraz A., El-Tantawy W.H. Characterization of antioxidant activity of extract from Artemisia vulgaris - Pak. J. Pharm. Sci. 2008, Oct., 21(4), 321-326.*

5. *Zhang Y., Zhao Y.M. [Studies on the chemical constituents in seeds of Atriplex centralasiatica] - Zhongguo Zhong Yao Za Zhi. 2005, May, 30(9), 679-681.*
6. *Kabbash A., Shoeib N. Chemical and biological investigation of some secondary metabolites in Atriplex halimus growing in Egypt - Nat. Prod. Commun. 2012, Nov., 7(11), 1465-1468.*
7. *Hamed N., Njeh F., Damak M., Ayadi A., Mezghani-Jarraya R., Hammami H. Molluscicidal and larvicidal activities of atriplex inflata aerial parts against the mollusk galba truncatula, intermediate host of fasciola hepatica - Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo. 2015, Dec., 57(6), 473-479*
8. *Kamala Z., Ullah F., Ayaz M., Sadiq A., Ahmad S., Zeb A., Hussain A., Imran M. Anticholinesterase and antioxidant investigations of crude extracts, subsequent fractions, saponins and flavonoids of Atriplex Laciniata L.: potential effectiveness in Alzheimer's and other neurological disorders - Biol. Res. 2015, Apr 1, 48, 21.*
9. *А. Ф. Гаммерман, И. Д. Юркевич Лекарственные растения дикорастущие Минск 1965*
10. *В. М. Виноградов,В. К. Мартынов, Полная энциклопедия практическая фитотерапия Москва .«ОЛМА-ПРЕС-С»Санкт-Петербург, Издательский дом «Нева»«Валери СПД»1998*
11. *https://www.livemaster.ru/topic/2024493-istoriya-mylovareniya-ili-kak-u-nas-poyavilos-mylo*
12. *Мыло // Товарный словарь / И. А. Пугачёв (главный редактор). — М.: Государственное издательство торговой литературы, 1958. — Т. V. — Стб. 989—1000 — 588 с.*
13. *Молодчиков С. И., Малина Е. В. Мыла // Химическая энциклопедия: в 5 т. / И. Л. Кнунянц (гл. ред.). — М.: Большая Российская энциклопедия, 1992. — Т. 3: Меди—Полимерные. — С.155—156.— 639 с. — 48 000 экз. — ISBN 5-85270-039-8.*

УДК 615.32(575.2)

ЫССЫК-КӨЛ ЖЕРГЕСИНДЕ ӨСКӨН ЧЫЧЫРКАНАКТАН ДАЯРДАЛГАН НАБАТ (ПАСТИЛКА)

Д.К. Жакыпова, В.В. Цимбалист, А.Д. Мураталиева, илимий жетекчи фармакогнозия жана даары каражаттарынын химиясынын кафедрасынын мугалими Ташиева Н.А.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы.
Фармацевтикалык факультет, Бишкек ш., Кырыз Республикасы
Д.К. Жакыпова – фарм.факультетинин 4 курсунун студенти, dianajakypova2410@gmail.com
А.Д. Мураталиева – доцент, к.ф.н. фармакогнозия жана даары каражаттарынын химиясынын кафедрасынын башчысы
В.В. Цимбалист – фармакогнозия жана даары каражаттарынын химиясынын кафедрасынын мугалими

Корутунду. Азыркы мезгилде гиповитаминоз жана авитаминоз менен жабыр тарткандар кеңири тараган. Витаминдердин жетишсиздиги жаш өспүрүм балдарда да байкалууда. Абанын таза эместиги, азык-түлүктөрдүн сапаттуулугунун төмөндөшү ж.б факторлор гиповитаминоздун өнүгүшүнө алып келүүдө. Бул убакытта жергиликтуу өсүмдүк сырьесунан жасалган фитопрепараттар актуалдуу болуп эсептелет. Биздин изилдөөдө гиповитаминозго каршы чычырканактан даярдалган пастилка (набат) сунушталат.
Негизги сөздөр: чычырканак, витамин, гиповитаминоз, набат.

ПАСТИЛКИ ПРИГОТОВЛЕННЫЕ ИЗ ОБЛЕПИХИ ОБЫКНОВЕННОЙ, РАСТУЩЕЙ В ЫССЫК-КУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.

Д.К. Жакыпова, В.В. Цимбалист, А.Д. Мураталиева, научный руководитель – преподаватель кафедры фармакогнозии и химии лекарственных средст Н.А. Ташиева
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В настоящее время широко распространены случаи людей страдающих от авитаминозов и гиповитаминозов. Недостаток витаминов наблюдается и у подростков. Загрязнение воздуха, снижение качества потребляемых продуктов и другие факторы способствуют развитию гиповитаминозов. На

данный момент очень актуальны фитопрепараты из местного лекарственного растительного сырья. В нашем исследовании предлагаются пастилки, изготовленные из облепихи крушиновидной от гиповитаминозов.
Ключевые слова: облепиха, витамин, гиповитаминоз, пастилка.

A LOZENGE MADE OF SEA BUCKTHORN GROWING IN THE ISSYK-KUL REGION

D.K. Jakypova, V.V. Cimbalist, A.D. Muratalieva, scientific advisor teacher of department pharmacognosy and chemistry of drugs Tashieva N.A.
Kyrgyz State Medical Academy n.a I.K. Aknunbaev,
Pharmacognozy and Chemistry of Drugs, Bishkek, the Kyrgyz Republic.

Summary: Currently, cases of people suffering from avitaminosis and hypovitaminosis are widespread. Vitamin deficiency is also observed in adolescents. Air pollution, reduced quality of consumed products and other factors contribute to the development of hypovitaminosis. At the moment, herbal preparations from plant materials are very relevant. In our study, a lozenge made from sea buckthorn against hypovitamins is proposed.
Key words: buckthorn, vitamin, hypovitaminosis, lozenge.

Актуалдуулугу: Азыркы күндө синтезделген эмес өсүмдүк сырьесунан жасалган фитопрепараттар актуалдуу болуп эсептелет.
Азыркы учурда медицина тармагында фитопрепараттарды колдоонуу кескин өсүүдө. Дары каражаттарынын катарында өсүмдүк сырьесунан даярдалган фитопрепараттардын саны 30 % түзөт, жана келечекте мындан да жогорулайт. Коп деген жылдар бою медицина жана элдик даарылоо тармактарында жүргүзүлүп келген тажрыйбалардын негизинде фитопрепараттар дары дармектердин катарында белгилуу бир орунду ээлеп келет.
Витамин жетишсиздиги — организмдин тамак-ашта витамин жетишпегендиктен, аларды начар сиңирүүдөн же ичеги микроорганизмдеринин аз синтезделишинен болуучу оорулуу абалы. Буга витамини аз, бир түрдүү тамактануу (айрыкча тазартылган, кургатылган жана консерваланган продуктулар менен), натыйжада организмге углеводдун көп, жаныбар белогунун жана майдын аз келиши, жашылча менен жемиштин жок болушу же аларды туура эмес сактоодон витаминдеринин бузулушу себеп болот. Ошондой эле витамин жетишсиздиги организмдин функциясынын бузулушунан ичеги-карын жолунда витаминдердин өзгөрүшү жана жакшы сиңбей калышына түрткү болот. Организм витаминди өтө көп талап кылган учурда да витамин жок болушу мүмкүн, мисалы, күч жана акыл эмгеги менен көп иштөө, нерв-эмоциялык чарчоо, муздак жана ысык абанын таасири, кычкылтек жетишсиздиги (гипоксия), кош бойлуу жана бала эмизген учур жана башка. Витаминдердин бир аз жетишсиздиги *гиповитаминоз* деп аталып, мында көбүнчө оорулуунун жалпы абалы начарлайт, алы кетет, бат чарчайт, урушчаак болуп, уйкусу качат, ишке жөндөмдүүлүгү, тамакка табити начарлайт. Эгерде муну өз убагында дарылоо чаралары көрүлбөсө витаминдин толук жетишсиздиги — *авитаминоз* өөрчүйт.
Изилдөөнүн максаты: Ыссык-Кол жергесинде өскөн кадимки чычырканактан алынган гиповитаминозго каршы поливитаминдик каражат катары сунушталган пастилканы (набат) жөнөкөй ыкма менен даярдоо.
Колдонулуучу материалдар жана изилдөө ыкмалары: 2019 жылдын ноябрь айында Ыссык-Кол жергесинде чогултулган чычырканактын мөмөсү ширеси жана набатка (пастилка) керектелүүчү кошумча компоненттер: фруктоза, медициналык желатин. Пресстөө жана куюуу ыкмасы колдонулду.
Изилдөөнүн жыйынтыктары: Витамин жетишсиздигин алдын алуу биздин өлкөдө жалпы мамлекеттик маселе катары каралат. Тамак өнөр жайынын ишканалары массалык керектелүүчү кээ бир тамак азыктарын витаминдейт: унга — тиамин, риофлобин, никотин кислотасы; сүт жана кантка — аскорбин кычкылы; маргаринге ретинол кошулат. Балдар коллективинде 3 жашка чейинки балдарга берилүүчү сүткө ретинол, аскорбин кислотасы, холекальциферол кошулат. Организмге зыяндуу ишканаларда иштегендердин тамагын витаминдөөнүн мааниси чоң. Витамин жетишсиздигинин алдын алууда негизинен тамак-аштын составында витаминдер жетиштүү болушуна маани берүү зарыл. Андыктан тамак-

тын ар кандай түрүн, жер-жемиш, жашылчаларды, кошумча витамин карашаттарын дайыма пайдалануу керек.
Айрыкча жаз мезгилинде витаминдерге бай жер-жемиштердин аздыгы гиповитаминозго алып келет. Гиповитаминоз менен күрөшүүдө эң бир пайдалуу карашаттардын бири болуп витаминге бай чычырканак саналат. Бул өсүмдүктүн витаминге бай экенин көп адамдар белгилүү эмес. Биз сиздердин назарыныздарга Кыргыз Республикасынын Ыссык-Көл аймагындагы Тоң районуна караштуу Өттук айыл жергесинде өскөн чычырканактан даярдалган пастилка-фитопрепаратын сунуштайбыз. [2][3]

Кадимки чычырканактын мөмөлөрү-Fructus Hippophaes recens
Кадимки чычырканак-Hippophae rhamnoides
L. Жийдегүлдүүлөр-L.Elaeagnaceae
Ботаникалык мүнөздөмөсү: Бийиктиги 1,5-6 (10) м болгон тикенектүү, экиүйлүү, бадал же анчалык чон эмес дарак. Жалбырактары кезектешкен, жөнөкөй, сызыктуу-ланцеттей, бүтүнчет-жакалуу, жогору жагы бозгуч-кочкул-жашыл, төмөнкү бети күмүштөй-ак, 8смге чейин узундукта.

Сүрөт 1. Кадимки чычырканактын ботаникалык сүрөтү.

Гүлдөрү сайда, айрым, айрым жыныстуу, туура, жөнөкөй гүлкоргондуу. Мөмөсү-чыктуу, жылмакай, жылтырак бирсөөкчө, шыр сыяктуу же сүйрү формада, 1смге чейин диаметрде, сары же кызгымтыл-малакызыл түстү. Апрель-майда гүлдөйт, мөмөлөрү август-октябрда бышат. [5]
Башкача аталыштары: восковуха, джида.
Таралышы: Памирде, Тянь-Шандын, Кавказдын, Алтайдын, Саяндын, Байкалартынын тоо этектеринде жана тоолүү райондордо кездешет. Кыргызстандын, Орто Азиянын жана Сибирдин кээбир райондорунда кең аймактарды ээлеген чычырканак токойлорун пайда кылат. Маданий түрдү кеңири өстүрүлөт.
Өскөн жери. Суулардын, дарыялардын өрөөндөрү, жайылмалары боюнча, тоолордо өсөт. Көпчүлүк учурда токойлорду жана топторду пайда кылат. Жеңил кумдуу топурактарда күндүн нуру тик тийип турган шарттарда өстүрүлөт.
Стандартташтыруу.ВФС 42-1741-87 жана ТУ 64-4-87-89
Химиялык курамы. Сортуна, өскөн жерине, жыйналган убагына ж.б факторлорго байланыштуу болот. Мөмөнүн этинде 8% чейин, сөөкчө-урукта-12 %га чейин май кармалат. Мөмөлөрдүн майы интенсивдүү малакызыл түстө, каротиноиддердин (300мг %га чейин), Е витаминин (100-160 мг%) суммасын кармашат. Уруктан алынган май начар-сары түстө, Е витаминди (105-120мг %) жана анчалык көп эмес санда каротиноиддерди кармашат. Мөмөмөлөрдүн эти В,С,Е, Р витаминдеринин тобун, каротиноиддерди, фолия кислотасын, фосфолипиддерди (1%га чейин), тритерпендик, пектиндик заттар, органикалык кислоталарды (алма, лимон, виннокамендик) (3%га чейин), ийлегич заттарды, макро- жана микроэлементерди (магний, кремний, темир, кальций, никель, молибден, марганец, стронций ж.б) кармайт. Мөмөлөрдө аскорбиноза жок, ошондуктан аскорбин кислотасынын жакшы сакталышын камсыз кылат.

Сактоо. Жаңы мөмөлөрү жыгач бочкаларда салкын жерде 3 күндөн көп эмес, тоңдурулган мөолөрү-кездемеден жасалган каптарда жылытылбаган жайларда же муздаткычта 6 айдан көп эмес мөөнөттө сакташат. [1]

Колдонуу. Чычырканактын ширеси мөмөлөрүнүн эти менен биргеликте поливитаминдик каражат катары сунуш кылынат. Андан тышкары төмөнкү ооруларда колонуулушу көп кездешет.

- Жүрөк кан-тамыр ооруларына таасир этет. Анткени, чычырканак С витамини жүрөк булчуңдарын бекемдөөдө кызмат кылат;
- Иммундук системаны бекемдөөдө таасирдүү каражат;
- Аялдардын жана эркектердин тукумсуздугун дарылоодо да бул жемиш оң натыйжасын берет;
- Курамында темир көп болгондуктан, аз кандуулукта алсыроодо жардамга берет;
- Стоматит;
- Ашказан оорууларына (язва, гастрит);
- Теринин сырткы жарасы же күйүктүү айыктууру;
- Косметология (кургак териге, тырмакты катырууга,чачты бекемдөө)[2].

Биздин илимий ишибизге жана изилдөөбүзгө керектүү чычырканак 2019 жылдык ноябрь айында Ысык-Көл обласына караштуу Тоң районунун Өттүк айыл аймагында кагуу методу менен чогултулду. Биз бул өсүмдүк сырьесунан пастилка (набат) алганыбыздын себеби,экологиялык таза жолдор менен гана алынат, колдонуу ыкмаасы өңөй жана жаш катерогиясына карабастан колдонууга болот.

Пастилка (набат)- каттуу дозаланган даары формасы, ийилчек түзүүчү затка тегиз таратылган активдүү зат, соруу үчүн керектелген. XVI ГФ РФ талаптарына ылайык , набат тегиз, бир өңчөй ырааттуулукта аралашкан, белгилүү формада жана түстө болуусу керек. [4]

Набатты даярдоо үчүн төмөнкү ингредиенттерди колдондук:

-чычырканактан алынган шире;

-медициналык желатин;

-фруктоза:

Набаттын курамы

Таблица №1

Компоненттер	Саны		
	Пропись №1	Пропись №2	Пропись №3
Фруктоза	30,0	38,88	45,45
Медициналык желатин	10,0	5,5	9,09
Чычырканактан алынган шире	60мл	55,55 мл	45,45 мл

Алынган набатты даярдоого чейин бир нече тажрыйбалар жүргүзүлдү. Биринчи жүргүзүлгөн тажрыйбанын негизинде, пайда болгон набат кычкыл жана желатиндин катуусу кеч байкалды. Ал эми, экинчи тажрыйбада набат керектелүүчү форманы пайда кылбай, чоюлчак массаны берди. Алынган жыйынтыктар боюнча, биз набаттын курамындагы фруктозанын санын көбөйтүп алууну чечтик. Учунчу тажрыйбанын негизинде пайда болгон набат керектелүүчү форманы кабыл алып, жагымдуу кычкыл-таттуу даам берди. Жургүзүлгөн тажрыйбалардын натыжасында 45,45 фруктоза, 9,09 медициналык желатин, 45,45 чычырканактан алынган ширесинен турган набат талапка жооп берген №3 пропись болуп табылды.

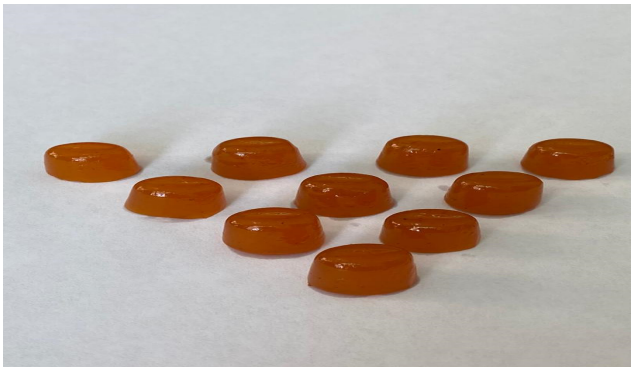
Набатты даярдоо процесси:

ВР-1. Набатка форма берүүчү идишти даярдоо. Форма берүүчү идиш силикон материалынан жасалган. Бул форма спирт-эфир аралашмасы менен тазаланып набат идишке жабышбашы үчүн өсүмдүк майы менен сүртүлдү.

ТП-1. Массаны даярдоо.

ТП-1.1. Мөмөнү тазалагандан соң мөмөнүн ширесин алуу. Ширесин аллюминий идишине куйуп, ага желатинди кошуп 45 мин калтырабыз. Пайда болгон массаны жылыткычка (500Вт) коюп андан соң бөлүк-бөлүк менен фруктозаны кошобуз. Бир тегиз масса болгууча жылыткычта кармап турабыз. (10-15 мин)

ТП-2. Пайда болгон массаны силикон формаларына кую.
ТП-3. Набатты катыруу. Набатты бөлмө температурасында муздатылып, муздаткычка катыруу үчүн салынды.
ТП-4. Катыган набатты силикон формаларынан чыгарып алуу.
ТП-5. Баяндоо. Набаттын өңү саргымтыл-малакызыл. Жыты өзүнө мүнөздүү, даамы кычкымтыл-таттуу. Тегиз, жылтырак, бир өңчөй набат. Набаттын өлчөмү 1,0х1,5см, ал эми массасы 2г түзөт.
УМО-6 Набатты упаковкалоо. Набат нымды тартып алуу мүмкүнчүлүгү бар болуп эсептелинет, ошондуктан ар бир набат поливинилхлоридтен жана башка полимер же аллюминий фольгасына оролот.
Сактоо шарты: кургак күндөн алыс температурасы 25◦С жогору эмес кургак жайда.



Сүрөт 2. Даяр болгон набат.

Жыйынтык. Биздин изилдөөнүн натыйжасында Ыссык-Көл жергесинде өскөн кадимки чычырканактан алынган гиповитаминозго каршы поливитаминдик каражат катары сунушталган пастилканы (набат) жөнөкөй ыкма менен даярдап алдык. Жургүзүлгөн тажрыйбалардын натыжасында 45,45 фруктоза, 9,09 медициналык желатин, 45,45 чычырканактан алынган ширесинен турган набат талапка жооп берген №3 пропись болуп табылды.
Даярдалган набаттар баардык талаптарга жооп берет жана бир канча артыкчылыктарын баса белгилей кетсек болот. Набаттын колдонуу жолдору абдан жөнөкөй, жутуу үчүн кошумча суусундук талап кылбайт. Мындай дары формасын педиатрияда жана гериатрияда колдонууга ыңгайлуу.
Мындан ары бул даары формасын терең изилдеп, кошумча иштерди жүргүзүп, медицина тармагында кеңири колдонууга сунуш киргизүү максаты менен иш жүргүзүп жатабыз.

Колдонулган адабияттар.

1. *Коланов О., Аттокуров К.Ш., Раззаков А.К. К 60 Фармакогнозия: Окуу китеби, сүрөтү менен-(Медициналык окуу жайлардын студенттери үчүн окуу китеби)-Ош, Кагаз ресурстары, 2018-588 бет.: Кыргыз*
2. *Совет2. Энциклопедиясынын Башкы редакциясы. “Ден соолук” Медициналык энциклопедия.-Ф.: 1991, ISBN 5-89750-008-8*
3. *Сайт: zaman.kg/densooluk*
4. *Пастилки (ОФС.1.4.1.0032.18)// XIV ГФ РФ. Том II.-Москва, 2018.-С.2031-2-033.*
5. *Д.А.Муравьева. ФАРМАКОГНОЗИЯ. М.,”Медицина”, 1981, 157-161с.*

УДК 637.146 (575.2)

СҮТ АЗЫКТАРЫНА КИРГЕН, УЛУТТУК КЫРГЫЗ КУРУТТУН ЙОДДО ТЕХНОЛОГИЯСЫН ИШТЕП ЧЫГАРУУ

М.Б. Турдакунов, А.Д. Мураталиева, илимий жетекчи – фармакогнозия жана дары каражаттарынын химиясынын кафедрасынын окутуучусу А.С. Мукашова.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

М.Б. Турдакунов[1] –фарм.факультетинин 2-курстун студенти.
А.Д. Мураталиева [1]- доцент,ф.и.к. ФГЗ жана ДКХ каф.башчысы.

Корутунду. Тамак-аштарда, йод жетишсиздиги дүйнөлүк актуалдуу маселе боюнча калууда. Берилген маалыматтарда сүт азыктарына калий йодат, йодит кошуу менен йод жетишсиздигин алдын алууга болоору көрсөтүлгөн. Ошондуктан биздин изилдөөдө, кыргыз улуттук курутту, натуралдуу биологиялык активдүү кошулма катары колдонууга, болоору жөнүндө айтылат.
Негизги сөздөр: Сүт, курут , йод, богок оорусу, калий йодид, оору, кыргыз, заттар.

РАЗРАБОТКА ТЕХНОЛОГИИ ЙОДИРОВАНИЯ МОЛОЧНОГО ПРОДУКТА – НАЦИОНАЛЬНОГО КЫРГЫЗСКОГО КУРУТА

М.Б. Турдакунов, А.Д. Мураталиева, научный руководитель – преподаватель кафедры фармакогнозии и химии лекарственных средств А.С. Мукашова.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

М.Б. Турдакунов – студент фарм. факультета 2 курс.
А.Д. Мураталиева – доцент,к.ф.н.зав. каф.ФГЗи ХЛС

Резюме. Дефицит йода в питании остается актуальной проблемой во всем мире. Литературные данные показатели, что добавление в молочные продукте йодата и калия йодита предотвращают недостаток дефицита йода. Поэтому нашими исследованиями является национальный кыргызский курут, который можно использовать как натуральный продукт в качестве БАД.
Ключевые слова: Молоко, курут, йод, зоб, иодат калия, болезнь, кыргыз, вещества.

DEVEIOPMENT OF THE IODATION TECHNOLOGY FOR THE MILK PRODUCT – NATIONAL KYRGYZ KURUT

M.B. Turdakunov, A.S. Mukashova, A.D. Muratalieva
Scientific director: Mukashova A.S.
Kyrgyz State Medical n.a. I.K. Akhunbaev
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. Iodine deficiency in nutrition remains an urgent problem throughout the world. Literature data show that the addition of iodate and potassium iodide to a dairy product prevents a lack of iodine deficiency. Therefore, our research is the national Kyrgyz kurut, which can be used as a natural product as a dietary supplement
Key words: Milk, kurut, iodine, Derbyshire neck, potassium iodate, illness, kyrgyz, substance.

Актуалдуулугу: Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун билдирүүсү боюнча, жер планетасынын жашоочуларынын 1,5 млрдтын 30% йоддун жетишсиздигинен келип чыккан оорулар менен жашап келишет. Дүйнө калкынын 10-15% йод жетишсиздигинин кесепетинен акыл-дарамети төмөндөгөнү да маалым. Йоддун жетишсиздиги калкан сымал бездин туубаса оорусуна, жаны төрөлгөн ымыркайдын акыл-дараметинин кем төрөлүшүнө, кулагынын начар угушуна, эстутумунун начарланышына алып келет.
Изилдөөнүн максаты: Кыргыз улуттук курутту йоддоо менен йод жетишсиздигин алдын алуу.
Изилдөө методу: Логикалык изилдөө, социалдык изилдөө, лабораториялык изилдөө, эмпирикалык метод.
Колдонулуучу материалдар жана изилдөө ыкмалары: Биз кыргыз курутту жасоодо уй сүтүнөн алынган сүзмө, дистирленген суу, туз, курамын байытуу үчүн калий йодит жана калий йодат колдонулду.
Изилдөөнүн жыйынтыктары: Сүт табиятта жан-жаныбарлардын, адам баласынын эң биринчи азыгы. Куранда айтылган эң жакшы суусундук бул «Сүт». Сүттүн курамында көптөгөн пайдалуу витаминдер, микро жана макро элементтер бар. Бөтөнчө балдар жана улгайган адамдар үчүн, ошондой эле кээ бир ооруган адамдар үчүн маанилүү азыкзат - баалуу тамак-аш продуктусу болуп эсептелет. Ал башка азыктардан курамында организмге керектүү азык жана биологиялык активдүү заттардын болушу менен айырмаланат.

Курамы татаал келип, анда организмге керектүү 100дөн ашык азык затты: май кислоталарын, аминокислоталарды, витаминдерди, кантты, түрдүү минерал туздарын, гормондорду жана башкаларды камтыйт. Уй сүтүндө 87,3% суу, 3,8% май, 3,3% белок, 4,7% көмүр суулар, 0,7% минерал заттар болот. Сүттөн алынган май сиңимдүүлүгү, даамдуулугу жана өзгөчө курамы менен айырмаланат. Сүт белокторунда (казеин, альбумин, глобулин) алмаштырылгыс аминокислоталардын бардыгы бар. Сүт канты (лактоза) аш болумдуулугу боюнча кадимки эле канттай, бирок анча таттуу эмес. Сүттө башка көптөгөн витаминдер менен катар май эритүүчү А, Е, ошондой эле В тобундагы витаминдер көп. Ал башка азыктарга караганда кальций, фосфор, калий, магний туздарына жана микроэлементтерге бай. Бирок, сүт азыктарынын витамин менен камсыздоосу туруксуз болгондуктан, адам организмине керектүү өлчөмдө азыктар менен камсыз кылышы үчүн, көбүрөөк сүт азыктары талап кылынат. Суткалык норманы алыш үчүн, 1,5-2 л сүт же 1кг майлуу быштакты жана сырды колдонууга туура келет. Витаминдер С, В жана фолий кислотасы сүт азыктарынын курамында өтө аз. Ал эми суткалык дозасы С, В, жана фолий кислотасы 3-5 л, B_1 витамини 12 л сүт ичкенде камсыздалат.

Сүттүн курамындагы витаминдер:

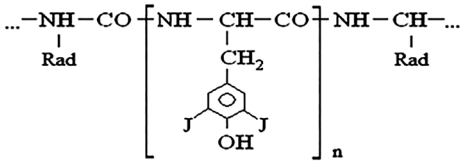
- Майларды бөлүп алууда;
- ченемдештирүүдө;
- пастерлөөдө;
- стерилдөө жана буулоодо;
- көпкө кайнатуу жана көпкө чейин сактоодо, курамындагы витаминдер азаят жана жоголот.

Сүт жүрөк-кан тамыр системасынын, боор, уйку бези, өт жолдорунун ооруларында, циститте, жана мүнөздөп тамактануучу ооруларда пайдалуу. Кээ бир адамга сүт жакпайт. Сүт кычкыл азыктарына каймак, быштак, айран, курут, ацидофилин, ацидофиль сүтү, кымыз, сүзмө жана башкалар кирет. Алар ичегидеги микрофлораны жөнгө келтирип, ириңдетүүчү микроорганизмдерди жок кылат. Сүт кычкыл азыктары сиңимдүү келет, мисалы, сүткө караганда ириген сүт 2-3 эсе тез жана толук сиңет. Ошондуктан аларды жаш балдардын, улгайган жана өтө кары адамдардын тамак-ашына көп колдонуу сунуш кылынат. Өнөр жайда, үй шартында сүт кычкыл ачыткылары кошулуп даярдалат. Сүт кычкыл азыктарынын көпчүлүгүн үй шартында жаңы сүттү кайнатып ачытуу, же уютуу жолу менен даярдоого болот. Бул азыктар тез бузулат, ошондуктан аларды даярдоодо санитария-гигиеналык талаптарды так сактап, муздаткычта кармоо керек. Эгерде жогорудагы эрежелер сакталбаса сүттө оору таратуучу микробдор тез көбөйүп, ал аркылуу түрдүү оорулар: кургак учук, бруцеллёз, шарп, күйдүргү, ич келте жугушу мүмкүн. Кичинекей балдар үчүн сүт зарыл азык, көпчүлүк чоңдордун организмине сүттүн касиети анчалык таасир бербейт деп жаңылышат. Себеби, кичинекей өспүрүмдөрдүн организми канчалык сүткө муктаж болсо, чоңдордуку да ошончолук муктаж болот. Сүт - кальцийдин негизги булагы жана организминде сиңимдүүлүгү жакшы. Сүттүн бул өзгөчөлүгүнө башка бир дагы азыктын касиети тең келе албайт. Ошондой эле адамдардын сөөктөрүндөгү кальцийди жууп, ичке жана жумшак кылып койгон остеопороз оорусу менен жабыркагандар үчүн алмашкыс дары болуп эсептелет. Анткени, сүттүн белогу башка азыктардын белогуна караганда организмде бат жана оңой сиңет. Ал эми андан гана вирустук инфекциялар менен күрөшкөн иммуноглобулиндер иштелип чыгат. Сүт эс алдыруучу касиетке ээ. Түштүн бузулуусун жөндөй турган эң сонун дары. Анын курамындагы азыктар нерв системасын эс алдырат. Сүт ашказан ширесинин кычкылдуулугун төмөндөткөнгө жөндөмдүү. Ошондуктан бул азык кычкылдуулукту көтөрүп пайда кылган ашказан зарна оорусу менен мыкты күрөшөт. Ошондой эле кычкылдуулугу көтөрүлгөн ашказандын гастрит, жара жана он эки эли ичеги ооруларына жакшы. Сүт витаминдерге бай анда организмде толугу менен энергетикалык алмашууну камсыз кылган углевод менен майларды энергияга айлантуучу касиетке ээ көптөгөн пайдалуу рибофлавин (B_2 витамини) бар, иммундук жана эндокриндик системалардын иши бузулганда сүт абдан пайдалуу. Бирок пайдалуулугуна карабастан, ал айрым адамдарга сунушталбайт. Анткени, кээ бир адамдарда лактозду иштеп чыга турган (сүт кумшекери) лактаз – ферменттери жок болгондуктан, алар сүт колдоно алышпайт. Мындай учурда адамдардын организми сүт кумшекерин толугу менен өздөштүрө албайт. Жыйынтыгында ашказан ооруп, ич көөп жана өтөт. Сүт аллергия азыктарынын катарына кирет. Сүт антиген “А” кээ бир адамдардын күчтүү аллергиясын чакырганга жөндөмдүү. Ошондуктан аллергиясы бар адамдар сүткө олуттуу мамиле жасап, колдон келишинче баш тартышка туура келет. Ошол эле убакта сүткө аллергиясы бар адамдар кычкыл сүт азыктарын йогурт, айран, сыр, курут, быштак колдоно беришсе болот. Эгер бөйрөгүнүздө фосфат таштары пайда болгон болсо, анда сүт зыяндан башка эч кандай жардам бере албайт. Жаш сүттү улгай-

ып жана орто жаштан өтүп калган адамдар ченеми менен ичүүсү зарыл. Себеби, бул азыктын курамында миристин кислотасы бар. Ал кислота атеросклероздун өөрчүп кетишине алып келет.

70 жылдан ашык убакыттан бери, көптөгөн мамлекеттерде Батыш Европада, Түндүк жана Түштүк Америкада, Африкада, Швецияда, Австралияда «мектеп сүтү» программасы ачылган. Бул программа аркылуу Швецияда кальцийдин жетишсиздигинен келип чыгуучу ооруларды жана газдалган суусундуктарды ичүү азайган. Орусияда - сүт азыктарына органикалык эмес туздар: йодид калий, натрий жана йодат калийи биологиялык кошумча зат катары берилген. Калий йодит сууда эрүү жөндөмү боюнча эң жакшы, йоддун массалык үлүшү 76,5% түзөт. Эң негизги кемчилиги азыктын курамына кошулганда кычкылданып, нымдуулук, күндүн таасири, абадагы кычкылтекке металлдардын иондонулушунун катышуусунда таасирин жоготушу мүмкүн. KI кычкылданганда I_2 молекула түрүндө йод пайда болот. Бул учурда азыктын өңү, даамы мүнөзү өзгөрөт. Йодат калий, калий йодитге салыштырмалуу кычкылдануунга туруктуу келет, бирок сууда начар эрийт. Йоддун массалык үлүшү 59,3% түзөт. Йод жетишсиздигин алдын алууда негизги метод - бул азык заттарды йоддоо, азык заттар негизинен тамак аш тузу йоддолот. Тамак аш тузунда органикалык эмес йодид жана йодат калий түрүндө кездешет. Туз маселени, кандайдыр бир бөлүкчөсүн гана чечет. Йоддолгон туз менен маселени чечүү мүмкүн эмес, себеби анда йоддун саны аз өлчөмдө берилген. Тузду көп өлчөмдө колдонуу кээ бир оорулар үчүн терс таасирин берет. Аялдар күнүгө 150дөн 300 микрограммга чейин йод колдонушу керек. Ал эми эркектер 150 микрограмм. Бирок биз колдонгон азык-түлүктөрдө йоддун канча болорун так эсептеп чыгууга мүмкүн эмес. Калктын кээ бир категориясы үчүн йод жетишсиз бойдон калууда.Бул маселени алдын алуу максатында йод казеин колдонулган. Курамы: казеин, белок, йод. Йоддолгон азык зат зыяндуулугу аз бирок таасири жогору экендиги аныкталган. Сүт азыктарына кемчиликсиз туура келет. Бир аз сода кошуу менен сууда жана сүттө жакшы эрийт. Башка, кошумча жабдууларды талап кылбайт. Органопептикалык касиетин өзгөртпөйт, ысыкка туруктуу. Метаболизмдин өзгөчөлүгү, бул бирикмеден йодду тартып алуу активдүүлүгү, организмге канча көлөмдө йод жетишпегендигине көз каранды, ошондуктан ашыкча өлчөмүндөгү йодду тартып алуу мүмкүн эмес. Калкан безине таасири чоң болгондуктан, өлчөмү калыбына келип, иштөө функциясы жакшырган. Чоңдор жана жаш балдар, йод казеинди колдонууда, психалогиялык абалы, интеллекти, ишке жөндөмдүүлүгү, акыл эси, эстеп калуусу жакшырган.

Йод казеиндин химиялык курамы: C4265H8345N1903O1221S19J81.



Башкортостан мамлекети, Мелеузовский районунда 2011-2014-жылдары «Мектеп сүтү» программасы кабыл алынган. Бул программага 1-4 класстагы балдар катышкан. Эки жума катары менен 200г «Фитомол» йод кошулган сүттү колдонушкан.

Фитомолдун химиялык курамы:

- Пептин-23,1-25,0%
- Криссталдык йод (I_2) -5-10,25%
- Йодид калий-10-20,5% калганы дистирленген суу.

Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун сунушу менен, йоддун заарадан бөлүнүп чыгуу медианасы 100мкг/л барабар же андан жогору болушу, норма болуп саналат.

50-99 мкг/л йоддун женил жетишсиздиги,

20-49 мкг/л йоддун айкын жетишсиздиги

20 мкг/л йоддун оор жетишсиздиги

Йодурия, мкг/л йоддун жетишсиздигин баалоо	Негизги группа (n=39)		Салыштыруу группасы (n=40)	
	Профилактикага чейин	Профилактикадан кийин	Профилактикага чейин	Профилактикадан кийин
20 жана азыраак	12,9	жок	12,5	2,5

21-49	17,9	жок	15,0	32,5
50-99	28,2	17,5	27,5	40,0
100 жана андан көп	41,0	82,5	45,0	25,0

Жыйынтыгында, йод жетишсиздиги байкалган балдардын саны азайган. Йодуриянын медианасы балдарда 100 мкг/л түзүп 159,4 мкг/л жеткен. 9 айдан кийин йоддолгон сүттү колдонуу менен 82,5% балдарда нормалдуу йодурия байкалган.

Курут - туздалган сүзмөдөн кайнатылып, кээде эжигей кошулуп уютулуп, кургатылып даярдалган тамак. Курут атайын жасалган середе, чийде, тактайда кургатылат. Кыш менен жазда сууга эзилген курут суусундук жана катык катары пайдаланылат. Курутту жасоо технологиясы, аны тамак-ашка пайдалануу жана ыкмалары түрк тилдүү элдерде (кыргыз, казак, тува, хакас жана башкалар) жалпысынан бирдей.

30 гр классикалык курут.

Табигый кычкыл сүт азыгынын өндүрүштөрдөгү чыгарылышы:

Пайдалуу касиеттери: Куруттун курамындагы кальций организмдеги зат алмашууну жөнгө салып сөөктү бекемдейт, өзгөчө курамга ээ: сүттүн толук кандуу белогу, биологиялык активдүү зат, углеводдор, микроэлементтер, A, E, D витаминдери. Майлуу тамак-аштардын сиңирилишине жакшы таасир берет.

Курамы: сүзмө, йоддолгон туз.

100 граммдагы энергетикалык баалуулугу: 1287 кДж/307,6 ккал

Азыктын баалуулугу:

Белоктор – 54,2 г
Майлар – 4 г
Углеводдор – 22,7 г
Витаминдер: C, A, E, D,
Элементтер: Fe, Ca, Mg, P
Сактоо мөөнөтү: 6 ай

Сактоо шарты: +10 С жогору болбогон температурада караңгы жана кургак жерде сактоо керек.

Кыргыз улуттук курутту йоддоо технологиясы бир нече баскычтан турат:

- Биз 4л сүттү 30-35 грасдуска чейин ысытып жана тыныктырып коюу керек.
- Сүткө 400 мл уютку кошуп, ордунан жылдырбай жылуу 8 саатка жаап койдук.
- Даяр болгон айранды чыпкалап, суусунан бөлүп сүзмөнү алдык. Алынган сүзмөнү кычкылдуулугун азайтуу максатында аны дистирленген суу менен чайкадык жана 4 г йоддолгон туз коштук.
- 100г сүзмөгө 25 мкг калий иодид (калий йодат) коштук.
- Бөлмө температурасында көлөкө жана кургак жерге формага келтирип 3 күн жайдык.
- Даяр болгон курутту упаковка кылдык.

Азыктын баалуулугу: Белоктор – 54,2 г
Майлар – 4 г
Углеводдор – 22,7 г
Витаминдер: C, A, E, D,
Элементтер: Fe, Ca, Mg, P, K, I, O_2

Сактоо мөөнөтү: 1 жыл

Сактоо шарты: +10-15 С жогору болбогон температурада караңгы жана кургак жерде сактоо керек.

Даяр болгон продуктунун курамында башка куруттан айырмаланып йоддун массалык үлүшү жеткиликтүү деңгээлде.

- Анын курамындагы элементтер, витаминдер, минералдар, органикалык заттар, йод, иммунитетти көтөрүп, организминдин иштөө функциясын жөнгө салат.
- Ca сөөктү бекемдеп калыбына келтирет
- Mg жүрөк булчуңдарына жакшы иштешине өбөлгө түзөт
- Fe кандын курамын жакшыртат
- P сөөктү, тишти жана тырмакты бекемдейт
- K жана Na клетканын иштөөсүн жөңгө салат

- Белоктун өзүнүн өзгөчө физиологиялык кызматы болот. Анын чоң тобу организмдин түрдүү структурасында катышат. Клеткалардын кабыгы, ички органеллалары, ошондой эле нерв сөңгөктөрүнүн кабыгы өзгөчө белоктон турат. Ал кан тамыр, тери, тарамыш, байламта, кемирчек, сөөк, ошондой эле чач, тырмак, канат жана мүйүздүү түзүлүштөрдүн курамына кирет. Организмдеги бардык химиялык процесстер белоктордун катышуусу менен жүрөт. Аларсыз тамак сиңирүү, заттардын айлануусу, зат алмашуунун акыркы продуктуларын бөлүп чыгаруу, энергияны топтоо, кандын уюшу жана башка мүмкүн эмес. Белок коргонуу кызматын да аткарат.
- Углеводдор жана майлар организмди негизги энергия менен камсыз кылат.
- Йод организмде заттардын алмашуусун жөнгө салып турган калкан безинин гормондорунун негизги компоненти. Өзгөчө эненин жатынындагы түйүлдүктүн өөрчүшү үчүн өтө маанилүү. Баланын өсүүсүнө, мээнин өнүгүшүнө, зат алмашууда негизги ролду ойнойт. Калкан безинин гормондорунун синтездөөчү негизги зат, йод болуп эсептелет. Энергетикалык алмашууну жана дене табын жөнгө салат. Бойдун жана акылдын өсүшүнө жана ошондой эле акыл эстин өнүгүүсүнө өбөлгө түзөт.

Жыйынтык: Кыргызстан эндемикалык зонага киргендиктен, йодго болгон талап жогору, бир күндүк норма 5-10г түзөт. Йод жетишсиздигин алдын алуу максатында колдонулган дары каражаттарынын ордуна, йоддолгон кыргыз курутун табигый биологиялык активдүү кошулма катары белгилүү технологияны жакшыртуу максатында иштеп чыгып, адамдарга сунуштоону чечтик.

Колдонулган адабияттар:

1. *Спиричев В.Б., Шатнюк Л.Н., Позняковский В.М. Обогащение пищевых продуктов витаминами и минеральными веществами.*
2. *Наука и технология. − Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2004.*
3. *Кейн Л.А., Гариб Х. Исследования щитовидной железы // Болезни щитовидной железы: Пер. с англ. / Под ред. Л. Браверманна. –М.: Медицина, 2000. – С. 38–77.*
4. *Затолокина, Е.Н. Оценка йодной недостаточности и патологии щитовидной железы у школьников Тисульского района Кемеровской области / Е.Н. Затолокина, Л.В. Квиткова, В.Г. Зинчук // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 8. – С.109–111.*
5. *Tsyb A.F., Skvortsov V.G., Shakhtarin V.V., Roziev R.A., Goncharova A.Ya., et al. Biologicheski aktivnaya pishchevaya dobavka-obogatitel' «Yodkazein» [Biologically active food additive fortifier "Iodinated casein"]. Pishchevaya promyshlennost' [Food processing industry], 2001, no. 1, pp. 46–47.*
6. *5.ky.wikipedia.org › wiki ›*

УДК: 633.71(575.2)

ТҮТҮНСҮЗ ТАМЕКИНИН (НАСВАЙ) КЫРГЫЗДАРДА ПАЙДА БОЛУУ ТАРЫХЫН ИЗИЛДӨӨ

Г.Н. Ыкынова, А.Д. Мураталиева, Ш.Ж. Торобеков, илимий жетекчи – фармакогнозия жана дары каражаттарынын химиясынын кафедрасынын окутуучусу Капаров Б.М.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Фармакогнозия жана дары каражаттарынын химиясынын кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Ыкынова Г. Н. – фарм. факультетинин 4-курсунун студенткасы, Ykynova1998@gmail.com.
Мураталиева А.Д. – доцент, ф. и. к., фармакогнозия жана дары каражаттарынын химиясынын кафедрасынын башчысы
Торобеков Ш. Ж. – ФГЗ жана ДКХ кафедрасынын окутуучусу.

Резюме: Борбор Азиядагы өзгөчө популярдуулук менен колдонулуучу түтүнсүз тамекинин бир түрү болуп насывай эсептелинет. Аны сублингвалдык колдонуу курамындагы уулуу ингредиенттердин жүрөккө, кан тамырларга, нерв системасына тийгизген таасирин күчөтүп, бара-бара көнүү жана көз карандылык чакырат.
Негизги сөздөр: Түтүнсүз тамеки, токсикологиялык таасири, жасоо ыкмасы, металлдык уу заттар.

ИЗУЧЕНИЕ ИСТОРИИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕКУРИТЕЛЬНОГО ТАБАКА (НАСВАЙ) У КЫРГЫЗОВ

Г.Н. Ыкынова, А.Д. Мураталиева, Ш.Ж. Торобеков, научный руководитель – преподаватель кафедры фармакогнозии и химии лекарственных средств Капаров Б.М.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Одним из видов некурительного табака, который пользуется большой популярностью в Центральной Азии, является насвай, сублингвальное употребление которого, усиливает эффект действия токсических ингредиентов, прежде всего на сердце, сосуды, нервную систему и затем ускоряет привыкание.
Ключевые слова: Некурительный табак, токсическое действие, технология приготовления, металлические яды.

STUDY THE HISTORY OF THE ORIGIN OF NON-SMOKING TOBACCO (NASVAY) IN KYRGYZ

G.N. Ykynova, A.D. Muratalieva, Sh.Zh. Torobekov, scientific advisor – teacher of the department pharmacognosy and chemistry of drugs Kaparov B.M.
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Departmet of pharmakognosy and chemistry of medicines
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: One type of smokeless tobacco, which is very popular in Central Asia, is nasvay, the sublingual use of which enhances the effect of toxic ingredients, primarily on the heart, blood vessels, nervous system and then speeds up addiction.
Key words: Smoke-free tobacco, toxic effect, cooking technology, metallic poisons.

Актуалдуулугу: “Манас” эпосу – улутубуздун сыймыгы, улуу муундун үч миң жылдан ашык басып өткөн жолунун далили жана тарыхый казынабыз. Эпостук курам маданий гана эмес, медициналык

дагы тарыхка бай. Ага далил болуп берчү факты- эпостук мезгилден бүгүнкү күнгө дейре колдонулуп келе жаткан дары өсүмдүктөр. Үч миң жылдан ашуун убакыт бою адам баласынын ден-соолугуна кызмат кылып келген дары чөптөрдү, дары өсүмдүктүн чийки заттарын изилдеп,аларга илимий негиз берүү- Фармакогнозия илиминин негизги тапшырмасы болуп эсептелинет.

Негизинен, кыргыздардын элдик медицинасы эн байыркы убакытка тиешелүү экендиги талашсыз. Кошуна жана жакынкы элдер менен узак убакыттар бою өкүм сүргөн улут аралык мамиле жана башка өлкөлөрдүн элдик медицинасынын тийгизген таасирине карабастан, элдин тарыхый энциклопедиясы болгон «Манас» эпосунда кыргыздарга гана тиешелүү болгон эпикалык өсүмдүктөрдөн турган дары өсүмдүктүн жоон тобу кездешет. Берилген дарылардын копчүлүгүнүн кайсыл өсүмдүктөрдөн,кайсыл заттардан түзүлөөрү тууралуу так маалымат эпосто берилген эмес.

Изилдөөнүн максаты: Түтүнсүз тамеки болуп эсептелинген насывайдын келип чыгуу тарыхын изилдеп, анын адам организмине тийгизген уулуу таасирин ачыкка чыгаруу. **Материалдар жана ыкмалар**: Ретроспективдүү талдоо, логикалык талдоо, адабият маалыматтарын анализдөө.

Изилдөөнүн жыйынтыгы: «Манас» бир гана дары чөптөрдү эмес, учурда өтө популярдуулук менен Орто Азияда кенири колдонулуп жаткан насыбайды да курамына камтыйт. Ал тууралуу эки ооз сөз кыла кетчү болсок,

Анжыяндан алынган,
Сагаса кулун салдырган,
Тартса кумар кандырган,
Кара мурчтан бууланган,
Калемпирден сууланган,
Тарткан адам дуулаган,
Жанашалап турушуп,
Жанчыктан чакча суурушуп,
Келе бери,баатыр деп,
Кеп кобойуп жатыр деп,
Тартышалык акыр деп,
Акылга кайрат тегишип,
Насыбайын чегишип,
Аркы-терки турушуп,
Алып келип кай бироо,
Насыбайын сунушуп,
Кайтып келер акыл деп,
Кайгы болбосо акыр деп,
Канетесин баатыр деп,
Арстан заада чоролор,
Тартып ал муну баатыр деп,
Насыбайын сунушту,
Катар турган кой баатыр,
Кайрат айтып турушту,
Алмамбеттин озуно,
Наалыш кылган созуно,
Кара доол мондурдой,
Кара жаш келип козуно,
Медер болор бекен деп,
Арууке бейбак айтат кеп,
Болжолун билбей тим жургом,
Боюмда бар бир кумон,
Майыштын ыйлап бала учун,
Баян кылам ал учун,
Боздодун ыйлап бото учун,
Болор болбос бир кумон,
Болжой албайм шон учун.

Сүрөт. Курултайда кыргыз манаптарынын түтүнсүз тамекини колдонуп жаткан учуру.

Аталган ыр саптар айтылуу Манас эпосунан алынган. Азыркы күнгө чейин колдонулуп келген насвайдын башталыш башаты барып атам заманга такаларын ушул факты далилдей алат.
Эгер бир аз убуакыт мурун насвай жөнүндө маалымат жокко эсе болсо, ал эми азыр ага арналган интернеттеги баракчалардын саны күндөн күнгө өсүүдө. Насвайды көбүнчө Орто Азиялык мамлекеттер тууралуу баяндамалардан кездештирүүгө болот. Жада калса, мектепте жарытарлык окубаган өспүрүмдөрдүн насвай колдонуудагы өзунун тажырыйбасын талкуулочуу атайы форумдар пайда болду. Интернет желесинде ким кандай рецепт аркылуу жасаган ыкмалары менен бөлүшүп турушат. Мына ушуга окшогон бир катар жүйөөлүү себептерден улам «насвай» деген эмне, адам организимине кандай таасир тийгизет жана насвай жок жашоо бир канча кызыктуу, коопсуз экендигин түшүндүрүү зарылчыгы келип чыкты.
Насывайды өзбек тилинен алганда «башты жулуу» деп которулат. Өзбек адистеринин айтымында насывай үй шартында даярдалуучу жагымсыз жыты жана даамы бар, курамында никотин бар психотроптуу продукт болуп эсептелинет. Негизинен насывай чайналуучу чылымдардын катарына кирип, сатыкта кичинекей шар, таякча, пластилин же упа түрүндө кездешет. Аны эриндин астынкы же үстүнкү бөлүгүнө жана ошондой эле тилдин астына салып таасирин бергенче сорот.
Даяр болгон продукция диаметри 1,5-2 мм түзгөн, ачык же болбосо күнүрт-жашыл түстөгү данча, курамында никотиндин көлөмү 4%, ал эми нымдуулугу 25-50% түзөт. Эгерде кошулмалар тууралуу айта турган болсок, насывайга тамак-аш катарында таптакыр колдонулбоочу күл, махорка, чырыш жана акиташ кошулат. Бул анын микробиологиялык жана санитардык кароосуз жасаларынан кабар берет.
Насывайдын курамындагы ,металлдык заттардын организимге тийгизген терс таасирлери

- канцерогендик таасир
- дерматит
- экзема
- дем алуу жолдорун жабыркайт
- ооз көңдөйүн жана ашказанды күйүгүзөт
- ашказанды шишитет
- дем алуу жолдорун жабыркайт
- рак
- кан айлануу процессин бузат
- боор жана бөйрөккө уулуу таасирин тийгизет
- мээ ооруларын, акыл-эс жана ой жүгүртүүнүн жетишсиздигин чакырат ж.б.

Насывайдын курамындагы жаныбарлар бөлүп чыгарган заң (кык, тезек) адам организмине ар кандай паразиттик оорулар жана ичеги инфекцияларды жугузуп, керек болсо вирустук гепатитке чейин алып келет.
Баарыңыздар эле билсеңиздер керек, өсүмдүктөрдү тооктун кыгы менен камсыз кылганда алар карайып, күйүп кетүүгө чейин барат. Адам организминде дагы кудум ошондой көрүнүштөр болот. Анын

негизинде ашказан жарасы пайда болуп, керек болсо өнөкөт ооруга чейин барат, ошондой эле тиш катмарларынын бузулушуна алып келет. Насывай никотинге көз карандылыкты чакырары да, албетте, таң каларлык көрүнүш эмес[10].

Насывайды колдонуу психикалык өсүп-өнүгүүгө да түз таасирин тийгизет: кабыл алуу, эс-тутум начарлап, адекваттуу абал бара–бара жок боло баштайт. “Насывайчылар” өздөрү эс тутуму начар экенин жашырбайт.

Насывайдын курамы абдан татаал болгондуктан, бир гана никотинге эмес, башка химиялык бирикмелерге карата да көз карандылык жаралуусу толук мүмкүн[9].

Жыйынтык: Насыбайдын эң негизги көйгөйлүүлүгү – анын наркотикалык же психотроптук зат болуп бир дагы тизмеге катталбагындыгы. Бүгүнкү күндө аны шаардын ар бир бурчунан табууга болот. Насыбай сатуучулар кылдаттык менен өспүрүмдөрдүн аң-сезимине насбай жөн гана мас болуунун жеңил даражасына алып келип, эч кандай көнүү чакырбайт деген жалган түшүнүктү сиңирүүдө. Бул көрүнүштү жаштар арасындагы жаңыдан өнүгүп келе жаткан «чума» десек болот. Бул «тайгак» жолго түшүүдөн мурда канчалык кооптуу экенин жана кайра-кайра эңсөө сезимине алып келерин андан соң оор наркомандыка жол ачып берерин эске алуу керек.

Жаштарды жогорудагы «чумадан» сактап калуу зарыл. Заманбап жаштар – өлкөбүздү келечеги! Ал үчүн нарколог адистер, психологдор, ата-энелер, ички-иштер кызматкерлери менен өспүрүмдөр арасында такай түшүндүрүү иштерин, тарбиялык сааттарды өткөрүп туруу керек. Аны менен бирге дени сак жашоону үгүттөө биринчи орунда турат.

Изилдөөлөрдүн негизинде түтүнсүз тамекинин курамында металлдык уулуу заттар жогорку көрсөткүчтө аныкталган. Табылган уулуу заттар биринчиден канцерогендик, борбордук нерв системасын жана кан алмашууну бузган таасирлерге ээ болгондугу такталды. Узак убакыт түтүнсүз тамекини пайдалануу: гепатитке, аз кандуулукка, эс-тутумдун начарлашына, эндемикалык ооруларга жана ракка алып келери далилденгендигине байланыштуу, түтүнсүз тамекини колдонуудан баш тартууну сунуш кылар элек. “Акылыңды тайба, насывайсыз жаша!”.

Колдонулган адабияттар:

1. *Вергейчик Т.Х. Токсикологическая химия// «Медпресс-информ» 2009. С 305, 313,346.*
2. *Гамаюрова В. С. Мышьяк в экологии и биологии. М.: Наука. 1993. С.208.*
3. *Горбунова Н. В. Состояние лорорганов при свинцовой интоксикации: Автореф. дисс. канд.мед.наук. Алма-Ата, 1973. С.34.*
4. *Давлятова Д. Д. Особенности профилактики гипертонической болезни в зависимости от состояния автономной нервной системы у больных и здоровых с наличием и без факторов риска: дис. ... канд.мед.наук. Душанбе. 2011. С.118.*
5. *Домшлак М. Г., Макарова-Землянская Е. Н., Осипов А. Н., Елаков А. Н., Воробьева Н. Ю. Адаптивный ответ организма на воздействие сульфата никеля // Токсикологический вестник. 2007. № 3. С.21- 25.*
6. *Измеров Н. Ф. Свинец и здоровье // Гигиенический и медико-биологический мониторинг. Москва. 2000. С.256.*
7. *Исаев С. Ю. Профессиональные болезни. 2003. URL: http://www.techno. edu.ru:8001/db/msg/6983.html.*
8. *Каплин В. Г. Основы экотоксикологии М.: Издательство Колос.2006. С.232.*
9. *Касьянов Г. И., Можаев Д. Д. Извлечение из табачного сырья технически ценных веществ гидрофильными и гидрофобными растворителями // Проблемы создания нового поколения отечественных продуктов повышенной пищевой и биологической ценности - продуктов 21 века: сб.докладов научно-практ. конференции. Углич, 1998. С 29-30.*
10. *Каралаев С. Манас. - Том2*
11. *Манас. Энциклопедия. - Бишкек: Кыргыз энциклопедиясынын Башкы редакциясы, 1995. - Т.2.*
12. *Орозбаков С. Манас. - Том 2.*

ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ В КГМА им. И.К. АХУНБАЕВА

Замалетдинова Г.С.
Кыргызская Государственная Медицинская Академияи им. И.К. Ахунбаева
ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлены современные методы обучения специалистов медиков иностранному языку. Дана специальная модель обучения.
Ключевые слова: методы обучения, иностранный язык, специальная модель.

И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КММА ДА АНГЛИС ТИЛГЕ ОКУТУУ

Замалетдинова Г.С.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
Ректор – м.и.д, проф. Кудайбергенова И.О.
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме: Макалада медик-адистерди чет тилге окутуунун заманбап ыкмалары көрсөтүлгөн. Окутуунун атайын ыкмасы сунушталган.
Башкы сөздөр: окутуу методдору, чет тил, атайын модель

TEACHING PROCESS OF ENGLISH LANGUAGE AT KSMA

Zamaletdinova G.S.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Rector – d.m.s., prof. Kudaibergenova I.O.
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. This article deals with modern foreign languages teaching to medical specialists. There is given special model of teaching.
Key words: teaching method, foreign languages, special model.

Процесс обучения иностранным языкам в медицинском вузе, где иностранный (английский) язык не является профильным, отражает историю и процесс смены подходов и приоритетов к обучению иностранному (английскому) языку в поисках наиболее эффективной и приемлемой научно-методической деятельности. Данный процесс обучения английскому языку в медвузе необходимо рассматривать в широком контексте происходящего на мировой арене в целом и в сфере профессионального образования в частности, так как необходимость модернизации и совершенствования обусловлена потребностью адаптации системы высшего образования к социально-экономическим потребностям общества.
Владение иностранным языком является неотъемлемым условием успешности современного специалиста. Использование английского языка в профессиональных целях стало необходимостью для специалистов медицинских специальностей. В свою очередь стремление нашей страны полностью интегрироваться в мировое сообщество в качестве равноправного участника вынуждают нас перейти от простого принятия этого утверждения к его реализации.
На практике же, мы можем констатировать, что уровень и качество подготовки специалистов медиков не всегда отвечает предъявляемым требованиям. Одним из усложняющих факторов, является низкий уровень владения английским языком. В сложившихся современных условиях английский язык должен рассматриваться не как второстепенная дисциплина, а как необходимый инструмент профессиональной деятельности, так как академическая и трудовая мобильность, единые международные образовательные стандарты, совместная международная научно- исследовательская деятельность невозможны без высокого уровня владения английским языком.

При анализе овладения обучающимися уровня владения иностранным языком было выявлено, что международные критерии и критерии требования государственного образовательного стандарта высшего образования, требуют более высокий уровень владения иностранным языком для медиков.

В связи с вышесказанным, можно выделить основной барьер, влияющий на овладение иностранным языком, низкое качество иноязычной языковой компетенции абитуриентов. Языковая компетенция предполагает владение системой сведений об изучаемом языке на разных уровнях – фонетическом, лексическом, уровне состава слова и словообразования, морфологическом, уровне синтаксиса простого и сложного предложения.

Студент обладает языковой компетенцией, если он имеет представление
о системе изучаемого языка и может пользоваться этой системой на практике, употребляя все морфологические и синтаксические преобразования в своей речи.

Однако на практике, студенты, поступившие в медицинский вуз, не обладают базовыми иноязычными знаниями, навыками и умениями. Без прочной базы сформированных языковых навыков и умений, о которых мы говорили выше, невозможно развивать разговорные навыки, терминологическую базу, умение беглого чтения и прочие коммуникативные, языковые и межкультурные компетенции.

Тем не менее, в цели медицинского вуза не должно входить обучение базовому уровню иностранного языка. Эту задачу необходимо решать на этапе школьной подготовки, поэтому так важна преемственность и системность в реформе общего и профессионального образования. Несмотря на все перечисленные проблемы, кафедры иностранных языков медицинских вузов ищут пути максимально эффективного преподавания иностранного языка и профессионального иностранного языка при минимальном количестве выделенных на данную дисциплину часов и низком уровне владения языком выпускниками школ.

Так, в КГМА на кафедре иностранных и латинского языков ввели в практику распределение студентов по подгруппам в соответствии с их уровнем владения иностранным языком, который определяется на первых занятиях методами тестирования. Это позволяет в рамках одной программы обеспечивать максимально эффективное преподавание английского языка как для студентов, владеющих базовым и продвинутым уровнем языка.

Важную роль в освоении изучаемого языка играет самостоятельная работа студентов, на которую отводятся обязательные часы в рабочей программе. Аудиторные часы, выделяемые в базовом цикле для преподавания иностранного языка, используются в первый год обучения и тратятся в основном на «подтягивание» языкового уровня основной массы студентов. Для большинства из них вопрос об изучении профессионального иностранного языка вообще не стоит. Такое количество часов явно недостаточно для освоения всех тех компетенций, которые требуются от современного врача европейского уровня.

Управление мотивацией изучения иностранного языка является одной из центральных проблем методики обучения студентов в медицинском вузе.

Большой объем учебного материала по иностранному языку выносится на самостоятельную работу студента, которую он должен выполнять вне рамках аудиторных занятий. Для этого разработаны лабораторные работы различных уровней. Есть возможность самостоятельной работы в Центре иностранного языка КГМА, который оборудован специальной аудиовизуальной аппаратурой.

Также, немало важную роль играет и недостаточная мотивация студентов к овладению иностранным языком. Мотивация, как известно, напрямую связана с эффективностью обучения. Любой познавательный процесс основывается на желании познания иноязычной культуры. Низкая мотивация к изучению иностранного языка во многом основывается на отрицательном опыте обучения языку на уровне среднего образования. Студенты, поступив в вуз, часто не видят сферы применения иностранного языка в своей будущей профессии, так как просто еще не представляют своего профессионального будущего. Низкая мотивация к изучению иностранного языка также обусловлена ограниченностью его применения в учебных, а также в реальных жизненных условиях. И здесь для вуза, для профильных кафедр и кафедр иностранных языков есть широкое поле деятельности в сфере налаживания международных образовательных и исследовательских контактов, совместных международных проектов, академических обменов и пр.

Еще одним эффективным (с точки зрения повышения мотивации студентов) методом являются проекты, фестивали, театры, научно-практические конференции, которые организуются на базе КГМА кафедрой иностранных и латинского языков. Такого вида мероприятия не только повышают мотивацию

студентов к изучению иностранного языка, но и способствуют развитию коммуникативных и презентационных умений, умений работы в команде и прочих необходимых будущему врачу компетенций. Следует иметь в виду, что все мероприятия внеучебные, требуют достаточно много времени для подготовки. Но даже участие в конкурсах с минимальной языковой составляющей, дает студенту ощущение достижения результата, которое умножается в случае получения призового места. Успех и привлечение внимания ассоциируются с английским языком, что способствует росту мотивации. Особенно заметен такой рост в случае групповой работы студентов при подготовке выступлений. Совместное творчество объединяет и придает дополнительную важность объединяющему началу, которым в частности, в условиях конкурса, является необходимость освоения определенных языковых явлений, как бы малозначительны они ни были.

Безусловно, решение данной проблемы требует комплексного, системного подхода. Опыт преподавания английского языка в КГМА показывает необходимость увеличения количества аудиторных часов, отводимых на изучение последнего, внедрения интенсивных методов и технологий обучения, максимально приближенного к реальным коммуникативным ситуациям профессиональной и академической направленности. Тесное сотрудничество с профильными кафедрами является важным условием качественной подготовки студентов вузов медицинских вузов по профессиональному иностранному языку. Частично решение данных задач по силам одной кафедре иностранных языков, однако без серьезного анализа, полного взаимодействия с профессиональной кафедрой и модернизации системы языковой подготовки в целом их решение представляется нам невыполнимым.

Для решения поставленных задач использовались также следующие методы исследования:

когнитивно-обобщающие (изучение и анализ специальной литературы по методике преподавания иностранных языков, лингвистике, педагогике, социальной психологии, психологии; анализ программ, учебников и учебных пособий по иностранному языку для медицинских вузов);

- диагностические (опросы, анкетирование студентов, выпускников медицинского вуза, беседы с преподавателями и студентами, наблюдение за учебным процессом, тестирование студентов);

Литература:

1. *Китайгородская Г.А. Методика интенсивного обучения иностранным языкам. -1986. -М. –с.103*
2. *Иностранный язык для специалистов. Психологические, методические, лингвистические аспекты. –М. –Наука,1990. –С.212*
3. *Learning and teaching modern languages for communication. –Strasburg. - Council of Europe Press. -1988*
4. *Scales of Language Proficiency. A survey of some existing systems. –Strasburg. - Council of Europe Press. -2003.*

УДК 123.12.4-688/555

МОТИВАЦИЯ – ЗАЛОГ УСПЕХА ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «РУССКИЙ ЯЗЫК И КУЛЬТУРА РЕЧИ» СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

к.ф.н., доц. Кульбаева Гульмария Бейшеевна
Кыргызская Государственная медицинская академия
г. Бишкек Кыргызская Республика

Аннотация: В данной статье рассматриваются некоторые аспекты преподавания дисциплины «Русский язык и культура речи». Автор делится своими мыслями о том, какие формы работы сделают занятия интересными и привлекут студентов к активности.

Ключевые слова: Мотивация, побудительный механизм, компетенция, стереотипы, языковое погружение, лексема, проблемное задание, акцентология.

Аннотация: Макалада “Орус тили жана кеп маданияты” сабагын окутуунун кээ бир маселелери каралат. Автор студенттердин активдүүлүгүн көтөрүү максатында сабактын кызыктуу болушу үчүн иштөөнүн кандай формаларын колдонуу жөнүндө өз ойлору менен бөлүшөт.

Негизги сөздөр: далилдөө, түрткү болуучу механизм, компетенция, стреотиптер, тилге батуу, лексема, чечилүүнү талап кылган көнүгүүлөр, басым.

Далилдөө – студент-медиктерди “Орус тили жана кеп маданияты” сабагын окутууда ийгиликке жетүү шарты.

Summary. The article discusses some aspects the teaching disciplines “Russian language and culture of speech”. The author shares with thoughts on what forms of work will make the classes interesting and attracting students to be active.
Key words: motivation, incentive mechanism, competence, stereotypes, language immersion, lexeme, problem tasks, accentology.
Motivation is the key to success in studying the discipline “Russian language speeches of medical students”.

Как известно, речь человека – зеркало его интеллекта. Врач или медсестра, которые «спотыкаются» через слово, вызывают у больного недоверие, что приводит к сложности в установлении контакта и негативно сказывается на лечении. Естественно, возникают вопросы: «Как обучать студентов? Что делать с теми, которые не хотят учиться?»

Сегодня многие преподаватели-практики испытывают неудовлетворенность состоянием преподавания русского языка, падением уровня речевой культуры, «вливанием» жаргонизмов в сферу повседневного общения. Причины этого видятся в преимущественном внимании к языку в ущерб речи, слабой связи учебных занятий с реальной речевой ситуацией, в преподавании заданий на опознавание языковых фактов и их анализа над задачами порождения речи, отсутствием мотивации к учебе.

Многие преподаватели не умеют активизировать работу студентов, полагая, что студенты обязаны их слушать на занятиях и воспринимать все ими сказанное. Однако это не так просто. Студенты будут внимательны и активны в том случае, если осознают необходимость того, что изучают, если поймут каким образом эти знания пригодятся им в их профессиональной деятельности. Ведь интерес – это побудительный механизм познания, благодаря которому лучше работает память, мышление, внимание, что, в свою очередь, приводит к быстрому усвоению учебного материала и повышению уровня языковой компетенции. Как показал опыт, студенты-медики, как правило, имеют слабо выраженную мотивацию к изучению курса «Русский язык и культура речи», считая, что в школе в течение одиннадцати лет изучали этот предмет, следовательно, овладение знаниями речевой культуры в высшей школе нецелесообразно. Поэтому, чтобы сломать сложившийся стереотип, необходимо на каждом занятии формировать мотивацию к изучению данной дисциплины. Как этого добиться?

В первую очередь, это достигается при помощи, так называемого, приема «языкового погружения» в сферу будущей специальности. Например, при изучении стилей речи, и в частности, официально-делового, мы уделяем особое внимание заполнению медицинской документации. Студентам предлагается назвать пять-шесть документов, в которых уместно применение знаний, умений и навыков по этой теме:

1. Анамнез.
2. Результаты вскрытия.
3. Различные справки.
4. Диалоги «Врач – пациент».
5. Инструкции по применению лекарственных препаратов.
6. Врачебные назначения и т.д.

Лексические ошибки с трудом поддаются «искоренению». Они совершаются не только из-за незнания значения слова, но и из-за небрежного отношения к языку. Проанализируйте в аудитории команды врача, проводящего лечебную физкультуру. *Поднимите руки вверх (*а куда их можно поднять*), а теперь опустите вниз.* Аналогичными являются ошибки: *Слегка потопаем ногами. Вспотели ладони рук. Какое у Вас травматическое повреждение? (*повреждение – это уже травма*). Спиной облокотитесь на валик (*облокотиться можно только на локоть*). Мах левой ногой. Поменяйте ноги (*поменять можно вывеску, вещь и т.д.). Многословие (плеоназм) приводит к возникновению подобных нелепых фраз. Обратите внимание студентов на то, с какой легкостью мы ежедневно используем в речи фразы типа: *Думай своими мозгами* (а чем думают?) *У Вас есть что-нибудь от сердца?* (от сердца – нет, а если болит сердце, выпейте корвалол). *У большой половины населения – вирусная инфекция* (половины по определению равны).

Слово обеспечивает существенную роль в передаче содержательной стороны информации. Это особенно очевидно, когда одна и та же грамматическая структура заполняется разными лексемами. Сопоставьте стихотворение А. Барто с придуманными строчками.

Наша Таня громко плачет:
Уронила в речку мячик
- Тише, Танечка, не плачь:
Не утонет в речке мяч.

Наша Таня типа плачет:
Уронила дура мячик.
Нет бы ей представить дуре,
Не утонет он в натуре.

Дайте следующие задания студентам:
а) создать образ героинь; б) описать предполагаемое место события, окружающих их людей; в) высказать свои отношения к действующим лицам.
Подобная работа позволит студентам больше говорить, развивать свое мышление, перестать бояться негативного отношения со стороны одногруппников и преподавателя.
Мотивирующим может стать и проблемное задание. Так, при изучении вопросов фразеологии, можно предложить студентам ответить на вопрос, аргументируя свой ответ.
– Можно ли поднять голову, не задирая носа?
– Физиологически - «нет». Поднимая голову, мы задираем нос.
– Можно. У языка на это своя точка зрения. Есть фразеологизм «Высоко поднять голову», обозначающий чувство достоинства. А есть еще фразеологизм «Задирать нос», указывающий на высокомерие, зазнайство. Их значение независимы друг от друга.
Заинтересуйте студентов созданием проекта, например, по теме «Чистота речи». Вместе составьте вопросы, обозначьте подтемы.
1. Лексическая неполнота.
2. Употребление непонятных собеседнику слов.
3. Использование слов в несвойственных для них значениях.
4. Плюсы и минусы употребления иноязычных слов в русской речи.

Лексические ошибки хорошо иллюстрирует анекдот. Используйте прием наблюдения и языкового анализа этого анекдота, что позволит закрепить в речи студентов правильное употребление слов в различных ситуациях.
Зинка подходит к *Верке.*
– Слушай, я вчера на *днюхе* была. Такой *фурлонг* произвела (фурлонг – в английском языке мера длины равная 220 ярдам).
– Дура, не *фурлонг*, а *фуршет*.
–Сама дура. *Потопали*, спросим у Толяна.
– Толян, как правильно сказать *фурлонг* или *фуршет*?
–*Без понятия*! Я в этом деле не *копенгаген.*
Язык не только служит средством коммуникации, но и формирует тип личности, а поэтому дайте задание студентам рассказать о человеке по следующим репликам.
«Я не Мазай, зайцев не вожу. Все зайцы – козлы. Кричите громче, когда проедете остановку, все равно орать будете. Каждому пассажиру дадим по мягкому месту. На ваше «остановите где-нибудь здесь», остановлю где-нибудь там. Куда лезешь, что не знаешь, нельзя впихнуть невпихиваемое».
При изучении русской акцентологии, помимо теоретических понятий о значении ударения в русском языке и выполнении им различных функций, студентам необходимо предложить список медицинской лексики, в которой часто допускается ошибки, например: недУг, диспансЕр, диоптрИя, некролОг, эпилЕпсия, шпрИцы, анализ крОви, в кровИ, плАстырь, гЕнезис, диАгноз и т.д.
Тема достаточно сложная и скучная, поэтому научите одному из приемов быстрого запоминания правильной постановки ударения в словах. Это - составление двустишия. Студентам, уверена, понравится подбирать рифмы. Например: Ваше сиЯтельство, подайте ходАтайство. Уважаемые сЭры, проходите в диспансЕры. АйболИт – зубы не сверлИт. ТошнотА очень быстро прошлА. ИгнорИровать – не пломбИровать. Вербует – вербОвщик, танцует – танцОвщик, страхует – страхОвщик. ИндустрИя – диоптрИя – ассиметрИя – синергИя и т.д.

Игровые технологии давно используются в практике проведения занятий по русскому языку, поскольку игры способствуют снятию некоторых трудностей, связанных с заучиванием материала, а также способствуют развитию познавательного интереса к русскому языку. Более того, игры пополняют словарный запас студентов, расширяют их кругозор. Например, предложите ряд слов, а студент должен догадаться, какая закономерность лежит в его основе.

- Анатомия, биология, вирилизм… (гистология, потому что слова даны в алфавитном порядке).
- Все эти слова – медицинские термины.
- Эти слова связаны с человеком: анатомия – наука о строении организма, органа (н,: сердца); биология – совокупность наук о живой природе, в эту науку входит антропология – наука о происхождении и эволюции человека. Вирилизм – образование у женщины вторичных мужских половых признаков (усов, бороды и т.д.); гистология – наука, изучающая строение и функции тканей человека.

В заключение отметим, что мы не ставили перед собой задачи глубокого и полного рассмотрения этой проблемы в данном сообщении, ограничившись только некоторыми видами мотивационной работы, которые применяем на своих занятиях.

Литература

1. *Кавтарадзе Д.Н. Обучение и игра. Введение в активные методы обучения. – М., 1998.*
2. *Колесникова А.Ф. Проблемы обучения русской лексике. – М., 1977.*
3. *Кузнецова В.М. Документ и делопроизводство. – М.: Русская деловая литература, 1999.*

ИГРЫ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ НЕМЕЦКОМУ ЯЗЫКУ В КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ им. И.К. АХУНБАЕВА

Элгондиева Токтобүбу Абдыкеримовна – старший преподаватель немецкого языка кафедры иностранных и латинского языков Кыргызской Государственной медицинской академии

Аннотация. В статье рассмотрена перечень методов обучения с помощью игр по разным аспектам немецкого языка, которая активизирует познавательную деятельность студентов в процессе обучения, и тем самым, является эффективным средством интенсификации учебного процесса в Кыргызской Государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева.

Ключевые слова: игра, эффективный метод обучения, мотивация, творческие игры

И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫНДА НЕМИЦ ТИЛИН ОКУТУУДА ОЮНДАР НАТЫЙЖАЛУУ ЫКМА КАТАРЫ

Элгондиева Токтобүбу Абдыкеримовна – Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын чет тилдер жана латын тили кафедрасынын улук окутуучусу

Корутунду. Макалада окутуу процессинде студенттердин таанып билүү ишмердүүлүгүн активдештирүүчү оюндардын жардамы менен немец тилинин ар түрдүү аспектилери боюнча окутуу ыкмаларынын тизмеси каралган, булар И.К. Ахунбаев атындагы Кырыз мамлекеттик медициналык академиясында окутуу процессин интенсификациялоонун натыйжалуу каражаты болуп саналат.

Негизги сөздөр: оюн, окутуунун натыйжалуу ыкмасы, шыктандаруу, чыгармачыл оюндар

GAMES AS AN EFFECTIVE METHOD OF TEACHING THE GERMAN LANGUAGE AT THE KYRGYZ STATE MEDICAL ACADEMY NAMED AFTER I.K. AKHUNBAEV

Elgondieva Toktobubu Abdykerimovna – Senior Instructor of German at the Department of Foreign and Latin Languages,
Kyrgyz State Medical Academy

Abstract. The article discusses a list of teaching methods using games in various aspects of the German language, which stimulates the cognitive activity of students in the learning process, and thereby is an effective means of intensifying the educational process at the Kyrgyz State Medical Academy Akhunbaeva Named After I.K. Akhunbaev.
Keywords: game, effective teaching method, motivation, creative games

Игры бывают языковые, коммуникативные, ролевые и деловые. К языковым играм относятся кроссворды, ребусы, загадки, игры с карточками, лабиринты и так далее. Отличаются эти игры однозначностью или ограниченностью и подсказкой решений, имитативно - репродуктивной деятельностью, проведением в форме соревнования. Языковые игры для начального этапа - это разнообразие упражнений для закрепления и активизации языкового материала, а также обучение несложным высказываниям и проводятся они в парной или групповой работе.

Коммуникативные игры привлекают к общению с помощью репродуктивно-продуктивных упражнений, которые ситуативно обусловлены и связаны с реализацией одного-двух речевых намерений, но роли здесь необязательны.

Ролевая игра предусматривает следующие три этапа: подготовительный, проведение игры и контроль. Для подготовительного этапа необходима предварительная работа преподавателя и студентов. Для такой подготовительной работы преподавателю необходимо:

1. подобрать тему с формулировкой проблемы; 2. отобрать и повторить необходимые языковые средства; 3. уточнить характеристику ситуации: место, время, количество участников, степень официальности; статусно - ролевые характеристики партнеров; личностные характеристики партнеров; речевые требования: запрос информации, выражение согласии или несогласии, аргументация собственного мнения и многое другое; 4. подготовить материалы для игры: наглядные пособия, карточки, фрагменты фильмов и т.д.; 5. уточнить цель игры.

Для подготовки к игре студенту необходимо: искать дополнительные данные по теме, изучить раздаточные материалы; повторить речевые формулы и лексику по теме.

На уроке необходимо выполнить ряд речевых упражнений, являющиеся предпосылкой для последующего ролевого общения: отгадать задуманное студентом имя ученого/ композитора/ врача с помощью вопросов. Парная работа завершается диалогом.

Примером такой работой у нас на уроке немецкого языка является игра *«Поле чудес».*

Деловая игра – это эффективный метод обучения иностранному языку для формирования профессионального общения. Признаки деловой игры:

1. Воссоздание реальной обстановки, где студенты являются носителями профессиональных ролей; 2. Ролевые задания, где обучение иностранному языку связано с профессиональной деятельностью; 3. Достижение целей игры в цепочке взаимосвязанных решений; 4. Проблемный характер ситуаций и их повторяемость; 5. Многогранность решений. Главной чертой деловой игры является наличие реальной ситуации, где язык является «инструментом профессионального общения». Здесь преподаватель является режиссером, но остается активным наблюдателем, не навязывая своего решения. Таким примером у нас служат игры *«Прием больного».* Игры для изучения иностранных языков развивают интерес к языку, помогают снять усталость и напряжение, психологический барьер, создают доброжелательную обстановку, повышают мотивацию у студентов к изучению языка, делают процесс обучения увлекательным занятием.

Игры бывают: 1. грамматические, лексические, фонетические, орфографические (они позволяют формировать и развивать языковые навыки); 2. творческие игры (позволяют развивать речевые умения и навыки, проявлять самостоятельность).

Вот некоторые примеры игр, используемые на уроке немецкого языка в Кыргызской Государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева.

Грамматические игры для изучения немецкого языка. Цели грамматических игр: практически применять знания по грамматике, создать естественную ситуацию для употребления грамматических конструкций в естественных ситуациях общения.

Цель: *закрепление Präsens aktiv*

Ход игры: Выполнение команд с комментариями. Играют по 3 студентов:

1 – отдает команду, 2- говорит, что он выполняет его команду, 3 – описывает действия второго.

1 – Arbeite viel! 2 – Ich arbeite viel! 3 – Er/sie arbeitet viel!

1 – Sprich mehr Deutsch! 2 - Ich spreche mehr Deutsch! 3 – Er/sie spricht mehr Deutsch!
1 – Lies den Text! 2 - Ich lese den Text! 3 – Er/sie liest den Text!
1 – Gib dem Arzt das Skalpell! 2 - Ich gebe dem Arzt das Skalpell! 3 – Er/sie gibt dem Arzt das Skalpell!
Цель: *закрепление падежей*
Ход игры: в наличии должен быть рисунок «Анатомия человека». Один студент называет болезнь, другой студент, задавая вопросы, показывает на картинке орган, где локализуется эта болезнь. 1 – Ophthalmitis, 2 – Im Auge? (показывает на картинке этот орган).
1 – Pharyngitis, 2 - Im Hals?
1 – Rhinitis, 2- In der Nase?
1 – Otitis, 2 - Im Ohr? Ход игры: в наличии должен быть рисунок «Анатомия человека». Один студент загадывает анатомический орган, другой студент, задавая вопросы, касающиеся месторасположения этого органа, отгадывает и показывает этот орган на картинке.
1 – Dieses Organ liegt in der Brusthöhle. 2 – Neben den Lungen? Links oder rechts? Das Herz?
1 - Dieses Organ liegt im Bauch. 2 – Links oder rechts? Über dem Darm? Neben dem Magen? Die Leber? 1 - Dieses Organ liegt im Kopf. 2 - Im hinteren/vorderen Teil des Kopfes? Innerhalb des Kopfes? Das Gehirn?
2. Лексические игры
Цель лексических игр: обогащение словарного запаса, употребление лексики в ситуациях, приближенных к естественной обстановке.
«Наращивание слов»
Цель: закрепление труднопроизносимой лексики по теме, тренировка памяти. Ход игры: студент называет первое слово. Каждый последующий студент должен назвать все предыдущие слова в том порядке, в каком они включались в игру, и сказать свое новое слово. Если студент забыл слово или перепутал порядок, то он выбывает из игры.
Цель: *запоминание тематической лексики*. Ход игры: Учитель раскладывает перед студентами карточки с лексикой по тематике, но среди этих слов есть слова, которые не соответствуют теме. Студенты должны найти эти слова.
3. Фонетические игры для изучения немецкого языка.
Большое внимание уделяется правильному произношению звуков на начальном этапе обучения немецкому языку. Целью фонетических игр является правильное произношение звуков в словах, правильная интонация на уровне слов, предложений, стихов, песен, скороговорок, пословиц. Фонетические игры – это обязательное условие для обучения иностранному языку на начальном этапе.
«Поиск звуков»
Цель: формирование навыков фонематического слуха.
Ход урока. Преподаватель дает задание: «Кто быстрее найдет в немецких словах истинно кыргызские звуки: ө,ү,ң?»
Цель: *Правильное произнесение отдельных звуков в скороговорках.*
Ход урока: Сначала преподаватель читает скороговорку, в которой немецкий звук „h“ произносится с придыханием: “Hans hackt heute Holz hinter Hoffmans Handelshaus“. Далее каждый студент должен прочесть эту скороговорку быстро и с правильным произношением звука «h».
4. Орфографические игры
Орфографические игры формируют и развивают речевые навыки. Эти игры служат целью усвоить правописание немецких слов. Эти игры развивают память студентов, а также воспроизведение орфографического образа слов.
Цель: *развивать орфографические навыки*
Ход урока: Учитель пишет на доске длинное слово. Из букв этого слова студенты должны составить новые слова и записать их в своей тетради. Выигрывает тот, кто много и правильно написал слов.
Цель: закрепить изученную лексику, развивать орфографические навыки.
Ход урока: Группа делится на две команды. Предварительно каждая команда должна подготовить свои кроссворды. На уроке они обмениваются кроссвордами. Выигрывает та команда, которая первой разгадает слова и правильно их напишет.
Аналогичная работа проводится также по разгадыванию ребусов.
5. Творческие игры для изучения немецкого языка.
«Правда или ложь»

Студенты определяют в графе правду или ложь по заданной тематике.

На карточке пишутся предложения на разные грамматические времена. Далее карточки перемешиваются. Группа делится на команды. Каждая команда собирает только те карточки, в которых есть предложения на необходимое им грамматическое время. Побеждает та команда, кто быстрее соберет необходимые для них карточки .

Какая из команд больше назовет синонимы/антонимы к словам?

Игры в процессе обучения способствуют обучению устной речи на разных этапах обучения иностранному языку.

Игры на аудирование текста развивают аудитивную память, учат студентов понимать смысл однократного высказывания, выделять главное в потоке информации.

После прослушивания текста команды задают друг другу вопросы по содержанию текста. Побеждает та команда, которая правильно ответила на вопросы.

После прослушивания текста можно разыграть сценку по содержанию текста, где студенты могут показать свои артистические способности.

Можно также любое упражнение или задания к тексту превратить в игру, включив дух соперничества. Игра способствует выявлению творческих способностей, развитию личностного творческого потенциала, понимает самооценку, развивает умение принимать самостоятельное решение. Например, при изучении грамматической темы «условные предложении» можно использовать игру «цепочка». Каждый студент придумывает свое предложение, переделав придаточное предложение из предыдущего примера в главное в своем.

Итак, игры, применяемые на уроках немецкого языка в Кыргызской Государственной медицинской академии, являются эффективным методом обучения языку и реализуют воспитательные цели обучения.

Игра активизирует познавательную деятельность студентов, способствует получению ими новых знаний, развивает интеллект человека, память, мышление, воображение, активность, наблюдательность, внимательность, коллективизм, дисциплинированность.

Список литературы:

1. *Конышева, А.В. Игровой метод в обучении иностранному языку. – СПб.: КАРО, 2008. – 192 с.*
2. *Мухиддинова, С.А. Роль игры в процессе изучения английского языка / С.А. Мухиддинова, Д.С. Уралова // Молодой ученый. – 2013. - №7. – С. 397 – 399.*
3. *Петричук, И.И. Еще раз об игре / И.И. Петричук // Образование в современной школе. – 2006. - № 10.- С. 38 – 40.*
4. *Стронин, М.Ф. Обучающие игры на уроке английского языка / М.Ф. Стронин. – М.: Просвещение, 2001. – 370 с.*
5. *Эльконин, Д.Б. Психология игры. - М.: Просвещение, 1987. – 350 с.*
6. *www.galau.com/ru/article-игры-для-изучения-английского-классификация-игр*

ПИСЬМО И ПИСЬМЕННАЯ РЕЧЬ В ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКАМ

Б.Д. Тентимишева[1], Е.А. Мамытканова[1]

[1]Кыргызская Государственная Медицинская Академия им.И.К. Ахунбаева,
Кафедра иностранных и латинского языков,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье рассматривается формирование и совершенствование письменной речи в процессе обучения иностранным языкам.

Ключевые слова. Письменная речь, иностранные языки, обучение, письмо, грамотность.

ЧЕТ ТИЛДЕРИН ОКУТУУДА ЖАЗУУ ЖАНА СҮЙЛӨП-ЖАЗУУ

Б.Д. Тентимишева[1], Е.А. Мамытканова[1]

[1]И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Чет тилдер жана латын тили кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада чет тилдерге окутуу процессинде ойду сүйлөп-жазуу аркылуу жеткирүү көндүмдөрүн калыптандыруу жана өркүндөтүүнүн жогорку орду каралат.
Негизги сөздөр. Сүйлөп-жазуу, чет тилдери, окутуу, жазма, сабаттуулук.

WRITING AND WRITING-SPEECH SKILLS IN TEACHING FOREIGN LANGUAGES

B.D. Tentimisheva[1], E.A. Mamytkanova[1]
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Department of Foreign and Latin languages,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. This article deals with the formation of writing-speech skills in the process of teaching foreign languages.
Key words. Writing-speech, foreign languages, language acquisition, writing, literacy.

Введение.
В настоящее время в процессе обучения иностранным языкам особое значение имеет формирование и совершенствование коммуникативных умений в области письменной речи, т.е. развитие навыков изложения мыслей в письменной форме. В сегодняшних условиях экономики свободного рынка, в условиях «информационного» века в результате широкого использования современных средств коммуникации, как электронная почта и интернет, значимость письменного речевого общения все больше возрастает. Поэтому развитие навыков и умение письменной речи дает возможность будущему специалисту грамотно переводить и писать специализированные тексты на иностранном языке, грамотно написать официальные и неофициальные письма, доклады, сопроводительные письма, составить резюме, заполнить анкеты и различные формуляры на иностранном языке.
Материалы и методы.
Письмо и письменная речь в методике обучения иностранным языкам выступают не только как средства обучения, но все больше как цель обучения иностранным языкам. Так, по мнению Колоницкой О.Л. целью обучения иноязычной письменной речи является формирование лингвистической, коммуникативной и лингвострановедческой компетенции. К лингвистической компетенции относятся знание языка и правила его функционирования в процессе иноязычной коммуникации. Коммуникативная компетентность в области иноязычной письменной речи- это способность воспринимать и порождать иноязычную письменную речь в соответствии с условиями коммуникации, т.е. развитие умений создавать письменные сообщения – тексты, например официальные письма, необходимые в процессе межкультурной коммуникации. Лингвострановедческая компетенция включает в себя знания основных особенностей социокультурного развития страны изучаемого языка и умение осуществлять коммуникации в соответствии с этим. Следовательно, необходимо уделять внимание учебной письменной речи, так как лона является основной коммуникативной письменной речи и способствует формированию орфографических навыков, пунктуационных навыков, улучшает знание грамматических и разговорных формул, а также способствует расширению лексического запаса студентов. К учебной письменной речи относятся все языковые и условно речевые упражнения, выполняемые в письменной форме.
К грамматически и лексически направленным речевым упражнениям относятся следующие виды упражнений:
- передать письменно главную мысль прочитанного или прослушанного ;
- составить письменно вопросы к прочитанному или прослушанному;
- передать кратко в письменной форме основное содержание прочитанного или прослушанного;
- составить план к тексту;
- озаглавить текст с письменным обоснованием выбора названия текста и т.д.
Согласно Плехановой М.В, письмо - это техническая фиксация речи, которая включает формирование графических навыков (правильно изображать буквы), каллиграфических навыков (четко и ровно писать буквы), фонетических и орфографических навыков (корректно перекодировать звуки речи в соот-

ветствующие знаки письма), а письменная речь – это процесс и результат общения, который получает свое воплощение в виде текста.

Навыки изложения в письменной речи своих мыслей на иностранном языке формируются последовательно и постоянно с использование соответствующих упражнений. Так, немецкий методист Герхард Нойнер предлагает следующие упражнения репродуктивно- продуктивного характера, выполняемы письменно и составленные с определенной последовательности от простого к сложному:

- восстановите начало и конец истории;
- восстановите диалог по отдельным «направляющим» репликам;
- выступите в роли собеседника;
- измените вид текста, диалог – в описание, сообщение – в диалог;
- опишите ситуацию в тексте или диалоге.

Результаты и их обсуждение.

Обучение письменной речи предполагает несколько этапов. На первом этапе можно читать и переводить готовые письма, анкеты, резюме, выписывая и заучивая новую лексику, обращая внимание на грамматические конструкции, на синтаксические и стилистические особенности письменных текстов различного вида. Количество текстов писем должно быть достаточно, чтобы анализировать их, расчленять или наоборот соединять части писем, собирать средства выражения для дальнейшего их использования. На следующем этапе необходимы подставочные упражнения на закрепление лексических и грамматических конструкций (вставить в пропуски соответствующие лексические единицы), упражнения на трансформацию и комбинирование (поставить глаголы в соответствующем времени и залоге), соединить простые предложения в сложные, сформулировать предложения, соответствующий данной ситуации, опираясь на полученные лексические и грамматические навыки. Большое значение имеют упражнения на запоминание речевых формулировок и клише, используемых в письмах, на запоминание способов выражения благодарности, согласия или несогласия и т.д. При чтении таких текстов необходимо уметь выделить отдельные важные фразы, опорные мысли , ключевые слова. На последующем этапе можно давать задания написать самим на иностранном языке письма делового или личного характера, заполнить анкету, формуляры, написать резюме.

Выводы.

Упражнения по развитию навыков иноязычной письменной речи дают студентам возможность:

- развивать навыки редактирования;
-практиковаться в изложении мыслей в письменном виде;
- использовать накопленный материал в дальнейшем;
- употреблять и запоминать новые слова и выражения.

Таким образом, обучение студентов иноязычной письменной речи реализуется в процессе овладения ими соответствующих знаний, речевых навыков и коммуникативных умений, необходимых для создания письменного текста, который служит средством общения в профессиональной сфере и в повседневной жизни.

Литература:

1. *G. Neuner. Methoden des fremdsprachigen Deutschunterichts. Munig: Langenscheidt, 1993. - ____ с.*
2. *Соловова Е.Н. Методика обучения иностранным языкам. М.: Аст: Аст-рель, 2008. - ____ с.*
3. *Колоницкая О.Л., Хруненкова М.Л. Обучение студентов иноязычной письменной речи. Интернет-журнал «Эйдос» - 2010. - ____ с.*
4. *Абдрахманова Л.В. Обучение иноязычной письменной речи студентов технического вуза. Сам.ГУПС, 2012. - ____ с.*

ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА В МЕД АКАДЕМИИ

Тешебаева Д.Т., Байгазиева Н.К.

Преподаватели кафедры иностранных и латинского языков КГМА

Обучение иностранному языку в мед академии особенно актуально в интересах нашего общества в укреплении и расширении международных связей с другими государствами и народами, ростом культурного, научного сотрудничества.

Ключевые слова: методика, произношение, речевые умения, практическое владение языкам, комплексность.

МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯДА ЧЕТ ТИЛДИ ОКУТУУНУН КӨЙГӨЙЛҮҮ МАСЕЛЕЛЕРИ

Тешебаева Д.Т., Байгазиева Н.К.
КММАнын чет тилдер жана латин тил болумунун окутуучулары

Мед академияда чет тилин окутуу озгочо биздин коомдук кызыкчылыгында башка чет олколор менен эл аралык байланыштарды бекемдоо жана кенейтуу менен катар маданий жана илимий кызматташтыгынын онугушу абдан актуалдуу.
Өзөк сөздөр: методика, кыраат, суйлой алуу дагдасы, иш жузундо тилде суйлой алуу, комплекстуулугу.

PROBLEMS OF TEACHING ENGLISH LANGUAGE AT MEDICAL ACADEMY

Teshebaeva D.T., Baigazieva N.K.
Teachers of Foreign and Latin languages department of KSMA

Teaching foreign language at medical academy is essential in favor of our society to strengthen and enhance international relations with other countries and nations. It is connected with the development of cultural and scientific cooperation.
Key words: methods, pronunciation, speech skills, communicative competence, complexity.

Проблема изучения английского языка в мед академии особенно актуальна в целях повышения эффективности обучения английского языка студентов, у которых английский язык не является специальностью. Как известно изучению английского языка в мед вузе отводится ограниченное количество времени, программа предусматривает формирование у студентов умений и навыков говорения, чтобы они овладели языком практически, т.е. развить речевые навыки и умения. Студенты должны в короткие сроки научится понимать и переводить оригинальные тексты по специальности одновременно, студентов надо обучить и развить речевые умения, говорение, чтение.

Основными задачами при обучении английского языка в мед вузе является, на начальном этапе постановка и коррекция произношения, первичное обучение чтению орфографии, обучению простейшим и наиболее распространенным языковым структурам, обучению умению высказывается по ряду вводных тем, таких как «моя семья», «мой рабочий день» и т.д. Во время устного вводного курса индуктивным путем формируем у студентов представления об основных группах английских времен, обучаем умению задавать основные типы вопросов - общего, альтернативного и специальных в рамках изученных языковых структур. Но самое главное – уже к концу устного вводного курса мы стараемся сформировать у своих студентов уверенность в своих силах, научив их, немного объясняться на английском языке.

Основным методическим принципом при обучении языку для нас является комплексность участия различных анализаторов – слуха, зрения, моторики. В качестве средств обучения можно рекомендовать использование карточек, грамматических таблиц для конкретных занятий, тематических картинок. Впрочем, следующим этапом обучения английского языка в мед вузе является, по нашему мнению, обучение грамматической речи, а также медицинских терминов. Также при обучении английского языка в мед академии большой проблемой является отбор грамматического материала. Критерием отбора грамматического минимума является поэтапная последовательность овладения грамматическим материалом в условиях ограниченного количество времени.

Речевые умения основаны на трех типах навыков – грамматических, лексических, произносительных. Они взаимосвязаны и взаимообусловлены в речевом умении. Особенно тесная связь характерна для лексических и грамматических навыков, т.к. скорость использования грамматической формы зависит от того, насколько быстро и правильно говорящий подбирает нужное слово, использует их в своей речи. Автоматизировать грамматическую форму можно только на основе хорошо усвоенных лексиче-

ских единиц, то есть студент должен усвоить произношение, лексику языка и грамматику. Нельзя говорить на иностранном языке, не зная его грамматики. В методической литературе разработаны основные принципы отбора грамматического минимума. В активный грамматический минимум включаются те явления, которые необходимы для продуктивных видов речевой деятельности. Таковыми считаются:
1. Принцип распространенности в устной речи;
2. Принцип образцовости.
Активный грамматический минимум – ядро всего грамматического материала для студентов медицинского вуза. К проблеме обучения английского языка в мед вузов также относится ускорение учебного процесса т.е. добиться повышения его эффективности без увеличения количества часов. Ускорение учебного процесса – это практический подход к усвоению речевых явлений. Это означает, что студенты осваивают те речевые навыки и грамматические явления, которые необходимы для практических целей. Надо обучать студентов правильному использованию лексики и грамматики, а не автоматических знаний. В тоже время ускорение обучения английского языка – это, прежде всего повышение эффективности работы каждого студента. Это значит необходимо использовать рациональный метод обучения такие как:
1. Повышение эффективности работы преподавателя в виде его профессионализма;
2. Эффективная методически правильная организация занятия;
3. Сознательный подход студентов к изучению иностранного языка.
Профессионализм преподавателя состоит не только в отличном знании языка, методики преподавания иностранного языка, но и в умении организовать всех студентов активно работать на протяжении всего занятия. Это значит совместный труд преподавателя и студентов.
Эффективная и правильная в методическом плане организация занятия предполагает, что преподаватель должен детально разработать план занятия, должен выяснить с какими трудностями студенты столкнутся при работе над конкретными заданиями.
Также особое внимание при обучении языка надо уделить обучению диалогической форме общения. Диалогическая речь представляет собой цепь реплику, 2-3 и более собеседников. При обучении диалогу важно научить студентов начать диалог, быстро реагировать на реплики, поддержать, закончить разговор (диалог). Обучение Диалогической речи строится чаще всего на диалогах – образцах, а также на некоторых структурных элементах диалога. При дедуктивном подходе обучение начинается с диалога образца, по аналогии с которым студенты строят свои собственные диалоги.
При индуктивном подходе к обучению диалогической речи обучение начинается с усвоения элемента к самостоятельному ведению диалога. Индуктивный подход находит все больше сторонников, т.е. он с первых шагов направляет обучающее взаимодействие, составляющее основу диалога. Можно выделить три вида работа над материалом: Заучивание диалогических единств – комбинирование реплик – грамматическими и лексическими преобразованиями реплик.
Мы должны дать языковые средства, которые обеспечивают эмоциональность диалогической речи, чтобы приблизить ее к нормальной естественной речи. Сознательный подход к изучению английского языка состоит в том, чтобы студенты осознали смысл и понимание для чего они изучают английский язык. Необходимо показать студентам, что изучение английского языка является серьезным испытанием для характера студента, для воспитания его настойчивости, настоящим испытанием воли студента, развитие его умственных и творческих способностей.
Студенты 1 курса мед академии – это молодые люди уже профессионально ориентированные на свою специальность, поэтому преподаватель иностранного языка должен найти такие приемы преподавания, которые стимулировали бы студентов к изучению иностранного языка. Иностранный язык является для этих студентов наиболее трудоемким предметом в мед вузе, поэтому предыдущая учебно – профессиональная деятельность студента во многом определяет его отношение к иностранному языку. Следует опираться на такие приемы обучения, которые не только обучали, но и воспитывали и развивали желание изучать иностранный язык, хотя иностранный язык является не профилирующим предметом. Для повышения мотивации изучения иностранного языка в мед академии надо изменить психологию и настрой студентов в изучении иностранного языка, так как они являются следствием:
- отсутствия умения работать самостоятельно;
- слабой языковой подготовки абитуриентов.

Значит надо усилить фактор мотивации. Мотив – стимул к действию, повышение эффективности обучения иностранным языкам за счет улучшения психологического климата на уроке.

Также хотим обратить внимание на идею комплексности образования и воспитания. Современный человек не может быть образованным, не зная иностранного языка. Именно это определяет ведущую цель обучения иностранному языку в мед вузе – воспитание, развитие и образование студентов средствами данного предмета на основе и в процессе практического овладения или иноязычной речевой деятельности. Необходимость обучения иностранном языку в мед вузах как новому средству коммуникации определяет также интересы нашего общества в укреплении и расширении международных связей с другими государствами и народами, рост культурного, научного сотрудничества.

Однако необходимо помнить о том, что коммуникативные цели обучения иностранному языку определяются условиями его преподавания в вузе, т.е. количество часов, ограниченным объемом материала, наполняемостью группы и т.д. Поэтому практическая цель обучения иностранному языку в мед вузе заключается в формировании у студентов основ практического владения иностранным языкам. Термин «практическое владение иностранным языкам» может быть определен как умение выражать свои мысли и понимать мысли других в устной и письменной форме, т.е. умение пользоваться языком как средством общения. Умение студентов пользоваться всеми видами речевой деятельности в пределах ограниченного материала. Имеется в виду коммуникативный - достаточный уровень владения иностранным языкам, который составляет базу для дальнейшего профессионально – ориентированного доучивания. Мы должны обеспечить владение именно основами практического владения языкам.

В вышеуказанной статье нами была сделана попытка изложить основные проблемы при обучении иностранному языку в мед вузах, но, как известно пути решения этих проблем могут быть разноплановыми. Важнее же всего – результат. К концу учебного года студенты в независимости от стартового уровня подготовки уже способны говорить на несколько программных тем, овладевают произношением, читают и пересказывают тексты по специальности. Студенты убеждаются в пользе и необходимости изучения иностранного языка и в дальнейшем им самим решать вопрос продолжения изучения иностранного языка.

Список использованной литературы:

1. Гез Н.И. Методика обучения иностранному языку. М., 1982;

2. Пассов Е.И. Цели обучения иностранного языка на современном этапе развития общества. ИЯШ, 1987 № 7. С 20;

3. Китайгородская Г.А. Оптимальная организация учебного процесса при интенсивном обучении иностранным языкам взрослых;

4. Методика обучения английскому языку;

5. Лысенкова С.Н. Когда легко учиться, В кн.: Педагогический поиск. / Сост. И.И. Баженова. – 3 – е изд. С исир. И доп. – М. педагогика. 1989 – с 59-100.

ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ АНГЛИЙСКОМУ ЯЗЫКУ В КГМА им. И.К. АХУНБАЕВА

Замалетдинова Г.С., Молдокулова Л.Д.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева

ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлены новые информационные технологии в процессе обучения анлийскому языку в КГМА.

Ключевые слова: информация, технологии, Интернет, английский язык

И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КММА ДА АНГЛИС ТИЛГЕ ОКУТУУ

Замалетдинова Г.С., Молдокулова Л.Д.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
Ректор – м.и.д, проф. Кудайбергенова И.О.
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме: Бул макалада КММАда англис тилин окутуу процессинде жаңы маалыматтык технологиялар менен камсыз болуу.
Башкы сөздөр: маалымат, мүнөздөмөлөрү, Интернет, англис тили

INTRODUCTION OF NEW INFORMATION TECHNOLOGIES IN THE PROCESS OF TEACHING ENGLISH AT I. K. AKHUNBAEV KYRGYS STATE MEDICAL ACADEMY

Zamaletdinova G.S., Moldokulova L.D.
Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev
Rector – d.m.s., prof. Kudaibergenova I.O.
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: New information technologies during the process of teaching English at KSMA are given in this article.
Key words: information, technologies, Internet, English language.

Современное общество предъявляет повышенные требования к образованию и общему развитию студентов, эффективности усвоения программы. Необходимо научить каждого студента за короткий промежуток времени получать, перерабатывать, оценивать и использовать в практической деятельности большой объем информации, очень важно организовать процесс обучения так, чтобы студент активно, с интересом и увлечением работал на уроке, видел плоды своего труда и мог самостоятельно их оценить. Помочь преподавателю в решении этой непростой задачи может сочетание традиционных методов обучения и современных информационных технологий в том числе и компьютерных с использованием интернет ресурсов.

Наиболее положительным в использовании Интернета является его информативность, а также велика его роль в повышении мотивации обучения. Если студенты занимаются с интересом, то, как правило, и успехи их улучшаются. Они наглядно представляют себе, для чего им нужны хорошие языковые знания. Для уроков с использованием Интернета характерны самостоятельность учеников в выборе материала, их активность и заинтересованность. Компьютер - это учитель, который терпеливо исправляет ошибки учащихся. Используя Интернет, можно воспользоваться любыми банками данных и разными энциклопедиями, непосредственно общаться через любые расстояния с носителями языка.

На настоящий момент в Интернете сделаны только первые шаги по созданию электронных учебных курсов. Это такая же трудная работа, как и написание традиционного учебника. Пока не создана типология упражнений для работы с Интернетом. Большинство лексических и грамматических упражнений отличаются однообразием. Аутентичный материал, взятый из Интернета, часто можно использовать только в работе с обучающимися, имеющими достаточные языковые знания.

Постепенно Интернет станет техническим средством обучения, помогающим качественно улучшить процесс изучения иностранных языков.

Регулярное использование Интернета на уроках делает процесс обучения английскому языку более привлекательным для студентов, так как они получают неограниченный доступ к интересным страноведческим материалам, которые выгодно отличаются от статичных устаревших текстов в учебнике. Благодаря электронной почте и Chat (англ. - «разговор») студенты могут общаться со своими сверстниками в любых странах. Они расширяют, свой словарный запас, в первую очередь обиходную лексику, улучшается их орфография. Обучаемые сами могут участвовать в подборе материала для урока и чувствуют себя более самостоятельными.

Если в традиционном учебнике материал статичен, то в компьютере он подаётся с помощью аудио, видео и анимации. Все тексты в Интернете аутентичные.

Упражнения в электронных учебных курсах подходят для самостоятельной работы, так как в виде помощи им даются грамматические таблицы и лексические структуры. Упражнения дополняются акустическими и анимационными трюками, что делает их более наглядными и привлекательными. *Компьютер помогает учащимся исправлять ошибки так, чтобы они не боялись их допускать, что является очень важным моментом в обучении студентов иностранному языку.* Студенты могут работать в подходящем для них режиме: компьютер их не подгоняет, а терпеливо ждёт, пока они сами справятся с упражнениями. Компьютер проводит дифференцированный анализ ошибок и объективно оценивает сделанные упражнения.

Тексты с пропущенными словами могут подбираться индивидуально для каждого студента. Можно варьировать частоту пропусков или включать пропуски в зависимости от грамматической или лексической темы (пропуск артиклей, неопределённой формы глаголов, вспомогательных глаголов, окончаний имён существительных или прилагательных и т.д.).

Учебные проекты, связанные с электронной почтой, позволяют применять полученные языковые знания в реальной ситуации общения и к тому же письменно. Вся проделанная работа потом устно обсуждается в классе на уроке и по возможности на иностранном языке.

Тексты, полученные по электронной почте, могут представлять трудности, но студенты заинтересованы быстрее их преодолеть, чтобы понять содержание текста и составить ответ на полученное сообщение от сверстников. В таких текстах, как правило, используется обиходный язык, что является одновременно и трудным, и привлекательным для студентов.

В интернете опубликовано несколько миллиардов мультимедийных файлов на английском языке, содержащих учебно-методическую и научную информацию. При подготовке к уроку преподаватели английского языка имеют возможность использовать материалы различных отечественных и зарубежных сайтов.

На сайте Media Awareness Network можно найти подробные разработки уроков с поэтапным указанием действий, а также материалы для самообразования и повышения профессиональных навыков преподавателя.

Сайт Teaching English был специально разработан для преподавателей английского языка. Здесь представлены статьи, посвященные преподаванию различных аспектов языка. Общение в форуме с преподавателями со всего мира дает возможность обсудить любые возникающие вопросы. Многие университеты Кыргызстана имеют кабинеты, оборудованные компьютерами с доступом в Интернет. В этом случае преподаватели иностранного языка могут использовать Интернет-ресурсы непосредственно на уроках. Однако следует помнить, что компьютер не заменяет учебник, а лишь дополняет его, делая урок более интересным, информативным, мотивируя учащихся на активное включение в процесс обучения. Использование Интернет-технологий повышает эффективность урока в том случае, если материал подобран в соответствии с целями урока, уровнем владения языком студентов, их возрастом и интересами. Студенты должны владеть элементарными навыками работы с компьютером, а преподаватель уметь четко формулировать задания. Тогда темп урока будет достаточно высоким, и для выполнения заданий на компьютере потребуется меньше времени. В Интернете можно найти большое количество сайтов, разработанных специально для тех, кто изучает английский язык. Представленные материалы, можно использовать как на уроке, так и для самостоятельной работы дома.

Интересную дополнительную информацию по разным темам можно найти на сайте BBC. Кроме того в процессе обучения студентам могут быть предложены тесты на английском языке, которые помогут им оценить свой образ жизни, интеллект, память и внимание.

Портал-Sites for Teachers предлагает 1140 ссылок на веб-страницы, где можно найти материалы для студентов с разным уровнем владения языком.

На сайте Learn English представлены аутентичные аудио и видеоматериалы, тексты для чтения, игры, тесты для студентов с разным уровнем владения языком. Материалы могут быть использованы на любых этапах урока. Например, тексты подходят для обучения навыкам поискового чтения для студентов 1 курсов. Различная тематика, небольшой объем текстов и достаточно простая лексика позволяют подбирать для работы на уроках, соответствующие теме и целям, которые поставил преподаватель. После каждого текста студенты могут выполнить небольшое (не более 10 вопросов) тестирование на понимание текста (ответить на вопросы, выбрать один ответ из четырех, определить, соответствует ли

высказывание тексту и так далее), и сразу же проверить правильность ответов и получить независимую оценку. На этом сайте также существует виртуальное сообщество, где люди из разных стран имеют возможность общаться в режиме реального времени.

Сайт English Grammar Online... *the fun -way to learn English!* может быть использован на уроках. В разделе «Грамматика» вы найдете правила с подробными объяснениями и примерами, разно уровневые задания, итоговые тесты. Материалы можно использовать на этапе тренировки (например, правописание формы третьего лица единственного числа английских глаголов, правописание формы причастия II, образование вопроса и отрицательного предложения) и для контроля знаний. В каждом тесте не более 20 вопросов, где нужно ввести форму глагола, задать вопрос, восстановить предложение. Итоговые тесты предполагают сравнение двух и более грамматических явлений.

На сайте *English Learner: English Lessons and Tests* можно найти большое количество тестов по грамматике, лексике, аудированию и чтению. Во время выполнения тестов можно просматривать комментарии. „По итогам, выполнения задания студенты получают результат в процентах, они могут самостоятельно выставить себе оценку в зависимости от установленных преподавателем критериев.

Часто студенты тратят много времени на поиск незнакомых слов в словаре. Эту задачу значительно облегчают он-лайн словари, такие как Мультитран. Огромное достоинство этого словаря - постоянное обновление и пополнение списка слов. Даны примеры использования слов в различных контекстах. В словарной статье значения слов сгруппированы по сферам употребления.

Применение новых информационных технологий в учебно-воспитательном процессе позволяет преподавателям реализовать свои творческие идеи. Таким образом, реализуется основное требование современного образования - выработка у студентов образовательного процесса индивидуального стиля деятельности, культуры самоопределения, стимулирование их личностного развития.

Список литературы:

1. *Раушенбах В.Э. Краткий обзор основных методов преподавания иностранных языков М., 1991. -С. 78-84.*
2. *Kern, R. Restructuring classroom interaction with networked computers: Effects on quantity and quality of language production. Modern Language Journal, 1995, 79(4), 457-476.*
3. *Sayers, D. Distance team teaching and computer learning networks. TESOL Journal, 1993, 3(1), 19- 23.*
4. *Wang, Y.M. E-mail Dialogue Journaling in an ESL Reading and Writing Classroom. Unpublished Ph.D. dissertation, 1993University of Oregon at Eugene.*

«МАНАС» ЭПОСУ АКУШЕРЛИК ИЛИМ БУЛАГЫ
(кош бойлуулук, төрөт же акушерлик жөнүндө маалыматтар)

Мусуралиев М.С.
И.К. Ахунбаев атындагы КММА, №1 акушерлик жана гинекология кафедрасы,
Бишкек ш.

Кыскача мааниси: “Манас” эпосун (Сагымбай Орозбак уулунун, Ш. Азизовдун варианты боюнча) кеңири талкуу, учурдагы акушерлик кызматындагы эне менен баланын саламаттыгын коргоо боюнча маселелер – баланын бойго бүтүшү, төрөлүшү, Умай эне жана башкалар салыштырма иликтөө менен чагылдырылган.
Өзөктүү сөздөр: Манас эпосу, кош бойлуулук, төрөт.

ЭПОС МАНАС – ИСТОЧНИК АКУШЕРСКОЙ НАУКИ
(беременность, роды и акушерские услуги)

Мусуралиев М.С.
КГМА им. И.К. Ахунбаева, кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Бишкек

Резюме: В данной сообщении представлен сравнительный анализ информации о культе материнства, беременности и родах, и другие проблемы акушерства на основе изучения эпоса Манас (по вариантам Сагымбай Орозбак уулу и Ш. Азизова) и современные проблемы безопасного материнства.
Ключевые слова: Эпос Манас, беременность, роды

EPOS MANAS – A SOURCE OF OBSTETRIC SCIENCE
(pregnancy, childbirth and obstetric services)

Musuraliev M.S.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Obstetrics and Gynecology №.1, Bishkek.

This report presents a comparative analysis of information about the cult of motherhood, pregnancy and childbirth, and other obstetric problems based on the study of the MANAS epic (according to the options of Sagymbay Orozbak uulu and Sh. Azizov) and modern problems of safe motherhood.
Keywords: Epos Manas, pregnancy, childbirth.

Эне тилин билбеген,
эси жогун аныктайт.
Эне тилин сүйбөгөн,
элин сүйүп жарытпайт.

Байдылда Сарногоев

Көйгөйдүн маанилүүгү. Улуттун генетикалык корун сактоодо эненин ден-соолуугун коргоо маселеси медицина жана ага жамаатташ тармактарда эң маанилүү маселе катары кала берет [1].
Негизги максат ата-бабадан калган элдик көрөңгөгө таянып азыркы келечекте ошол уюткуну, тил байлыгынын берекесин, кут билимди андан ары улантып, өнүктүрүп кетүү керек.
Акушерлик медицинадагы эң байыркы тармак. Анын негиздери медицина тарыхында кеминде 50 миң жыл мурда жана анын калыптануусу XVII-XVIII кылымдарда башталган.
Учурдагы абал. Кыргыз Республикасы 2000 жылы **миң жылдыктын саммитинин** жыйынтыктары боюнча миң жылдыктын Декларациясына 189 мамлекеттин катарында кол койду. Бул Декларацияга кол койгон учурдан баштап Кыргыз Республикасында миң жылдыкты Өнүктүрүү Максаттарына (МӨМ) жетишүүнүн алкагында көп иш чаралар каралган.

Учурдагы **дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун (ДСУ**) далилдүү медицинага негизделген стратегиялык колдонмолору жалпы клиникалык адаттагы медицинага караганда салыштырма натыйжалуу жакшыртылган кароону берет.

Биздин өлкөдө да энеликти коргоо боюнча натыйжалуу перинаталдык кароо Улуттук саламаттык сактоо реформасынын алкагында иш жүзүнө ашырылууда [2]. Аларга «Дени сак улут» мамлекеттик улуттук артыкча көйгөй катары кабыл алынып, «Манас таалими» жана "Ден соолук" саламаттык сактоо программасынын алкагында жана Бүткүл Дүйнөлүк Банктын Саламаттыкты Сактоо секторун реформалоо долбоорунун, энелерге жана балдарга көрсөтүлгөн кызматына, өзгөчө аялдардын тукум улоолук ден соолугуна басым жасоо менен көңүлүн өзүнө бурду [3]. Акушерлик боюнча негизги маалыматтар медициналык билим берүү тармагына тиешелүү жана клиникалык практика менен жаш дарыгерлерди даярдоо жогорку билим берүү боюнча кабыл алынган программага туура келет.

ИЛИКТӨӨ ЖАНА ТАЛКУУ

Учурдагы акушерлик кызматдагы эне менен баланын саламаттыгын коргоо боюнча маселелерин "Манас" эпосундагы (Сагымбай Орозбак уулунун, Ш. Азизовдун варианты боюнча) берилишин салыштырма иликтөө менен кеңири талкуу жүргүзүлдү [4, 5]. Төрөттө жардам берүү байыркы замандан бери колдонулуп келе жаткан медицина тармагы. Негизги ыкмалар XVII-XVIII кылымга чейин топтолуп акырындап акушерлик жана гинекология медицинанын негизки бир тармагы катары калыптанды. Азия жана Африка элдеринин медицина тарыхында, археологиялык, этнографиялык, фольклордук чыгармаларда жана папирустарда жазылган; ал эми чыгыш элдеринде табыпчылык же бүбүчүлүк катары элдик медицинада камтылып келген.

Андан кийинки Кыргыз Республикасында Саламаттык сактоо тармагында аялдардын ден соолугун жана акушерлик кызматтын калыптанышы шарттуу түрдө үч мезгилге бөлүп караса болот: а) элдик медицина мезгили, б) советтик медицинанын калыптанышы, жана в) саламаттык сактоонун реформалоо мезгили (Чернова Н.Е., 2009) [6].

Элдик медицина мезгилине таандык саламаттыкты сактоого арналган илимий эмгектер жокко эсе. Жалпы дүйнөлүк медицинанын өнүгүүсүндөй эле кош бойлуу аялдарды төрөтүүгө жардамды бүбү же табыптар (*Умай эне*) жардам берген. Падышалык Россия империясынын жарым колониалдык аймактарында аялдар укуксуз, үй жана коомдогу оор акыбалы, атайын медициналык жардамдын жоктугу менен шартталган.

Саламаттыкты сактоо тукум улоо мүнкүнчүлүгү (репродуктивдик) же тукумсуздук жөнүндө көчмөндүк доордо өзгөчө маниге ээ жана келечекте ымыркай уруунун коргоочусу катары, ата менен энесинин тукум улаачусу катары каралган.

Жакып байдын баласы жоктукту эпосто анын арман катары, төмөндөгү саптар менен сүрөттөлөт [4]:

"Тукуму жок өтөм деп,
Туяксыз кантип кетем деп,
Жалгыз куу башым бар,
Датым кимге жетем деп,
Күндө-түндө тыным жок,
Дүнүйө жыйдым эпеңдеп,
Ажал жетсе бир күнү,
Акыретке кетем деп...[15,16]
...Тутунарга туяк жок,
Тууганынан айрылган,
Журтта мендей чунак жок.
Карманарга канат жок,
Канатынан айрылган
Калкта мендей чунак жок...
Акыретке бет алсам,
Атакелеп артымдан,
Наалып калар балам жок"...[17]

Кыргыз Республикасында салттуу медицина тармагында аялдарды төрөтүү рахманов керебетинде акушерка тарабынан кабыл алынат. Учурдагы дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун (ДСУ) далилдүү

медицинага негизделген колдонмолору таасирдүү жана жакшыртылган перинаталдык кароодо (“эркин төрөт”), эненин кызыкчылыгы жана каалоосу эң алдыңкы орунга, акушердик жардам берүүдө медициналык кийгилишүү өзгөчө кырдаалда гана керек болгондо колдонулат.
Төрөт даярдануу Манас эпосунда акушерлик кызматка тиешелүү саптар Ш. Азизовдун вариантында мындайча айтылат [5]:

“Угуп тургун, Кара кыз,
Мен айтайын кебимди ук:
Ээн сайдан мунарык
Мунарыктын жээгинде,
Талы чыгат мунарып.
Бассаң –турсаң, катыгун
Кадимкидей бошонуп,
Аса-муса таяктай
Өсүп турат кубарып.
Бай Жакыптын зулпукор
Нар кесмени ал, -деди,
Ошол жерге бар,- деди,
Эки кулач таякты
Кыйып ала кел,- деди.[5,41]

Андан тышкары, талгак жөнүндө, төрөттө ай толгоо түшүнүгү жана бошонууга жардамчы менен же бүбү, бакшынын колдоосу менен (Умай эненин) кабыл алуу каралган.

Тойдон кийин токтолуп
Эки жыл тамам өтүптүр.
Эр Манас бойго бүткөнү
Тамам үч ай жетиптир,
Байбиченин көңүлү
Башкага ооп кетиптир.
Өз тамагы эсте жок,
Же көрүнүүчү көзгө жок,
Бал, шекерге карабайт,
Башка тамак жарабайт,
Жесем деп жолборс жүрөгүн,
Мындан башка санабайт.
Жетпейт жолборс жүрөгү,
Жинди болуп байбиче
Жеригинен жүдөдү. [51 б]...
...Чала- була бышырып,
Жанга бербей жалмады.
Сонун экен бу да деп,
Сорпосун ичем жуда деп,
Эки аяктай сорпосун
Немесин койбой жалмады.
Байбиченин талгагы
Магдырап канып калганы...[53]
... Күүгүм кире, күн бата,
Эл аягы жуп жата,
Ошо кезде Чыйырды
Алтымыш келин, отуз кыз
Олбуй-солбуй тең тартып
Атаңдын көрү куу дүйнө,
Сүйөнүп бек, жер тартып:

“Толгоом бүгүн келген бейм?!
Кагылайын Кара кыз
А, кудайым берген бейм?[41]

Төрөт жүрүшү Сагымбай Орозбак уулунун варианты боюнча Манас эпосунда өзгөчө эпикалык күчөтүү менен айтылат [4] .

“Толгосу эми толду деп,
туур куну болду деп,
Бердикенин катыны,
беленденип калыптыр.
Дамбылданын катыны
Даярданып алыптыр.
Айбалтанын катыны
Азыр болуп калыптыр,
Кудай берсе тубар деп
Куруп калган Жакыптын
Кулагына салыптыр...

Учурдагы дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун (ДСУ) колдонмолору - “эркин төрөт” принциптери Манас эпосунда толгоодо баканды кармоо менен тик абалдагы төрөт; жардам берүү же төрөттү кабыл алууда “Умай эне” ыйыктыгы ж.б. эпосто кеңири берилген.

...“Эр Манас бойго бүткөнү
Тогуз айга жетиптир.
Тогуз ай, тогуз күн болуп...[53]
... Акбоздон бээ союлду,
*Алтындан **бакан** коюлду,*
Аны сайын байбиче
Айгайын салып чоюлду.
Коңшунун баары жыйылды,
Козголгон сайын байбиче
Кокуюн айтып ыйынды.
Ордого толо жыйылды
Ойбоюн айтып ыйынды.
... Бала койсо чиренип
Байбиче бою тердеди.
Бала катуу чиреди,
*Байбиче **бакан** тиреди.(54б)*
***... Баканды** кармап бакырды*
*Бакшы менен **бүбүдөн***
Немесин койбой чакырды.
Түндүктү карап түйүлдү,
Көргөндөр жандан түңүлдү.
Жети күн тартты толгоону,
Жергеси чарчап болгону.
Алты күн тартты толгоону,
Айлы чарчап болгону...[56]

Эпостө төрөттө операциялык жол менен төрөтүү мүнкүнчүлүгү (кесардык кесүү) айтылат [4].

... Аны сайын байбиче
Айгайын баспай үн салды:
Менин жанымды жечү балабы?

Же жарып ичтен алабы?...[55]
... Каканак суусу шар этти,
Баланын үнү бар этти,...[59]
Эркек бекен, кыз бекен,
мага качан айтат деп,
Байбиче жашын тыйбады...

Төрөттө кан агуу жана/же кан басымынын көтөрүлүүсүнөн (гипертензия) талма менен коштолгон тырышуусу же карышып калуу (преэклампсия-эклампсия) эпосто "мартуу басып..." кетти деп эскерилет;

... Эркек экен дегенде
Эси кетип Чыйырды
Жыгылып кетти сороюп.
Байбичеге нетти деп,
Мартуу басып кетти деп,*
Катындын баары чочуду...[59]
**мартуу – төрөп жаткан аялды эси оор калса кара басты (же албарсты басты) деп түшүнүү*

Эмчек эмизүү учурдагы дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун (ДСУ- WHO) колдонмолору боюнча эне менен ымыркайдын эрте байланышы – баланы энесинин көкүрөгүнө жаткыруу жана эмчек эмизүү каралган, ал эми эпосто бул табигый көнүмүш катары берилет [4].

Астына алып Чыйырды,
Оң эмчегин салганы...[4,64].

Баланын төрөлүшүнө жана өсүшүнө байланышкан материалдарды коңшулаш элдердин этнографиясы менен салыштырып карап мындагы маалыматтар кыргыз элинин ырым-жырымдары түрк элдеринин дүйнө таанымында орто кылымдарда караханийлер доорунун (840-1212 жылдар) аалымы Махмуд Кашгаринин "Диван Лугат ат-Түрк" аттуу эмгегинде, Х1Х-ХХ кылымдарда Б. Солтоноев, андан кийин С.М. Абрамзонго таандык. Махмуд Кашгаринин "Диван Лугат ат-Түрк" жана "Манас" эпосунун мисалында кеңири талкуу, салыштырма иликтөө Абдимиталип уулу Н. (2017) тарабынан – баланын бойго бүтүшү, төрөлүшү, Умай эне култу жана башкалар чагылдырылган [7,46].

Кыргыздар Умай энени кудурети күчтүү, аялзаттын, наристенин, үйдүн колдоочусу, мол түшүмдүн жалгоочусу дешкен (Абрамзон С.М., 1949) . Манас эпосунда (С. Орозбаковдун варианты боюнча, 1995). Умай эне тууралуу маалымат, ал баланын келечегин аныктоочу, кудайдын периштеси катарында берилет [7-9]:

... "Урду келип баланы,
Умай эне бериште...."

Ошондой эле кыргыздар баланын жонунда, көчүгүндөгү көк тактарды "Умай эненин тагы" деп аташкан. Бул тактар С.М. Абрамзондун (1949) изилдөөсүндө балага ырыс, бакыт алып келет деп ишенишкен жана "Умай эне уруп кетиптир" дешкен [8].

Жалпысынан Академик Ч. Айтматовдун айтуусу боюнча эпоско берген "Замандан заман өтүп, жер үстүндө кыргыз тили жашап тургуча "Манас" биздин улуттук туу чокубуз катарында тура бермек" деген баалосу туура келет [10].

Кыскача жыйынтык. Манас эпосу тил казынасы катары акушерликке тиешелүү көп маалыматтарды камтыйт, андан тышкары кош бойлуулуктагы аялдын өзгөчө орду, табигый төрөт жүрүшү жана "эркин төрөт" учурдагы далилдүү медицина тармагындагы жетишкендиктер эпостогу элдик медицинадагы булактарга шайкеш келет.

Илимий булактар:

1. *Генофонд народа Кыргызстана: комплексное исследование / [Т. Койчуев, М. Мусуралиев, С. Боконбаева и др.]: Под ред. Т. Койчиева. - Бишкек: 2014. – 320 с.*
2. *Кыргызстан, МӨМ жетишүүнү тездетүү боюнча түзүм. Кыргыз Республикасында энеликти коргонуу жакшыртуу /[Р. Хасанов и др.] – Б.: KIRL and, - 2014, 140 б.*

3. *Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года: Указ Президента КР от 15 июля 2006 года УП № 387 "О Национальной стратегии охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года", 2006.*
4. *Манас. 1- китеп /Сагымбай Орозбак уулунун варианты боюнча- Ф., -"Кыргызстан", 1978.- 296 б.*
5. *Манас эпосу /Ш. Азизовдун варианты боюнча.- Б.: "Кут Бер", 2013.- 408 б.*
6. *Чернова Н.Е. "Исторические вехи становления и развития родовспоможения в Кыргызстане. / Бишкек, 2008, - 413 с.*
7. *Абдимиталип уулу Н. Кыргыздарда жана караханилерде баланын төрөлүшүнө байланыштуу ырым-жырымдар (Махмуд Кашгаринин "Диван Лугат ат-Түрк" жана "Манас" эпосунун мисалында. 37-63 б.)- "Манас" эпосу кыргыз тарыхынын, тилинин, маданияттын соолбос булагы. /Түзгөн Н. Асанбекова.- Б. 2017.- 168б.*
8. *Абрамзон С.М. Рождение и детство киргизского ребенка//Сборник музея антропологии и этнографии, т.XII.- М., 1949.*
9. *Манас. Кыргыз элинин баатырдык эпосу.1-Китеп/ С Орозбаковдун варианты боюнча.-БИШКЕК, "Кыргызстан", 1995.-134-135 беттер.*
10. *Ч. Айтматов. Байыркы кыргыз рухунун туу чокусу./Манас. 1- китеп. /Сагымбай Орозбак уулунун варианты боюнча- Ф., .-"Кыргызстан", 1978. – 7-13 б.*

МАНАСТЫН ТӨРӨЛҮШҮ – АКУШЕРЛИК КӨЗ-КАРАШ МЕНЕН

Жолдошбекова Г.Ж., Стакеева Ч.А., Калканбаева Ч.К.
И.К. Ахунбаев атындагы КММА, №2 акушерлик жана гинекология кафедрасы,
Бишкек ш.

Кыскача мааниси: "Манас" эпосун (Сагынбай Орозбаковдун варианты боюнча) акушерлик багытта талдоо. Алгачкы учурда үй-бүлөнүн тукумсуздук менен жабыркашы, андан соң кош бойлуу болуп, талгак оорусу –табиттин бузулушу чагылдырылган. Акушерлик жактан төрөт процессинин жүрүшүндө узактыгына, толгоонун күчүнө жараша диагноз коюу каралат.
Негизги сөздөр: "Манас" эпосу, тукумсуздук, кош бойлуулук, төрөт.

РОЖДЕНИЕ МАНАСА – С АКУШЕРСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

Жолдошбекова Г.Ж., Стакеева Ч.А., Калканбаева Ч.К.
КГМА имени И.К. Ахунбаева, кафедра акушерства и гинекологии №2,
г. Бишкек

Аннотация: В данной публикации произведен анализ эпоса «Манас» (по варианту Сагынбая Орозбакова) с акушерской точки зрения. В начале анализа семья сталкивается с такими заболеваниями как бесплодие, затем наступает долгожданная беременность, которая сопровождается с сильным токсикозом. В процессе родов выставляются акушерские диагнозы на основе продолжительности, силы родовой деятельности.
Ключевые слова: эпос «Манас», бесплодие, беременность, роды.

BIRTH OF MANAS – FROM OBSTETRIC POINT OF VIEW

Zholdoshbekova G.Zh., Stakeeva Ch.A., Kalkanbaeva Ch.K.
KSMA named after I.K.Akhunbaev, department of obstetrics and gynecology №2,
Bishkek

Resume: This publication analyzes the epic "Manas" (according to the version of Sagynbay Orozbakov) from the obstetric point of view. At the beginning of the analysis, the family encounters diseases such as infertility, then a long-awaited pregnancy occurs, which is accompanied by severe vomiting. During birth, obstetric diagnoses are made based on the duration, strength of labor.
Key words: epic "Manas", infertility, pregnancy, childbirth.

Манастын тарыхый инсан экендиги улам мезгил алмашып, маалымат көбөйүп, тарых тактала баштаган сайын адамдардын жаңы муундары үчүн да ишенимдүү боло баштады. Бирок, белгилей кетели, Манас жөнүндө, анын тарыхый инсандыгын, баатырлыгын, социалдык турпатын чечмелеген изилдөөлөрдүн жетишсиздиги абдан байкалат. 510-жыл мурун Сайф-ад-дин ибн Аббас Аксикендинин "Мажму ат Таворих" аттуу кол жазмасы Манас атанын чыныгы тарыхый инсан экендигин, анын кимдер менен мамиле курганын жана согушканын көрсөткөн далилдүү дарек болуп саналат.

Адамзат тарыхында жан-дүйнөнү жабыркатып, ата-бабалардын мурастарынан элдик баатырлардын эстеликтеринен ажыраткан руханий кулчулуктан өткөн кулчулук жок деп эсептелинет. Ушул экөө айкалышып келип, бүтүндөй калктын маданиятына, салт-санаасына, үрп-адатына, жалпы ой-жүгүртүү деңгээлине, жашоо тиричилигине, өткөн-кеткен турмушу менен этнографиясына орду толгус зыяндарды алып келет. Бир сөз менен айтканда, мунун бардыгы улуттун эс-тутумун, тилин талкалап, өзүн жок кылууга салым кошот. Мындай көрүнүштөргө мисал катары түрк тилдүү элдердин, анын ичинде кыргыз элинин ишенимине, жазмасына, маданиятына, "Манасына", тарыхына ж.б. руханий дөөлөттөрүнө VII-XX кылымдарда жүргүзүлгөн басып алуучулук, чапкынчылык, кыйратуучулук саясаттарын айтсак болот. Буга улуу тарых күбө.

"Манас" ааламын маданият таануу жана философиялык багытта кеңири изилдегендердин бири Шайлообүбү Акмолдоеванын пикири боюнча, кыргыздын маданий энциклопедиясы Манас" миңдеген жылдар бою эпосу жөн гана поэтикалык чыгармачылыктын байыркы үлгүсү же поэтикалык дастандардын жыйнагы гана эмес, элдик кеменгерликтин казынасы, утурумдук турмуштагы жол көрсөткүчү, байыркы кыргыз элинин биримдигинин негизи, ошондой эле анын этикалык-укуктук кодекси да болуп келген. "Манас" эпосу адам жашоосунун ар түрдүү мезгилдеги катмарданган окуялардын бир бүтүнгө бириктирилген ширетмеси, кыргыздардын миң жылдардын элегинен өткөн көркөм поэтикалык ой жүгүртүүсүнүн жыйынтыгы катары калыптанган.

Айкөл Манастын эрдиги менен шердиги толугу менен "Манас" эпосунда камтылган. Демек, Манастын өмүр баяны өзүнчө талдоого алынышы керек. Ошол себептен Манастын төрөлүшүн илимий жактан, акушерлик багытта изилдөө ишин жүргүздүк.

Куубаш Жакып атандым.
"Карыды Жакып куубаш"-дейт.
Калктын баары мени айтат,
"Катыны жүрөт туубас" -деп. [2,85-б.]

– деген саптарда Жакып менен Чыйырдынын балага зар болуп жургөнүн, акушерлик тил менен тукумсуздуктун биринчилик түрүнөн жабыркап жургөнүн байкасак болот.

Баштагы сенин жолуң кууп
Бакдөөлөт жолу байланды
Эки катын алганын
Эч туяк көрбөй калганым [2,86-б.]

деген саптарда Жакып жашы 48ге келип, эки аял алса да балалуу болбогону жазылган. Муну анын тукумсуздугу деп бааласак болот. Бирок, албетте далилдуу фактыларсыз бул тукумсуздуктун кайсы туру экендигин айтуу кыйын.

Тукумсуздук организмдин патологиялык бузулууларынан келип чыгат. Эркектин тукумсуз болушуна жыныс мүчөлөрүнүн тубаса жетилбестиги, сезгенүү процесстери, эндокрин системасынын бузулуулары себеп болот. Аялдардын тукумсуздугу жатын жана анын кошумча бөлүктөрүнүн сезгенүүлөрү, жыныс органдарынын кургак учугу, ички секреция бездеринин функциясынын бузулуулары, жугуштуу оорулардын натыйжасынан пайда болгон борбордук нерв системасынын бузулуулары (өзгөчө жыныстык жетилүү мезгилинде) жана инфантилизм менен байланыштуу. Ошондой эле сезгенүү процессинин натыйжасында жатын түтүгүнүн жылчыгы бүтөлүп калып, ал сперматозоид менен жумуртка клеткасынын жолугуусуна тоскоол болот же уруктанган жумуртка клеткасы жатынга жылып жете албайт. Анда ал клетка өлөт же жатын түтүгүндө орун алат (жатындан тышкары бойго бүтүү). Жумуртка клеткалары энелик безден жетилип чыккандан кийин гана уруктанууга жөндөмдүү. Энелик бездин функциясы бузулуп, жумуртка клеткасы энелик безден чыкпай калганда этек кир цикли, аны менен бирге жатын түтүгүнүн жыйрылышы жана жатындын былжыр челинин нормалдуу өсүшүн жөнгө салуучу энелик бездин жыныс гормондорунун (фолликулун жана прогестерон) чыгышы да бузулат.

Бай Жакып уктап калганы.

Белги болуп өрнөгү
Жакып урматтуу бир түш көргөнү. [2,121-б.]

Түш жорулгандан эки жылдан кийин Чыйырдынын кош бойлуу болгонуна үч ай толот.

Байбиче болсо бул күндө
Бал, шекерге карабайт,
Башка тамак жарабайт.
Жесем дейт жолборс жүрөгүн,
Мындан башка санабайт;
Же табылбайт жолборс жүрөгү.
Жинди болуп байбиче
Жеригинен жүдөдү [2,127-б.].

Мында байбиченин жериги күчөп, жолборстун жүрөгүн самап, башка тамакка табити тартпай катуу жабыркагандыгы тууралуу айтылат. Боюнда бар кезинде энеси эмнени жегиси келсе, төрөлө турган бала ошого кандайдыр окшоштугу болот деген элдик ишеним болгон. Жолборстун жүрөгүн жеп, байбиченин талгагы канат.

Талгак — кош бойлуулук менен байланыштуу жана ал бүткөндөн кийин токтоочу оорулуу абал. Кош бойлуу аялдын нерв, эндокрин жана жүрөк-кан тамыр системаларындагы кандайдыр бир өзгөрүүлөрдөн келип чыгат. Эңсеген жолборстун журөгүн жеп, талгагы канып, айы-күнү жетип Чыйырдынын толгоосу башталат. Ал чыгармада мындайча сүрөттөлөт:

Эр Манас бойго бүткөнү
Тогуз ай, тогуз күн болуп,
Толгоо жаңы киргени
Бейшембинин түн болуп. [2,129-б.]

Тогуз ай, тогуз кун - тогуз ай бул акушерлик жумалар менен эсептегенде толук 40-жума болсо, ага 9 кун кошулганда толгоонун башталышы 41-жумага туура келерин билсек болот. Алдын ала коюлган диагнозу: «Кош бойлуулуктун 41-жумасы. Жалган толгоо.» Эмне себептен жалган толгоо деген дарт аты коюлду?

Жалган толгоонун критерийлери:

- эгерде биринчи жолку кароодо жатын моюнчасы ачылбаса анда төрөт ишмердүүлүгү башталды деген диагноз коюлбайт.
- эгерде толгоо сейрек болсо, бирок уланып жатса,4 сааттан кийин жатын моюнчасында өзгөрүүлөр бар болсо анда, «Төрөттүн биринчи мезгили» деген диагноз коюлат.
- эгерде жатын моюнчасында өзгөрүүлөр болбосо, толгоонун уланып жатканына карабастан «Жалган толгоо» деген диагноз калтырылат.
- Негизги шарт - каканак ыйлаакчасынын бүтүндүгү[3,18-б.]

Алты күн тартты толгоону,
Айлы чарчап болгону;
Жети күн тартты толгоону,
Жергеси чарчап болгону.[2,129-б.]

Бул учурда Чыйырды жалган толгоону откоруп жаткан чагы. Чыйырдынын жалган толгоосу же көнүгүү толготуулары (Брикстон-Хикс толгоолору) жан чыдаткыс, күчтүү болгон:

Бала койсо чиренип
Байбиче бою тердеди.
Бала катуу чиренди
Байбиче бакан тиреди.
Бекем туйлап кеткенде
Басып тарткан катындар
Башы жерге киргени. [2,130-б.]

Төрөттүн башталышы:

Толгоосу эми толду деп,
Эртеңки күнү бейшемби
Туур күнү болду деп
Жети күн тартты толгоону. [2,131-б.]

Клиникалык дарт аты: “Кош бойлуулуктун 42-жумасы. Кечиккен төрөттүн биринчи мезгили”. Бейшембиде башталган жалган толгоолор кийинки Бейшембиге чейин уланып, 41-жумадан 42-жумага кош бойлуулуктун өтүшүнөн улам “Кечиккен төрөт” деген, “Биринчи мезгил”- толгоосу күчөп, толгоосу эми толду деген акушерлик талдоолордон клиникалык дарт атын койдук.

Толгоосу сегиз күн болгон,
Толготкон мындай ким болгон?
Тарткандардын баарысы
Талыкшып колу ныл болгон. [2,134-б.]

Бул саптардан толгоонун биринчи мезгилинин 24 саатка уланганын билсек болот. Биринчи төрөттөгү аялга биринчи мезгилдин 24 саатка созулушу бул нормалдуу убакыт болуп эсептелинет. [3,18-б.]

Төрөт 3 мезгилге (жатын моюнчасынын чоюлушу жана ачылышы, баланы түртүп чыгаруу жана баланын тонунун түшүшү) бөлүнөт.

Төрөттүн узактыгы аялдын жашына (жашы өтүп калганда аял биринчи жолу төрөп жатса, ал көпкө созулат), баланын чоңдугуна, жамбаш сөөгүнүн көлөмүнө, жатындын жыйрылышына жараша болот. Жатын кынынын ачылышы жана **каканак суусунун кетиши** жатын булчуңунун баланы түртүп чыгышына түрткү берип, төрөттүн экинчи мезгили башталат. Бул учурда бат-бат болгон толгоону ич челинин жана боор эт булчуңдарынын жыйрылуусу коштойт. Бул мезгилде аял ыйына баштайт, бала төрөлөт:

Эми он эки катын бек тартты;
«Бере көр, кудай!»—деп айтты.
Каканак суусу шар этти,
Баланын үнү бар этти.
Карынды катуу сүзгөнү,—
Бала жерге түшкөнү.
Бала жерде туйлады,
Бар-бар этип ыйлады. [3,135-б.]

DS: Кош бойлуулуктун 42-жумасы. Кечиккен төрөттүн экинчи мезгили.

Он бештеги баладай
Көтөргөндө салмагы
Оозантмакка баланы
Оозуна эмчек салганы.
Өзөгүн үзө бир соруп,
Өлө жазып калганы. [2,137-б.]

Жаны төрөлгөн баланын салмагы он бештеги баладай деп салыштырмалуу айтылып жатат. Он бештеги баланын салмагы 38,7-80,1кг, орточо эсеп менен 54,8кг болгону абдан таң калаарлык. Бул медицина термини менен **чоң салмактагы ымыркай** - гиганттык ымыркай.

Корутунду дарт аты: “Биринчи кечиккен төрөт (42-жума). Гиганттык ымыркай”

Демек, «Манас»эпосун этноакушерлик илимдин башаты катары саноого толук негиз бар. Анткени элдик тажрыйба аккумуляцияланып, чыпкаланып салттуу медицинага пайдубал болгон.

Колдонулган адабияттар:

1. Манас” энциклопедиясы/Мамлекеттик тил жана энциклопедия борбору.Бишкек: Кыргыз энциклопедиясынын Башкы редакциясы, - 1995. 1-т. - 440 б. ISBN -5-89750-013-4
2. Сагымбай Орозбак уулу «Манас» эпосу. 1-китеп, Б. 1978-ж – 137б.
3. «Узакка созулган жана обструктивдуу төрөттөр» Улуттук протоколу, 2018-жыл
4. С. Алиев, Т. Кулматов “Манасчылар жана изилдөөчүлөр” Б.1995ж. 175б
5. «Физиологиялык кош бойлуулук» Улуттук протокол, 2015-жыл

УЛУТТУК КАЗЫНА «МАНАС» ЖАНА АНДАГЫ ФАРМАКОГНОЗИЯ

А.Д. Мураталиева, Б.М. Капаров, Торобеков Ш.Ж.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Фармакогнозия жана дары каражаттарынын химиясынын кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Киришуу: Берилген баяндамада кыргыздардын байыркы элдик медицинасынын озгочолуктору аныкталып, алардын «Манас» эпосу менен болгон байланышы берилген.
Негизги создор. «Манас», элдик медицина, дары чоп, эмпирикалык медицина.

НАЦИОНАЛЬНОЕ БОГАТСТВО «МАНАС» И ФАРМАКОГНОЗИЯ

А.Д. Мураталиева, Б.М. Капаров, Торобеков Ш.Ж.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств
г. Бишкек, Кыргызская Республика
Резюме. В данной статье проанализированы особенности народной медицины кыргызов, также рассматривается связь с эпосом «Манас»
Ключевые слова. «Манас», народная медицина, лекарственные растения, эмпирическая медицина.

NATIONAL WEALTH «MANAS» AND PHARMACOGNOSY

A.D. Muratalieva, B.M. Kaparov, Torobekov Sh.J.
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Departmet of pharmakognosy and chemistry of medicines
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This article analyzes the features of traditional medicine of the Kyrgyz, also considered a connection with the epic “Manas”.
Key words: “Manas”, folk medicine, medicinal plants, empiric medicine.

Актуалдуулук: “Манас” эпосу- улутубуздун сыймыгы, улуу муундун үч миң жылдан ашык басып өткөн жолунун далили жана тарыхый казынабыз. Эпостук курам маданий гана эмес, медициналык дагы тарыхка бай. Ага далил болуп берчү факты- эпостук мезгилден бүгүнкү күнгө дейре колдонулуп келе жаткан дары өсүмдүктөр. Үч миң жылдан ашуун убакыт бою адам баласынын ден-соолугуна кызмат кылып келген дары чөптөрдү, дары өсүмдүктүн чийки заттарын изилдеп,аларга илимий негиз берүү- Фармакогнозия илиминин негизги тапшырмасы болуп эсептелинет. Ага ылайык, дары осумдуктун чийки заттарынан жасалуучу дары каражаттарды колдонуу бугунку кундо ото чон актуалдуулукка ээ.
Изилдоонун максаты: Манас эпосундагы дары осумдукутордун табиятын изилдеп, фармакогнозиялык илимий негиз берип, заманбап медицинага жуурултуу.
Материалдар жана ыкмалар: Ретроспективдүү талдоо, логикалык талдоо, адабият маалыматтарын анализдөө.
Жыйынтыктар жана талкуулар. Фармакогнозия- дары осумдукторду, осумдуктордон алынган чийки заттарды, осумдукторду жана жаныбарларды биринчилик иштетуудон алынган ондурумдорду окуп-уйротуучу фармацевтикалык илимдердин бири.
Фармакогнозиянын башаты ото тупкурдо жатат, ал адамзаттын тарыхы менен тендеш. Тиричилик учун узгултуксуз курошуу, курсакты тойгузуу муктаждыгы, озгочо ден-соолукту сактоо жана чындоо зарылдыгы, уй- булого камкордук коруу сыяктуу кундолук аракеттер адамдага осумдуктордон жана жаныбарлардан алынган азыктарын адам баласынын ден-соолугуна тийгизген таасирлерине байкоо жургузуусуно туртку берген.
Папируста жазылган байыркы Египеттик текстттерди уйронуудо осумдукторду дарылык максатта пайдалангандыгы жонундогу кубо болуучу маалыматтар табылган. Ага катар, дал ушундай маалыматтарды айтылуу эпос «Манастан» да кездештирип олтурабыз.

Негизинен, кыргыздардын элдик медицинасы эн байыркы убакытка тиешелуу экендиги талашсыз. Кошуна жана жакынкы элдер менен узак убакыттар бою окум сургон улут аралык мамиле жана башка олколордун элдик медицинасынын тийгизген таасирине карабастан, элдин тарыхый энциклопедиясы болгон «Манас» эпосунда кыргыздарга гана тиешелуу болгон эпикалык осумдуктордон турган дары осумдуктун жоон тобу кездешет. Берилген дарылардын копчулугунун кайсыл осумдуктордон,кайсыл заттардан тузулоору тууралуу так маалымат эпосто берилген эмес. Мисалы, эпикалык дары «апы» же «упу». Аталган дары каражаты бир гана «Манас» эпосунда эмес, «Жоодарбешим», «Эр Тоштук» сыяктуу чакан баатырдык башка эпостордо да кездешет. Мындан улам, бул дары каражат байыркы заманда кенири колдонулган деген тыянакка келсек болот. Кошумчалай кетчу нерсе, ошол эле эпикалык «апы» же «упу» изилдоочулордун айтымына караганда дагы башка «Кайнатма кара дары» аттуу аталыш менен дагы бир нече ирет ыр саптарда кездешет

Кайнатма кара дарыдан
Баягы кайран катын Каныкей
Жарасына салды эми
Ар чириктин баарысынт
Кузгундатып тептирип,
Тышынан сууруп алды эми.[1]

Кайнатма кара дары (апийим) ички ооруларга эле эмес, сырткы жартаттарга да колдонулган. Бул тууралуу кобунчо «Манас» жана «Сейтек» эпосторунда баяндалган. Байыркы кыргыздар апийимди ооруну басуучу каражат катары кеңири колдонушкан. .[2]

Эпостук курамды толуктаган кийинки дары осумдук бул мээр чоп. Сейрек жолугуучу дары өсүмдүк. Көбүнчө кытайдык түндүк-чыгыш бөлүмүндө, Тундүк Кореяда, Россиянын чыгышында кездешет. Эпостун мүнөздөөсүнө караганда, сууктун журүмү көпкө созулган кыйын кыстоо учурларда «ачтан тамак ичишкен» элдик баатырлардын күл азыгы сыяктуу эле, мээр чөп да каармандардын минген тулпарларынын азык-тоюту болгондугу байкалат.

Алардан тышкары «жупа». Ийсен, жуушаң атту дары чөптөрдүн аттарын дагы айтылуу эпостун саптарынан тапса болот.

Ийсен, жуушаң чөбү бар,
Издегендин көбү бар
Орол тоонун учу бар,
Ойлонсоң соонун ушулар.[1]

Жуушаң кыргыз тилине ирак тилдеринен кирген сөз. Эрмендин бир түрү болуп саналат. Кыргыз элдик медицинасыда колдонулган. Эпикалык дары чоптордун катарын толуктаган дагы бир осумдук кучала.

Күчтүү болсун арак» – деп,
Күчаладан салдырып,
Уч элиге келгенде
Үзүп-үзүп алдырып,
Каалагандар жутушуп,
Кайраттуулар куршугун,
Кара бою тутушуп

Бул үзүндүдө айтылгандай, күчала– дүүлүктүрүч касиети бар дары. Изилдөөчүлөрдүн айтуусу боюнча күчала, (кучеляба, челебуха) ата-бабаларыбыз тарабынан байыртан эле колдонулуп келген дарылык касиети бар уулуу өсүмдүк болгон. Көбүнчө бул өсүмдүктүн уругу өнөкөт ооруларга, иммунитет түшүп кеткенде, алсыроодо, табитти ачуу үчүн колдонулат.

Уу коргошун. Сөөк, муун, кызыл жүгүрүк, нерв ооруларында, көтөн чучугунун түшүүсүн дарылоода жана адамга күч берүүчү каражат катары колдонулат. Ошондой эле «аламан байгеге» чаптырган аттын ооздугуна байлап коюшкан. Ал аттын дем алуусун жакшыртып, кошумча күч-кубат берип турган.

Уулжан.

Дары чоптордон «Манаста» уулжан атту чоптун:

«Уулжан берип ичинен

Эски дартын буздуруп»- деп, кайсы учурда пайдаланыла тургандыгы айтылган. Саякбай Орозбаевдин варианты боюнча ушул эле дарынын улжемил деген формада айтылаары кездешет.

«Улжемил деген дарысын,
Жутуп алды баарысын.
Аккан каны басылып».
Кустурма берип кустуруп
Куйуккон экен ошо деп
Уулжан берип ичинен
Эски дартын буздуруп
Жазылып жаткан андан коп.

Мумия.

Кажырдын оту барбы деп,
Чуулаганы андан коп,
Кумия дары момия,
Бар бекен деп кошундан.
Сурап жургон андан коп

(Сагымбай Орозбаков, Кол жазмалар фондусу, 575-инв.) [3]

Мумия- биологиялык табигый продукт. Бальзам сымал жыты бар, кызыл, ак, когуш, каралжын курон тустогу турлору белгилуу. Курамында органикалык жана органиклык эмес заттар, гипнур жана бензой кислотасы, аминокислота, чайыр, мом, осумдук калдыктары бар. Элдик дапыгерчиликте,б.а. сыныкка, бронха, астма, учук, тамак синируу органдарынын онокот оорулары жана башкаларга кенири колдонулат. Эпосто:

« Буту, колу сынганга
Мобия дары издешип»- деп, « мобия, мумия, момия» деген аталыштар менен сыныкты бат бутуруучу каражат катары кездешет.

«Манаста» бир гана дары чоптор эмес, бир нече осумдукту курамына камтыган каражаттар да кездешет. Мисалга алып карай турган болсок, чар дары.

Алты-жети жаналек
Чар дары кылып жуткузса,
Казактардан эр көкчө
Умачтай көзү ачылды
Ооруган жери басылды

Ал бир нече дары чөптүн кайнатмасынан жасалган. Курамы: жыпар мончок, занжабил, дорчин, седана, кара халила, кардамон, фулфулдарос, жавзибабго, хуаджо.

«Манас» бир гана дары чопторду эмес, учурда ото популярдуулук менен Орто Азияда кенири колдонулуп жаткан насыбайды да курамына камтыйт. Ал тууралуу эки ооз соз кыла кетчу болсок,

Анжыяндан алынган,
Сагаса кулун салдырган,
Тартса кумар кандырган,
Кара мурчтан буулганган,
Калемпирден суулганган,
Тарткан адам дуулаган,
Жанашалап турушуп,
Жанчыктан чакча суурушуп,
Келе бери,баатыр деп,
Кеп кобойуп жатыр деп,
Тартышалык акыр деп,
Акылга кайрат тегишип,
Насыбайын чегишип,
Аркы-терки турушуп,
Алып келип кай бироо,
Насыбайын сунушуп,
Кайтып келер акыл деп,
Кайгы болбосо акыр деп,
Канетесин баатыр деп,

Арстан заада чоролор,
Тартып ал муну баатыр деп,
Насыбайын сунушту,
Катар турган кой баатыр,
Кайрат айтып турушту,
Алмамбеттин озуно,
Наалыш кылган созуно,
Кара доол мондурдой,
Кара жаш келип козуно,
Медер болор бекен деп,
Арууке бейбак айтат кеп,
Болжолун билбей тим жургом,
Боюмда бар бир кумон,
Майыштын ыйлап бала учун,
Баян кылам ал учун,
Боздодун ыйлап бото учун,
Болор болбос бир кумон,
Болжой албайм шон учун. .[1]

Аталган ыр саптар айтылуу Манас эпосунан алынган. Азыркы кунго чейин колдонулуп келген насвайдын башталыш башаты барып атам заманга такаларын ушул факты далилдей алат.

Насывайды өзбек тилинен алганда «башты жулуу» деп которулат. Өзбек адистеринин айтымында насывай үй шартында даярдалуучу жагымсыз жыты жана даамы бар, курамында никотин бар психотроптуу продукт болуп эсептелинет. Негизинен насывай чайналуучу чылымдардын катарына кирип, сатыкта кичинекей шар, таякча, пластилин же упа түрүндө кездешет. Аны эриндин астынкы же үстүнкү бөлүгүнө жана ошондой эле тилдин астына салып таасирин бергенче сорот. .[6-4]

Даяр болгон продукция диаметри 1,5-2 мм түзгөн, ачык же болбосо күнүрт-жашыл түстөгү данча, курамында никотиндин көлөмү 4%, ал эми нымдуулугу 25-50% түзөт. Эгерде кошулмалар тууралуу айта турган болсок, насывайга тамак-аш катарында таптакыр колдонулбоочу күл, махорка, чырыш жана акиташ кошулат. Бул анын микробиологиялык жана санитардык кароосуз жасаларынан кабар берет

Насывайдын курамындагы ,металлдык заттардын организимге тийгизген терс таасирлери

- канцерогендик таасир
- дерматит
- экзема
- дем алуу жолдорун жабыркайт
- ооз көңдөйүн жана ашказанды күйүгүзөт
- ашказанды шишитет
- дем алуу жолдорун жабыркайт
- рак
- кан айлануу процессин бузат
- боор жана бөйрөккө уулуу таасирин тийгизет
- мээ оорууларын, акыл-эс жана ой жүгүртүүнүн жетишсиздигин чакырат ж.б. .[5]

Жыйынтык. Баяндаманын негизинде биринчиден, дарылык сапаты бар осумдукторубуз канча кылымдан бери касиетин жоготпой келгендигин коро алсак, ал эми экинчиден эпостук тарыхтын медициналык дагы маалыматка бай экендигин байкасак болот. Эпостук мезгилден тартып колдонулуп келген дары чоптордун касиетин терен изилдеп, дарылоонун эмпирикалык турун заманбапташтыруу биздин колубузда.

Макалада бир гана дары чоп эмес, айтылуу насыбай тууралуу да кенири баяндалды. Лабораториялык изилдөөлөрдүн негизинде түтүнсүз тамекинин курамында металлдык уулуу заттар жогорку көрсөткүчтө аныкталган. Табылган уулуу заттар биринчиден канцерогендик, борбордук нерв системасын жана кан алмашууну бузган таасирлерге ээ болгондугу такталды. Узак убакыт түтүнсүз тамекини пайдалануу: гепатитке, аз кандуулукка, эс-тутумдун начарлашына, эндемикалык ооруларга жана ракка алып келери далилденгендигине байланыштуу, түтүнсүз тамекини колдонуудан баш тартууну сунуш кылар элек. “Кыялыңды кыйба, насывайсыз жаша!”.

Колдонулган адабияттар.

1. *Каралаев С. Манас. - Том2*
2. *Манас. Энциклопедия. - Бишкек: Кыргыз энциклопедиясынын Башкы редакциясы, 1995. - Т.2.*
3. *Орозбаков С. Манас. - Том 2.*
4. *Вергейчик Т.Х. Токсикологическая химия// «Медпресс-информ» 2009. С 305, 313,346.*
5. *Горбунова Н. В. Состояние лорорганов при свинцовой интоксикации: Автореф. дисс. канд.мед.наук. Алма-Ата, 1973. С.34.*
6. *Исаев С. Ю. Профессиональные болезни. 2003. URL: http://www.techno. edu.ru:8001/db/msg/6983.html.*

УЛУУ МУУНДАРДАН КАЛГАН АЙРЫМ МУРАСТАРДЫН ИЛИМИЙ БААЛУУЛУГУ

Г.М. Арапбаева, К.А. Сартова, А.Д. Мураталиева, А. Дж. Мураталиева
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Фармакогнозия жана дары каражаттарынын химиясы кафедрасы
Кыргыз-Түрк “Манас” Университети
Химиялык инженерия кафедрасы

Киришүү: Ата-бабаларыбыздын күндөлүк турмушта колдонулган буюм-теримдери, тамак-аштары, аларды сактоонун эрежелери жана дартка даба өсүмдүктөр жөнүндө калтырган билим мурастары азыр да элибиздин руханий жана материалдык байлыктарын байытуу менен бирге коомчулуктун мук-таждыктарын жана кызыкчылыгын канааттандырууга өз салымын кошуп келүүдө. Мунун өзү биздин ата-бабаларыбыздын сырткы дүйнөнү туюм-сезимдик ыкманын негизинде таанып-билүү деңгээли өтө жогору өнүккөндүгү жөнүндө кабар берет. Макалада акылман бабалардын улуу эстелиги, ыйык куту жана өнөрүнүн туу чокусу болгон боз үй, улуттук суусундук кымыз, табыпчылыкта колдонулган дары өсүмдүктөр: ак кодол, күчала, шыраалжын тууралуу баяндалды. Мындан сырткары кыргыз элинин руханий мурасы болгон Манас эпосунда айтылган кандагай кийиминин жасалуусуна жана Каныкей энебиздин Манаска күмбөз салдырышы жөнүндөгү узундүлөр илимий жактан химиялык көз караш менен чагылдырылды.

Негизги сөздөр: Манас эпосу, мурас, химия, органикалык заттар, туюм-сезим, боз үй, кымыз, дары өсүмдүктөр, күчала, шыраалжын, ак кодол, табып, кандагай.

НАУЧНОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ НАСЛЕДИЙ ПРЕДКОВ

Г.М. Арапбаева, К.А. Сартова, А.Д. Мураталиева, Ай. Дж. Мураталиева
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
Кафедра Фармакогнозии и химии лекарственных средств
Кыргызско-Турецкий Университет «Манас»

Резюме: Наследие и мудрость наших предков о лекарственных растениях, национальных блюдах и правилах их хранения до сегодняшнего дня не утратили свое значение, обогощая духовное и матери-альное ценности нации. Это свидетельствует о высоко развитом интуитивном познании наших предков внешнего мира. В статье приведены научные обоснования уникального жилища кыргызов – юрты, национального напитка кумыс, лекарственных растений народной медицины: аконита круглолистного, полыни горькой, регеля эминиум. Кроме того из духовного наследия кыргызского народа – эпоса “Ма-нас” приведены отрывки с научной оценкой
об одежде “Кандагай”, и о строительстве гумбеза Манаса с Каныкей эне.

Ключевые слова: эпос Манас, наследие, химия, органические вещества, юрта, кымыз, лекарственные растения, кучала, полынь горькая, табып, кандагай.

THE SCIENTIFIC VALUE OF THE LEGACIES OF THE ANCECTORS

Resume: Heritage of their everyday life's things, food, the safekeeping rules of these foods, medicinal plants of our ancestors are now being used in order to develop the spiritual and material values along with the promotion of the necessity and interests of society. This informs that our ancestors' level of consciousness of external world by the intuitive method was highly developed.
This article involves the information about the 'boz ui', which has been the main monument to the great wisdom of our ancestors, saint sign and the culmination of art, the national drink 'kymyz' and the medicinal plants, such as white dwarf, 'kuchala', wormwood. Furthermore, we took into consider the process of making 'kandagai' clothing and constructing Manas's tomb by Kanykei, described at Kyrgyz nation's spiritual heritage, the epic 'Manas'.
Keywords: heritage, chemistry, organic substances, intuitive method, 'boz ui', 'kymyz', medicinal plants, 'kuchala', wrmwood, white dwarf, epic 'Manas', 'kandagai', clothing, Manas's tomb.

Актуалдуулук. Кыргыз элинин улуу мурасы – эпикалык, этникалык традициялары бул баа жеткис руханий байлыкка жатат. Кыйла кылымдарды карыткан өзүнүн өнүгүү жолунда, татаал доорлорду башынан өткөргөн кыргыз эли эң бийик этникалык маданиятты жаратууга жетишкен. Эчендеген кылымдарды басып өтсө да эзелки ата-бабаларыбыздын тирүүлүктө топтогон баалуу тажрыйбасы бүгүнкү күнгө чейин өз маанисин жоготкон жок. Күндөлүк турмушта колдонулган буюм-теримдери, тамак-аштары, аларды сактоонун эрежелери жана дартка даба өсүмдүктөр жөнүндө калтырган билим мурастары азыр учурдун талабына шайма- шай жооп берип, кыргыз элинин реалдуу руханий жана материалдык байлыктарын байытуу менен бирге коомчулуктун муктаждыктарын жана кызыкчылыгын канааттандырууга өз салымын кошуп келүүдө.
Мунун өзү биздин ата-бабаларыбыздын сырткы дүйнөнү туюм-сезимдик ыкманын негизинде тааныпбилүү деңгээли өтө жогору өнүккөндүгү жөнүндө кабар берет. Маселен Асан Кайгы, Калыгул олуя, Толубай сынчы жана Санчы сынчынын калтырган мурастарында табийгый кубулуштардын жана жашоо процесстеринин мыйзам ченемдүүлүгүн түшүнүүгө өбөлгө түзгөн идеялар сакталган. ("Кыргызстан" улуттук энциклопедиясы: 4-том. Башкы редактору Асанов Y. А. К 97. Б.: Мамлекеттик тил жана энциклопедия борбору, 2012. 832 бет, илл. ISBN 978 9967-14-104 -9).
Байыркы ата-бабаларыбыздын көптөгөн кылымдар бою басып өткөн оор тагдырын камтыган, адам баласынын руханий өнүгүүсүнө, турмуш-тиричилик тажрыйбасын байытууга жана саламаттыгын сактоого багытталган баалуу мурастарынын илимий сыры азыркы учурда көптөгөн окумуштуулардын, алардын ичинде табигый илимдер тармагындагы илимпоздордун да кызыктыгуусун туудурбай койбойт.
Изилдөөнүн максаты. Байыркы ата-бабаларыбыздын көптөгөн кылымдар бою басып өткөн оор тагдырын камтыган, адам баласынын руханий өнүгүүсүнө, турмуш-тиричилик тажрыйбасын байытууга жана саламаттыгын сактоого багытталган кээ бир баалуу мурастарын келтирип, аларды илимий тил менен чечмелеп тастыктоо болуп саналды.
Изилдөөнүн ыкмалары. Логикалык ой жүгүртүү, талдоо, анализдөө, жалпылаштыруу.
Талкуулоо. Биздин муунга чейин сакталып келген айрым мурастарды илимий тил менен тастыктоо. Берилген макалада келтирилген байыркы ата-бабалардын биздин муунга дейресакталып калган айрым асыл мурастарын табигий илимдердин негизинде иликтөө маалыматтары окумуштууларды гана эмес жөнөкөй окурмандарды да кызыктырат деп ойлойбуз. Анда, жогоруда белгиленгендей, ата-бабалардын бийик деңгээлдеги туюу сезимдеринин (интуиция) натыйжасында калыптанган билим мурастарына илимий тастыктоолорду көрсөтүүгө аракет жасап көрөлү.
Кылымдан кылымга колдонулуп келе жаткан бозүй жөнүндө. Көчмөндүк турмушта кыргыздардын жашоо-тиричилиги боз үйдө өткөн, анткени бул турак жай көчкөнгө ыңгайлуу жана тоолуу аймактын шартына ылайыктуу жана туруктуу келет, тагыраак айтканда салмагы жеңил, чечкенге жана тиккенге оңой, жайында салкын, кышында жылуу, түзүлүшү жөнөкөй.
Акылман бабалардын улуу эстелиги, ыйык куту жана өнөрүнүн туу чокусу болгон боз үйдөн кыргыздардын байыртадан табият менен шайкеш жашап келгендигин байкоого болот, анын түндүгүнөн көк асман, күндүзү күн, түнү ай көрүнөт. Сыртка чыкса, кең дүйнө шар ачылат. Чагылгандын чартылдага-

ны, шамалдын улуганы, дарыянын шоокуму, куштардын сайраганы даана угулуп турат. (Энциклопедия. Менин жерим – Кыргызстан. – Бишкек. 2013).

Боз үйдүн тегерек формасынан бабалардын архитектуралык акылмандуулугун көрүүгө болот, анткени тегерек же тоголок форма бөлмөнүн ички энергиясынын гармониялуу таралышын камсыз кылат. Мечиттердин жана чиркөөлөрдүн тегерек формада курулушу да ушуга байланыштуу деп ойлойбуз. Атом, молекулалардын, жер шарынын жана башка планеталардын формаларынын шар түрүндө болушу да жөн жерден болбосо керек.

Коломтонун ортого - түндүккө тушташ жайгаштырылышы эмнеге негизделген? Коломтодо от күйгөн учурда пайда болгон түтүн жеңил болгондуктан, конвекция (жылуулуктун агым менен берилиши) боюнча жогору багытталып, түндүктөн чыгып кетет. Муну аэрозолдорго (түтүн да аэрозолдорго кирет) тиешелүү болгон термофорез (аэрозолдордун төмөнкү температураны көздөй жылышы) жана фотофорез (аэрозолдордун жарыкты көздөй жылышы) кубулуштарынын негизинде да түшүндүрүүгө болот. Ал эми түндүктөн кирген муздак аба оор болгондуктан төмөн түшүп, анын курамындагы кычкылтек оттун күйүп турушун камсыз кылат.

Эмне үчүн боз үй жайында салкын, кышында жылуу болот? деген суроого илимий жооп табууга аракет кылып көрөлү. Боз үй кой жүнүнөн жасалган кийизден жасалат, жүндүн **жылуулук сыйымдуулугу (С)** иштетилишине жараша өзгөрүп турат (С=1,8-2,26), бирок башка табигый булалардан, мисалы пахта буласынан (С=1,3) бир кыйла жогору. Ошондуктан аба-ырайынын кескин өзгөрүүсү боз үйдүн ички температурасына көп таасир этпейт. Кышкысын ичиндеги жылуулук сыртка чыгарылбайт, жайкысын сырттагы ысык аптапты ичине киргизбейт, ошондуктан жайында салкын кышында жылуу болот. Көбүнесе боз үй ак кийизден жасалгандын, себеби ак түс жана жаныбар буласы күндүн радиоактивдүү нурларын өзүнө сиңирбестен, тескерисинче чагылдырат. Табигый була абанын регулярдуу алмашып туруусун камсыз кылат.

Боз үйдүн ууктарын, ички жасалгаларын кооздоо үчүн боёкторду кайдан алышкан, эмне үчүн кызыл түстү пайдаланышкан? Мурунку убакта эле ата-бабаларыбыз жыгачты жана булаларды боёш үчүн табигый боёкторду колдонгон, маселен, кызыл, сары, көк боёкторду өсүмдүктөрдүн (шалфей, чай чөп, эрмен, чычырканак, ит мурун, эмен дарагы, бөрү карагат, грек жаңгагынын) кабыктарын, тамырын кайнатып, бөлүп алышкан. Ал эми жошо топурагы менен ууктарды боёгондо, өңү кызарып кызыл түстү берген. Себеби, жошо топурагынын курамынында темир иондору бар. Экинчиден, кызыл түс үйгө жакшы маанай, жылуулук тартуулайт.

Тоолуу рельефтин жагымдуу да, экстремалдык- жагымсыз да шарттары бар. Жагымдуу болушу – абасы таза, ден соолукту чыңдоодо пайдасы бар. Жагымсыз таасири – аба ырайы кескин өзгөрүп жашоо-тиричилик үчүн бир топ кыйынчылыктарды жаратат.

Мына ушундай экстремалдык шарттарда кыргыз эли көчмөндөр цивилизациясын түзүшкөн. Мындай шарттар адамдардан кайраттуу, күчтүү болушун гана эмес акылдуу болушун да талап кылат. Ар кандай кыйынчылыктардан чыгуунун жолдорун издөө адам баласынын аң сезиминин өнүгүшүнө шарт түзөт, ынтымактуу болууга чакырат. Кыргыздар ушундай катаал шартта, бири-биринен окчун, алысыраак жашаганына карабастан байма-бай катташып, бири-биринен кабар алып, кыйналыштарда жардамдарын аянган эмес. Ден соолуктары чың болгон, анткени, тоолуу шартка ылайыктап, күчтүү, витаминдүү тамактарды (кымыз, казы, карта, чучук ж.б) пайдаланышкан. Кийимдери да жаш куракка карата бөлүнгөн.

Кымыз. Жылдан жылга саамал, кымыз менен дарылануу жолу эл арасына кеңири таралууда, ошондуктан улуттук суусундук - **кымыз жөнүндө** сөз кылууну туура көрдүк.

Илгерки ата-бабаларыбыз Үркөр батканча бээнин сүтүнүн дарылык касиети күчтүү болоорун билишкен. Кымызды бир нече түргө бөлүшкөн. Жаңы тууган бээнин кымызын ууз кымыз деп атап койсо, жаңы ачый баштаганы саамал, ал эми чөптүн мууну каткан кездегиси - сары кымыз аталган. Окумуштуулар кымыздын организмде зат алмашуу процессинде катализатор катары кызмат кыларын айтышат. Кымыз эчки терисинен жасалган сабада даярдалган жана ошондой эле чаначта ташылган жана сакталган. Дарылык касиети күчтүү болсун үчүн казы же ак кодол чөбүн салышкан. Сабаны 10-15 күндө бир тазалап, табылгынын түтүнүнө ыштап турушкан.

(Менин жерим - Кыргызстан: Энциклопедия. Кыргыз элинин салттуу билимдери – Б., 2013. 77-бет)

Бээнин сүтүнүн жана кымыздын дарылык касиети эмнеге негизделген?

Илгертеден кыргызар үчүн сый суусундук болуп келе жаткан кымыздын, азыркы кезде анын дарылык касиеттери илимий жол менен тастыкталып изилденип жатат.

Бээнин сүтүнүн курамында витаминдерди А, В, B_2, С, Е жана организм үчүн эң маанилүү алмашпоочу каныкпаган кислоталарды- линолен, арахидон жана линол кармап жүрөт. Ошондуктан бээнин сүтүндөгү ушул кислоталар кургак учук (туберкулез) ооруларын айыктырууда эң бир алмашкыс дары болуп саналат. Булардын саны бээнин сүтүндө уйдун сүтүнө салыштырмалуу 10 эсе көп.

Мындан башка дагы микроэлементтердин тобу -кобальт, йод, мед, цинк, марганец, алюминий, темир, натрий жана калий кармалаары аныкталган, булар иммунитетти жогорулатат.

Кымыздын баалуулугу мында ачуу процессинде органикалык майлар өзгөрүүсүз калат, белоктор оңой сиңүүчү органикалык заттарга айланат, сүт канты (лактоза) сүт кислотасына, этанол көмүр кислотасына жана башка көптөгөн ароматтык заттарга айланат, мына ушулардын бардыгы кымызга даамдуулукту, сиңиримдүүлүктү, дарылыгын ж.б касиеттерин берип турат.

Тамак-ашты туура сактоо эрежелери: кыргыздар азыркы кездеги проблемалардын бири тамак ашты туура сактоо эрежелерин да туюу- сезими менен ишке ашырышкан. Маселен тексте айтылгандай кымызды табылгынын түтүнүнө ышталган чаначтарда сактаган, мында эмне үчүн чаначты карагай же башка жыгачтар менен ыштабастан табылгынын түтүнүнө ыштаган деген суроо туулат?

Чаначты табылгынын түтүнүнө ыштаганын себеби, түтүндүтүн курамында ар кандай пайдалуу биологиялык активдүү органикалык заттар бар. Алар бактерициддик касиетке ээ, башкача айтканда, чаначтын көгөрүп кетишинен сактайт, бактериялардан коргой турган аймакты түзөт жана кымызга өзгөчө даам жана түс берип турат. Түтүндүн химиялык курамы көбүнчө органикалык кислоталарды, флавионоиддерди, фенол бирикмелерин - пирогаллолдун эфирлерин (антиоксиданттар), гваякол, мета-крезол сыяктуу бөтөнчө даам жана жагымдуу жыт берип турган заттарды кармап жүрөт.

Эт азыктарын ыштоодо кызыл карагайдын түтүнүн колдонсо анын курамында көбүрөөк өлчөмдө кескин жыттуу, ачуу даамдуу фенолдук, органикалык бирикме (скипидар) кармалгандыктан ышталган эт ачуу даамданып калат, ошондуктан мурунку муундар этти **арчанын жана табылгынын** түтүнү менен ыштоо аркылуу сакташкан. Мунун негизинде эт азыктары өзгөчө даамга жана түскө ээ болот. Азыркы кезде бул илимий түрдө тастыкталган. (Маалымат булагы: http://www.activestudy.info/faktory-vliyayushhie-na-gustotu-dyma/)

Ата-бабалар колдонуп келген айрым дары өсүмдүктөр жөнүндө маалымат. Адам баласына өсүмдүктөрдүн дарылык касиети байыртадан бери эле белгилүү болгон. Ата-бабаларыбыздын дары өсүмдүктөрүн пайдалануудагы кылымдардан берки тажрыйбасы жаңы маалыматтар менен байып, муундан-муунга өтүп келе жатат жана азыркы медицина илиминин бирден-бир башкы негизи болуп саналат.

Маселен: **Турдубайдын кыл табыпчылыгы**, бул үзүндүдөн биз Табыпчылардын эч кандай медициналык билими болбосо да табигый өсүмдүктөрдү колдонуп адамдарды, үй жаныбарларын дарылашып айыктырышкан, алардын сезим-туюмдарынын ушунчалык өнүккөндүгүн, азыркы илимий жол менен тастыкталгандан кийин анализ жасасак өтө кызык.

Турдубай атанын кээ бир дары чөптөр жөнүндө берген маалыматына токтололу.

Чөптөн даярдалуучу жел басаарга **шыраалжын** кирет. Мунун тамырын казып, жумурга салып кайнатып алып, анан пайдаланса болот.

Ич оору үчүн көк можу, тиш оору үчүн **ак кодолдун** тамырын пайдалансанса болот.

Чөп дарылардын эң күчтүүсү – **күчала.** Күчала тууралуу айтсак мындай: адам баласынын чучук майы түгөнөт. Сөөк жукарат, картаят, ошондо күчала ичилет. Топчу сыяктуу бул өсүмдүк биздин жергеде кайрак жерде чанда жолугат. Жылкынын эрип турган казы майына бир күчаланын теңин сал, үчтөн бир жаңгактын даны кошулуп, май-июнь айларында, чөп бышкан маалда аралаштырылып, 15-20-күнү ачуу тийген күнгө кактай илип коёт. Муну бир чай кашыктан эрте кеч тамак алдында жылуулай ичирет. Муздак ичирүүгө болбойт. Артынан муздак суу гана уурташ керек. Ансыз күчтүү дары муунду тырыштырып коюшу ыктымал. Адатта ысык чай ичип туруш зарыл. Карыялар айткандай, бул кунан койдун этине барабар келет («күчала ичкендей күч алып» – лакап).

Кыргыздын кырма тоолорунун өсүмдүктөрүнүн көбү эле дары чөптөр экен го, – демек, аны пайдаланышты гана билүү керек.

(Амантур Акматалиев. «Баба салты эне адеби». – Бишкек 1993. 101-бет)

Ушул үзүндүдө берилген табыпчынын дарыларын чечмелесек төмөндөгүдөй.

Жергебиздеги дары-дармек өсүмдүктөрүнүн өзгөчө бөтөнчөлүгү – алар
Кыргызстандын гана флорасында өсүүчү табигый өсүмдүктөр болуп эсептелет. Кыргыз табыптары оорулуу адамдарды, жаныбарларды дарылоодо ар кандай өсүмдүктөрдү кеңири пайдаланышкан. Биз жогоруда Турдубай табыпчы колдонгон жергиликтүү айрым дары-дармек өсүмдүктөр жөнүндө маалымат берели.

Ак кодол - жунгар аконит же уу коргошундар (Жунгар уу коргошуну, Талас уу коргошуну, Каракол же Ысык-Көл уу коргошундары) деп аталат. Алколоид-аконитиндин 0,002 грамм гана дозасы өлүмгө алып келет. Аконит алкалоид заттын (3-5 %) кармап жүрөт анын дарылык касиети да уулуулук касиети да ушуга негизделген. Уу коргошунду (аконит) колдонуу өтө сактыкты, кылдаттыкты талап кылат. Эч качан өз алдынча колдонууга болбойт. Анын жер үстүндөгү (гүлү, сабагы, жалбырагы), – айрыкча тамыры, уу болуп саналат. Бул уу жүрөктүн иштешин жана дем алууну токтотот, аконитке каршы эч дары жок.

Күчаланын илимий аты – **регеля эминиуму**. Дары катары анын топчудай болгон “тамыр түймөгү” колдонулат. Бул өсүмдүк жазгы жамгыр мезгилинде өсөт, анан тез эле куурап калат. Тамыр түймөктөрү топуракта сакталып кала берип, андан кийинки жылы жаңы өсүмдүк чыгат. Учук оорусун дарылоодо колдонулат химиялык курамы алкалоид, флавоноид, сапонин деген физиологиялык активдүү заттардан турат.

Шыраалжын - шыбактардын түрүнө кирген, жылда жаңыланып өскөн көп жылдык өсүмдүк. Анда эфир майы, ачуу заттары бар. Бүт республика боюнча талаа алкактарындагы арыктын жээктеринде, тоонун кырка боорлорунда өсөт. Мунун тамырын кайнатып, суук тийгенде колдонушат.

Химиялык курамы жетишерлик изилденген эмес.

Кыргызстанда дарылык касиетке ээ өсүмдүктөр бийик тоодо өсөт. Канчалык өсүмдүктөр бийик жерде өссө, ошончолук таза, дарылык касиети күчтүү болот. Анткени, бийиктикте аба, суу, топурак антропогендик булгануулардан (машиналардын, ишканалардын түтүндөрү, чириген таштандылардын саркындылары) алыс жайгашкандыктан, тоодо өскөн өсүмдүктөр экологиялык жактан таза жана биологиялык активдүү заттарга бай келет.

Кыргыз элинин руханий мурасы болгон “Манас” эпосунан үзүндү. Элибиздин руханий дүйнөсүн, маданиятын гана эмес медициналык билимин жана турмуш-тиричилик тажрыйбасын да байытууга зор салымын кошту десек аша чаппайбыз.

Маселен:

Кошой менен Жолой Дөөнүн күрөшү

...Чоюлса токтоп айрылбас,
Бош тургандай жайылбас,
Тартып көрсө чоюлган,
Кое берсе жыйылган,
Кылдай өөнүн байкаса,
Адамдын бейли кыйылган.
Кандагай калкта барбы?- деп,
Карыя Кошой айтып кеп,
Карап тура калганы.

(Манас. Семетей. Сейтек. Эпос: Үчилтик. Бишкек. “ЖЭКА” лтд.,1999. 168-бет)

Кошой айтып жаткан кандагайга берилген аныктамалар эмнелерди камтып жатат.

Кандагай кийимди тигүүчү терини кантип чоюлса айрылбас кылып иштетишкен?.

Бугунун терисин сүт кислотасы (айран) менен ашатып аны ийине жеткире ийлеп *кандагай* кийимди тигишкен. Мында кыргыз эли тери иштетүү технологиясын дагы кылдаттык менен туюу- сезими менен ойлоп таап ишке ашырышкан.

Кандагай, «Чоюлса токтоп айрылбас, бош тургандай жайылбас,тартып көрсө чоюлган, коё берсе жыйылган»—деген ыр саптары эле тери кандай иштетилгенин сүрөттөп берет. Илимий түшүндүргөндө кандагайды тигүүчү терини ашатууда химиялык процесс жүрөт. Мында сүт (айран) ун менен ашаткы даярдап, аны менен бугунун терисин ашатып, аны ийине жеткире ийлеп, кандагайдан кийимди тигүүгө даярдашкан.

Ашаткы дегенибиз - сүт ачып, сүт кислотасын пайда кылат, ал ун (углевод) менен аракеттенип ачытуу процесси ишке ашат, ал терини ашатууда колдонулат. Мында теринин белогу менен сүт кислотасынын

(ашаткынын) ортосунда реакция жүрүп, тери жумшарып ийге келе баштайт. Ашаткыны кырдуу жыгач же темир менен кырып тазалайт, андан кийин ийлеп, чоюп ийине келтиргенде, тери жумшарат, кандагай тигүүгө жарайт.

Дагы бир эң кызыктуу эпизод бул -

Каныкейдин Манаска күмбөз салдырышы. Ойрон катын Каныкей ар жерден келген усталарды чогултуп, Манаска күмбөз тургузду. Алты атан комдотуп, Наманганды чалдырды, күлбото топуракты кире менен алдырды. Букарда өскөн долу жеңе, кыз кезинде көп көргөн, найын топуракты эзип аккан Аму менен Сыр дайрага жиберип, суусун тундуруп, топурагын алдырды, ага жез менен темирдин өгөндүсүн кошуп жуурутуп, колго жукпай калганга чейин ийлетти. Алты жүз эркеч сойдуруп, жүнүн ылайга кошуп, майына кыш бышыртып, айкөлүмдүн күмбөзү алты кылым турса дагы моюбасын деп салды. (Ашым Жакыпбеков. Теңири Манас. – Б., «Кыргызстан». 1995. 526-бет)

Бул эпизодду илимий тил менен чечмелесек бир нече төмөнкүдөй суроолор туулат:

- Эмне үчүн Каныкей эне күмбөз салдырууда жөнөкөй топуракты колдонбой, күлбото топуракты кире (акы) берип алдырган?
- Күмбөз салууда эмне үчүн Аму менен Сыр дарыяга жиберип, суусун алдырып, аны тундуруп, топурагын алган?

Топурактын өзүн эле ийлетип салдырганда, ал аморфтуу болуп, оңой
үбөлөнүп, бышык болбойт. Мындай материалдар бир аз эле деформацияда тез талкаланып кетет. Күлботонун тыгыздыгы жөнөкөй топурактын тыгыздыгынан чоң болгондуктан, бышык, бекем болот.

Күлбото топурагы жогорку температурага чыдамдуу майда дисперстүү структуралуу топурак, ал жогорку ийкемдүүлүк жана жогорку байланыштыруучулук жөндөмгө ээ болот. Ошондуктан мындай топуралтар мурунку убактан азыркы заманга чейин бышык, чыдамдуу кирпичтерди ж.б каражаттарды жасоодо кеңири колдонулат. Анын курамында 35% кем эмес алюминийдин оксидин (Al_2O_3); 50% -SiO_2 болот.

Аму менен Сыр дарыянын топурагын алдырганы, ал дарыянын суулары менен жуулуп, тазарган ак топуралтан турат андан курулуш материалдарын даярдоо ыңгайлуу. Ал ак топурак каолин же ак чопо деп аталат. Курамы каолинден $Al_2Si_2O_5(OH)_4$ (Al_2O_3 39,5%; SiO_2 46,54%; H_2O 13,96% массасы боюнча) турган бул топурак күлботодон айырмаланып, эпке келүүсү жана байланыштыруучулук жөндөмдүүлүктөрү андан төмөн, бирок суу менен майда суспензия сымал аралашманы пайда кылып, илеешкек камырды жаратат, чийки кезинде каалагандай формага келтирсе болот, бул касиетин кургагандан кийин да сактайт. Сууну сиңиримдүүлүгү белгилүү чекке чейин болот, андан ашыкчасын өзү аркылуу өткөрбөйт.

- Эчкинин майын жана кылын эмнеге кошкон? Топуракка эмне үчүн темир менен жездин өгөндүсүн кошуп ийлеткендин сыры эмнеде?

Күлбото менен ак топурактын аралашмасына эркечтин майын жана кылын коштуруп ийлеткен. Май кошкондун себеби май гидролизге учурап, жогорку молекулалуу май кислоталарын жана глицеринди пайда кылат, май кислоталары аралашманын курамындагы заттар менен аракеттенишип, беттик активдүү заттарды (БАЗ) пайда кылат, анын аз эле өлчөмдөгүсү (аралашманын массасынын 3,0%) курулуш материалдарга ийкемдүүлүктү, кыймылдуулукту берип, топуракты ийлегенге суунун сарпталышын да азайтат. Кирпич кургагандан кийин өзүнүн бекемдигин сактап, жарака кетпей жеңил болгон, алар бир нече кылымдан бери ар кандай сырткы факторлорго чыдамдуу болуп, суу өткөрбөй, эч жери бузулбай, кылымдар бою ушу заманга чейин сакталып келе жатат.

Жогорудагы топуралтардын аралашмасына темир менен жездин бир аз өгөөндүсүн кошконунун себеби темир менен жездин майда таарындыларын, эчкинин жүнүн кошкондо топурактын бекемдиги, бышыктыгы жогорулайт, серпилгичтүүлүк касиети жакшырат жана аралашманын компонеттери бири-бири менен жуурулушуп жакшы байланышат. Ошондой эле жез биздин эрага чейин 5000 жыл мурун эле курулуш иштеринде колдонулуп келген. Жездин да ийкемдүүлүгү жогору, дат басууга чыдамдуу, эстетикалык жактан жогору болгон металл болуп саналат. Чагылышкан жарыкта жез өзүнүн түсүн ачык кызыл түстөн жашылга чейин өзгөртөт. Ошентип ал күмбөздү эстетикалык жактан да байытат.

Жыйынтык. Бул макалада келтирилген ата-бабаларыбыздан калган баалуу мурастарды илимий жактан иликтеген соң биздин улуу муундар химия, физика, медицина ж.б. илимдерден кабары болбосо да сезим-туюмдук таанып билүүнүн негизинде өз заманы үчүн гана эмес биздин заман үчүн мааниси эч кем болбогон билим булактарын калтырганына таазим эткибиз келет. Ушундан улам сезим-туюмдук

таанып билүү ыкмасына бир гана психология, философия илимдеринин адистери эмес жалпы табият таануу, медицина ж.б. илимдерди аркалаган окумуштууларыбыз да көңүл коет деген ишенимдебиз.
Жогоруда көрсөтүлгөн байыркы муундардын баалуу мурастарынын ар бирин сүрөттөө менен бирге алардын пайдалуу жактарына, колдонуу себептерине, жана башка сапаттарына химиялык көз караш аркылуу иликтөөнүн негизинде баа берилди. Илимий иликтөөнүн жыйынтыгында байыркы кыргыз элдери колдонгон буюм-теримдери, тамак-азыктары, курулуш материалдары табияттын мыйзамдарына шайкеш келип, ата-бабаларыбыздын жашоо шартын жеңилдештирип, ыңгайлаштырганы көрсөтүлдү.
Топуракты, терини тамак аштарды иштетүү жана сактоо технологиялары азыркы заманбап технологияларына шайкеш келип турганы абзел эмес.
Ошондой эле илгерки муундар колдонгон дары каражаттарынын химиялык курамын изилдөөнүн негизинде байыркы замандыгы кыргыз медицинасы бүгүнкү илимий медицинада пайдаланылган бир топ дары өсүмдүктөрүн өздөштүрө билгендиги аныкталды.

Колдонулган адабияттар

1. *"Кыргызстан" улуттук энциклопедиясы: 4-том. Башкы редактору Асанов Y. А. К 97. Б.: Мамлекеттик тил жана энциклопедия борбору, 2012. 832 бет, илл. ISBN 978 9967-14-104 -9.*
2. *Энциклопедия. Менин жерим – Кыргызстан. – Бишкек. 2013*
3. *Менин жерим - Кыргызстан: Энциклопедия. Кыргыз элинин салттуу билимдери / Б.А. Мураталиев, З.Ж. Мамбетова, Р.К. Султангазиева. – Б., 2013. 77-бет*
4. *Маалымат булагы: http://www.activestudy.info/faktory-vliyayushhie-na-gustotu-dyma/*
5. *Амантур Акматалиев. «Баба салты, эне адеби». – Бишкек. «Бүткүл союздук жаштар китеп борбору» бирикмеси, «Баласагын» филиалы, 1993. 91-92 бб.*
6. *Менин жерим – Кыргызстан. Энциклопедия. – Б., 2013,– 92-бет*
7. *Сагынбай Орозбаков, кол жазмалар фондусу 575-инв.*
8. *М. Субанова, К. Сартова ж.б. "Адабий чыгармалардагы табият сырлары", -Бишкек-2014 – 46-бет.*
9. *Манас. Семетей. Сейтек. Эпос: Үчилтик. Бишкек. "ЖЭКА" лтд.,1999. 168-бет.*
10. *Ашым Жакыпбеков. Теңири Манас. – Б., «Кыргызстан». 1995. 526-бет.*

МАНАС ДООРУНДАГЫ МУМИЁНУН БҮГҮНКУ КҮНДӨГҮ ОРДУ

А.С.Мукашова, А.Д.Мураталиева , Б.М. Капаров
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Фармакогнозия жана дары каражаттарынын химиясынын кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Бул статьяда мумиёнун жаралуусу,аталышы, элдик медицинада кылымдап колдонулуп келе жатканы баяндалат. Манас эпосунда сыныкты айыктыруучу дары каражат катары колдонулган,химиялык курамы акыркы алынган маалымат боюнча төмөнкүдөй жалпы формулага ээ: $CaSi[(K, Na)C_4H_1 \bullet CH_2O]$, азыркы медицинадагы өзгөчө орду белгиленип көрсөтүлгөн, перспективдүү дары каражат.

Негизги сөздөр: Мумиё, элдик медицина, Манас, дары каражат, сынык, курамы, тоо, оору,мазь, заттар, табият, кыргыз, салт.

МУМИЁ В ЭПОХЕ МАНАСА И СЕГОДНЯ

А.С. Мукашова, А.Д. Мураталиева, Б.М. Капаров
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В этой статье описывается зарождение мумиё, его название и использование в народной медицине испокон веков. В эпосе Манас оно использовалось как препарат излечивающий переломы, по последним данным его химический состав таков: $CaSi[(K, Na)C_4H_1 \bullet CH_2O]$, в настоящее время имеет особо значимое место в медицине и является перспективным препаратом.

Ключевые слова: Мумиё , нанодная медицина, Манас, препараты, перелом, состав, горы, болезнь, мазь, вещества, природа, кыргыз, традиция.

MOOMIYO DURING MANAS ERA AND TODAY

A.S. Mukashova, A.D. Muratalieva, B.M. Kaparov
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Departmet of pharmakognosy and chemistry of medicines
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. This article describes the origin of Moomiyo, its name and its usage for centuries in traditional medicine. Moomiyo has been used in Manas epic as a treatment for healing bone fracture. Its chemical composition according to the latest data has the following formula: $CaSi[(K, Na)C_4H_1 \bullet CH_2O]$. The article focuses jn the important role of the Moomiyo in medicine as high-potential drug.
Key words: Moomiyo, traditional medicine, Manas, drug, bone facture , composition, mountain, oil, matters, nature, Kyrgyz, tradition.

Киришүү.“Тарыхы болбой, эл болбойт, тамыры болбой, бак болбойт”дегендей, улуу кыргыз элинин тарыхы,кытай жазма булактарына таянып айтсак ,Орто Азиядагы, деги эле түрк тилдүү элдердин арасынан эң байыркы болуп эсептелет. Байыркы кыргыздардын маданий мурастарынын көпчүлүк бөлүгү жоголуп кеткен. Буга миң жылдык тарыхындагы ар кандай факторлор, айрыкча көчмөндүк турмуш, тышкы жана ич ара уруш-талаштын көпчүлү таасир берген. Байыркы кытай ж.б кошуна элдерде өздөрүнүн салт-санаасын кагазга жазып калтыруу салты болгон болсо, кыргыз элинде улуу даанышмандык, рухий байлыктар, салт-санаа устаттан шакиртке, атадан балага, муундан муунга оозеки түрүндө өтүп сакталып келген. Байыркы кыргыз дарыгерлиги эл арасында сакталып, бүгүнкү күндө кандайдыр бир деңгээлде өзүнүн таасирдүүлүгүн жоготпой келет. Тээ байыртан көчмөн турмушта жашап, өздөрүнүн табият менен тыгыз байланышта экенин сезишип, жаратылышка терең урмат-сый менен мамиле кылган кыргыз эли ар кандай дары дармектерди минералдык суулардан , курт-кумурскалардан, айбанаттардын айрым бир бөлүктөрүнөн жасашкан. Окумуштуулардын маалыматтарына таянсак, ушундай эле көрүнүш Тибет элинде байыртадан пайдаланып келүүдө. Тарыхый булактарда акыркы Кытай, Индия, Иран ж.б кошуна өлкөлөрдүн аймактарында байыркы элдер Улуу Жибек жолу аркылуу келип, кыргыздардан ар кандай буюм-тайымдарды, ошонун ичинен дары чөптөрдү да ар түрдүү буюмдарга , жибек, ок дарыларга алмашып кетишкен. Мында бабалардын дарыгерлик өнөрүн, жогоруда айтып өткөн азыркы Кытай, Индия, Иран,Тибет дарыгерлигине кандайдыр бир деңгээлде таасири бар же негизин түзгөн деп айтсак аша кетпестирбиз.

Ал эми элдик медицинада ооруларды дарылоодо ар түрдүү дарылар, дары өсүмдүктөр , минералдык заттар, айрым жаныбарлардын эти жана ички органдары , жаныбарлардын бөлүп чыгарган заттары колдонулган. Кыргыздардын илгерки көчмөн турмушунда элдик хирургия болгондугу да белгилүү. Мисалы, сынган сөөктү сакайтуу, жөнөкөй операцияларды жасай билүү жана жөнөкөй хирургиялык аспаптардын биздин күндөргө чейин келип жетиши мунун далили. Бул маалыматтар азыркы мезгилге чейин оозеки түрүндө жетти.“Манаста” алардын айрымдарынын аттары эскерилип кетет. Мисалы, мумиё. Бир эпизоддо Манас оор жарадар болот. Ошондо Кара кожо деген адам айыктырат. (“Мажму ат-таравих” 67-б.)

Раддлов жазып алган вариант боюнча кашкулактын өтү, арак, бал-дары катары колдонула тургандыгы айтылат. “Манаста” кашкулактын өтү менен бирге кажырдын өтү да элдик медицинада колдонулуп келгени эскерилет:

Кажырдынөтүбарбыдеп,
Чуулаганыанданкөп,
Кумуя дары момия,
Бар бекен деп кошундан.
Сурап жургөн андан көп (С.Орозбаков, кол жазмалар фондусу, 575-инв.)

Мында кажырдын өтү менен бирге момия жөнүндө да айтылат. Момия же мумия деле жаныбарлардын, атап айтканда чычкандын бир түрү бөлүп чыгарган затка кирет. Ошентип, “Манаста”жаныбарлардын бөлүп чыгарган продуктусунан даярдалган бир топ дарылар тууралуу маалыматтар чагылдырылган.

Мумиё кылымдап сакталган ,табият тартуулаган табылгыс дары!

Максаты:Биздин максат Манас эпосунда колдонулулган дары каражаттарды анын ичинен мумиёнун колдонулуп келишин жана бүгүнкү күндөгү ордун көрсөтүп берүү.

Изилдөө методу: Логикалык анализ, социалдык изилдөө, статистикалык анализ (анкетанын негизинде)**.**

Жыйынтык жана талкуулоо: Мумиё - бул бийик тоолордо сейрек кездешүүчү табият тартуулаган чайыр түрүндөгү зат.

«Мумиё» эки сөздөн туруп «мум»-мом жана «оин» ал табылган Ирактагы тоолу айылдын аталышы. Аны «оинден алынган мом» же мумоин деп аташкан. Бирок адабияттык булактарга таянсак биринчи жолу Оинде эмес, Деробдо табылган. Мумиёнун пайда болуусу боюнча бир нече божомолдор айтылып келет. Окумуштуулардын бир тобу битуминоздук пайда болуу десе, а башкалар өсүмдүк жана микроорганизмдердин продуктусу, үчүнчүлөрү жаныбарлар бөлүп чыгарган продукт деген оюн айтышкан. (Б. Корчубеков., Мумие «Аркар-Таш» Бишкек 2008)

Мумиё ар кандай түстө кездешип, ар түрдүү аталышта колдонулат.Чыгыштын түрдүү улуттарында мумиё ар кандай аймактык аталышка ээ, мисалы: Бирмеде мумие «час-туй», Монголия, Тибет жана Забайкалда-«барагшун» же «бракшун» (аска ширеси), Түркменияда- «мумиосой», Тажикстанда – «загх ксиль», «кием», Иранда-«дороби», Индияда-«салоджит» (тоо балы), Сирияда-«аракул джибол» (тоо тери).

(Б. Корчубеков., Мумиё «Аркар-Таш» Бишкек 2008)

Мумиё кара-курөң, кээде кара түстө, бальзам сымал жыты бар, анын курамында бардык витаминдер, өзгөчө В витамини, эфир майы, аарынын уусу, микроэлементтин 30 түрү, 73,6±2,7% органикалык заттар, 22,0±0,6% күл, 4,6±0,4% азот, 4,1±0,8% кальцидин оксиди, 0,18-0,005% фосфордун оксиди, 0,04±0,002% темирдин оксиди, 2,9±0,1% магнийдин оксиди, 0,11±0,0012% марганецтин оксиди кездешет. (Нуралиев Ю.Н 1973).

Андан тышкары курамында 11,9%суу жана төмөнкү химиялык элементтер бар: Ca, Pb, Mg, Si, P, Al, Fe, Ti, Mn, K, Na, Sn, Ag, Vi, Co, Va, Cr, Zn, Ba, S, Be, Cu, Mo, B. (Пертов Н.П., Шакиров А.Ш 1964, Савиных М.И., Грицюк Я.М., Дмитриев А.Н 1991, Навроцкий В.В 2001, Коноплева М.М 2012)

Сапаттуу мумиё ысыктан эрип, а түгүл, суюк затка айланып кетет, сапатсыз мумиё катуу бойдон тура берет. Мумиё +81◦С эрийт, рН 6,7-7 барабар. Сууда оңой эрийт, спиртте жана эфирде начар эрийт, ал эми хлороформда такыр эрибейт.

Мумиёнун негизи төрт түргө белүүгө болот:

1. Алтын мумиё
2. Күмүш мумиё
3. Жез мумиё
4. Темир мумиё

Аны деңиз деңгээлинен 2000-3500м бийиктиктеги тоолордун түштүк тарабындагы боорлорунан табууга болот. Кыргызстандын ичиндеги жайгашкан тоолордо , анын ичинен Сандалаш, Чаткал, Фергана, Суусамыр, Молдо-Тоо, Ат-Башы, Тескей Ала-Тоо, Сары-Жаз, Кунгөй Ала-Тоо, Тянь-Шань Тоо кыркаларында кеңири кездештирүүгө болот. Кыргызстанда- «Аркар-Таш», айрым учурда «тоонун ыйы», «Аска бальзамы», «таш желими» деген аттар менен белгилүү. Мумиё жайгашкан жеринин шартына ылайыкташат, ар башка жердин мумиёсунун курамы да бири-биринен айырмаланат. (А.Базарбаева /24.04.16)

Элдик медицинада дары каражат катары сыныкка, астмага, учук, тамак синирүү органдарынын өнөкөт дартына жана башка ооруларга кенири колдонулат. Эпосто «момия», «мумуя», «мобуя» делип сыныкты бат бүтүрүүчү катары байыртадан эле колдонулганы айтылат:

Буту, колусынганга Момия дары издешип (С.Орозбаков., 2. 91-б.Бишкек 2015)

Адамдын сөөгү сынган кезде мумиёну эзип, эттин сыртынан сыйпаган. Азыркы медицинада мазь кылып колдонулат, тактап айтканда ар бир мазда мумиёнун кошулмасы бар**.**

Биздин изилдөөнүн жыйынтыгы: Изилдөөлөрүбүздүн жыйынтыгында мумиё көптөгөн ооруларга шыпа экенине күбө болдук.

Мисалы:

● Журөк-кан тамыр оорулары: варикоз, тромбофлебит, гипертония, инфарктан кийинки абал ж.б.

● Ичеги-карын, боор, өт оорулары: ашказан жарасы, он эки эли ичегинин жарасы, холецистит, өтөкөт колит, тамак сиңирүүнүн бузулушу, табиттин жогорулашы жата төмөндөшү, гастрит, гепатит, жүрөк айлануу, ич катуу, зарна, кусу, тамак аштан ууланyу ж.б.

● Дем алуу органдарынын оорулары: мурун бүтүү, бронхиалдык астма, бронхит, ангина, жөтөл, түтөк, кургак учук, плеврит, ларенгит, фарингит,синусит, гайморит ж.б.
● Көрүү органдардын оорулары: глаукома, ячмень.
● Угуу органдарынын оорулары: угуунун начарлашы, ортонку кулактын сезгениши, кулактан ирин агуу ж.б.
● Бөйрөк жана бөлүп чыгаруу системасынын орулары: цистит, табарсыктын жарасы, нефрит,пиелонефрит ж.б.
● Ооз көңдөйүнүн оорулары: пародонтоз, хейлит,стоматит.
● Эндокриндик оорулар: диабет, панкреатит.
● Тери оорулары: дерматит, ирин, куйук, жара, псориаз, экзема.
● Сөөк-муун оорулары: радикулит, сынык, муун оорулары, кызыл жүгүрүк.
● Суук тийүүнүн алдын алуу жана дарылоо: тумоо, суук тийүү ж.б.
● Геморрой.
● Аллергиялык оорулар.
● Репродуктивдик системанын оорулары: эркектердин жана аялдардын тукумсуздугу, эрозия, жыныстык функциянын начарлашы.
● Кан оорулары: анемия, темир жетишсиздик анемия.
● Күйүк .
● Борбордук жана четки нерв системасынын оорулары: эпилепсия, баш оору, шакый, баш айлануу, уйкунун бузулушу, нейродермит.
● Иммунитеттин төмөндөшү.
Мындан тышкары сулуулукка кам көрүүдө колдонууга сунуш кылынат.
• Бетти агартууда мумиёнун жардамы таасирдүү. Дарыканада сатылган мумиёнун 2 таблеткасын бир чоң кашык кайнак сууга эзесиз. Анан балдарга арналган бет майы менен аралаштыргандан кийин 15 мүнөт тыныктырып коёсуз. Даяр болгон аралашманы бетинизге 30 мүнөт коюп,андан кийин жылуу суу менен жууп салуу керек.
• Мумиё организимдеги майларды жоготуп ашыкча салмактан арылтат. Ал үчүн 0,5 грамм мумиёну 1 стакан сууга аралаштырып эрте менен ач карын, кечинде тамактан кийин ичиңиз. Бул ыкма 20 күнгө сунушталат.
• Мумиё чачты түшүүдөн,какачтан арылтат, жылтырап өңүн кулпуртат. Кадимки өзүңүз колдонгон шампунга 2 грамм мумиёну кошуп аралаштырып дайыма пайдалансаңыз натыйжасын берет.
Мумиёну колдонууда көлөмүн туура жана так кошуу керек. Эгерде, көрсөтүлгөн эрежелерди сактабасак терс таасир бериши мүмкүн.
Дагы бир эске ала кетчүү нерсе, кээ бир адамдарга мумиёну колдонууга болбойт. Мисалы: кош бойлуулларга, ымыркайларга, онкологиялык ооруга чалдыккандарга, этек кири келип жаткан аялдарга, артериялык кан басымы жогору адамдарга.
Бизге чейин да мумиёго көптөгөн окумуштуулар изилдөөлөрдү жургузгөн, алсак:
● X-XI кылымда Абу Али Ибн Сина мумуёну сыныкка, баш ооруга, кулактын иринине, өпкө жана боор ооруларына колдонгон.
● X-XI кылымда Мухаммад Табиб 0,2-0,3г мумиёну бал менен ичүү жыныстык функцияны жөнгө келтиргенин баса белгилеген.
● XVIII кылымда Мухаммад Хусейин-Шерази “Махзанул-адвия” китебинде мумиёну дем алуу, жүрөккан тамыр жана нерв системаларына таасир этүүчү дары каражат катары колдонулганын айтат. Ошондой эле кызыл жүгүрүк, сынык, сезгенүү, ашказан жарасы, тери оорулары, тукумсуздук менен жабыр тарткан бейтаптарга натыйжалуу жыйынтык бере алган.
● 1964-жылы Шакиров мумиёнун бактерициддик касиеттерин изилдеген, изилдөөнүн жыйынтыгында бактерияга каршы касиетке ээ экенин көрсөткөн.
● 1965-жылы изилдөөчү А.Шелковский өзүнүн изилдөөсүнүн жыйынтыгында мумиё кандагы эритроцит жана ретикулоциттердин санын көбөйтүүчү зат экенин айткан.
● 1969-жылы В.Н.Исмаилова жаш балдардын сөөгүнө мумиёнун таасирин изилдеген. Изилдөөнүн жыйынтыгында сөөк сыныктарын жана жаракаларын бат бүтүрүүчү каражат катары табылган.
● 1972-жылы дарыгер И.Сулайманов өзүнүн бейтаптарын мумиёнун жардамы менен дарылаган жана мумиё канды нормага келтирүүчү касиеты бар экенин белгилеген.

● 1972-жылы дарыгер А.Я.Фойгельман жана Л.Т.Селезнева мумиё жана ооруну басандатуучу, сезгенүүну жок кылуучу, жараны тазалоочу каражат катары колдонушкан.

Корутунду. Мумиё кылымдап сакталса да өз баалуулугун жоготпогон дары каражат. Бийик тоолордо кездешкен, жаратылышта пайда болгон биологиялык продукт. Эпосто сыныкты дарылоого кетсе, бүгүнкү күндө көп тармактуу колдонулуп келет. Тактап айтканда азыркы медицинада өзгөчө орунду ээлеп, күндөн күнгө мумиёго болгон талап жогорулоодо.

Колдонулган адабияттар:

1) Алтымышев А.А., Корчубеков Б.К. Что мы знаем о мумиё (архар-Таш): Науч.-пупл.очерк.-Фрунзе: Мектеп, 1979.-76с.

2) Ботбаев А.Е., Корчубеков Б.К., Мусурманкулов Р.Т. Мумиё: правда и вымысел.-Алма-Ата: Онер, 1990.-46с.

3) Корчубеков Б.К. Мумиё "Архар-Таш" и его физиологическая активность/ Под общ.ред. Бишкек 2008.-5,6,7,16с

4) Корчубеков Б.К. пути получения и использование мумиё.-Фрунзе: Кыргызстан,1991.-63с.

5) Нуралиев Ю.Н., Денисенко П. Мумиё и его лечебные свойства./2-е изд.-Душанбе: Инфон, 1977.-112с.

6) Биология и интегративная медицина: Ражабова Г.Х.//статья «Мумиё в медицине» 2017 №3 (март).

7) http://mumieorganic.ru/sostav-mumie.html

«МАНАС» ЭПОСУНДАГЫ ГУМАНИЗМ ИДЕЯСЫ

Орозалиева А.А[1]., Тургумбаева Ж.Д[2]., Кадыралиева К[3].

[1]И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

[2]"Алдын алуучу медицина" илимий-өндүрүштүк бирикмеси

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

[3]С. Нааматов атындагы Нарын мамлекеттик университети

Нарын ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада «Манас» эпосундагы гумандуулук идеясынын улуттук жана дүйнөлүк маанисси, анын руханий – адептик философиялык асыл-нарктары, идеологиясы, патриоттук улуу дөөлөттөрү тууралуу берилди.

Негизги сөздөр: «Манас» эпосу, кыргыздардын тарыхы, гумандуулук, турмуш-тиричилик, улуттук, дүйнөлүк, демократиялык жөрөлгө, кайталангыс, улуттун патриоттук идеологиясы, эл аралык достук.

ИДЕИ ГУМАНИЗМА В ЭПОСЕ «МАНАС»

Орозалиева А.А[1]., Тургумбаева Ж.Д[2]., Кадыралиева К[3].

[1]Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

[2] Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина»

г. Бишкек, Кыргызская Республика

[3]НГУ им. С. Нааматова

г. Нарын, Кыргызская Республика

Резюме. В статье рассказывается о национальном и мировом значении идеи гуманизма в эпосе» Манас», его духовно-нравственных философских ценностях, идеологических, патриотических ценностях.

Ключевые слова: эпос «Манас», история кыргызов, гуманизм, быт, национальная, мировая, демократические проступки, неповторимая, патриотическая идеология нации, международная дружба.

IDEAS OF HUMANISM IN THE EPIC MANAS

Orozalieva A.A[1]. Turgumbaeva Zh.Dzh[2]. Kadyralieva K[3].
[1] Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
[2] "Scientific and Production Centre for Preventive Medicine
Bishkek, Kyrgyz Republic
[3]Naryn State University named after S. Naamatov
Naryn, Kyrgyz Republic

Resume. The article tells about the national and world significance of the idea of humanism in the epic "Manas", its spiritual and moral philosophical values, ideological, patriotic values.
Key words: epic «Manas», the history of the Kyrgyz people, humanism, everyday life, national, world, democratic offenses, the unique, patriotic ideology of the nation, international friendship.

Кыргыз элинин көп жылдык тарыхында эзелки кыргыз тарыхы, турмуштук тажрыйбасы, элдик таалим-тарбиясы, акылмандык, даанышмандык, нарк-насил каада-салт, үрп-адат, адеп-ахлак, дегеле бүтүндөй турмуш-тиричилик толугу менен камтылган бабалар баяны, калктын муундан-муунга мурас болуп өтө турган капкалуу казынасы [1].
Бул элдик поэтикалык энциклопедия кыргыздын керемет кол өнөрчүлүгүн, көркөм искусствосун, коомдук түзүлүшүн, экономикалык чарбачылыгын, согуштук-аскердик өнөрүн, спорт оюндарын, башка калктар менен болгон дипломатиялык байланыштарын, эл аралык достук мамилелерин, демократиялык жөрөлгөлөрүн укуктук-мыйзамдык эрежелерин, этикасы менен эстетикасын, каада-салттарын, диндик ишенимдерин, мифологиясын, илим-билим түшүнүктөрүн, Ала – Тоонун жаратылышын, анын флорасын, астрономиясы менен медицинасын, педагогикасын, улуттун патриоттук идеологиясын, бир сөз менен айтканда, ак калпак калктын бүтүндөй этнологиялык маданиятын кучагына алып турган өзүнчө бир кайталангыс укмуштуу маданий кубулуш [2].
«Манас» эпосубуз дүйнөлүк аренада көлөм жагынан гана бөтөнчөлөнбөстөн, ошону менен бирге өзүнүн түбү терең дайрадай орошон мазмуну, обологон бийик ойлору, орчундуу идеялары, омоктуу философиялык нускалары, жалпы адамзаттык деңгээлдеги рухий-ыймандык дөөлөттөрү, гуманисттик кенчтери менен да өзгөчөлөнөт. Сюжеттик өзөгү кечээки жоокердик заманга туш келсе да, бүгүнкү биз үчүн акылмандыкка чулганган эпос.
«Манаста» көккө жеткире көкөлөтө даңазалаган өзөктүү осуяттардын бири - адам жана адамгерчилик. Эпосто адам - ата-баба менен урпактарды байланыштырган көпүрө, ал ириде өзүнүн рухий касиеттерине жараша бааланат. «Манас» эпосу бул жагынан, асыресе, баланы тапкан, бапестеп баккан аял - эне-ни, анын асыл аракет, эмгегин даңктоо, адамга бийик урмат менен кең пейил мамиле жасоо жагынан бүгүнкү урпак үчүн улуу нуска. Анда коомдун ден соолугу, үй-бүлөнүн ден соолугу менен, ата-бабаны урматтоо урпактардын келечеги менен, элдин бакубат турмушу анын рухий байлык деңгээли менен тыгыз чырмалышкан. «Манас» – айкөлдүктүн, бири-бирин кечире билүүнүн гимни.
Төмөндөгү маалыматтар "Манас" эпосундагы гумандуулук идеясын бере алат.
Манас бийликке жутунбайт. Алтайлыктар аны кан көтөрүп салганда да, жыйындын ортосуна чыгып, муну айтат:

Акылга дыйкан көй баатыр,
Айтууга менде сөз жатат.
Мал жагында арман жок,
Башыма мүшкүл иш түшсө,
Тууганымда дарман жок,
Карып калган Жакыпта,
Кайрат кылар шайман жок.
Казак, кыргыз бир тууган,
кан болуучу жан болсо,
Бирөө чыксын бел бууган,
Талаада бир ат сойдум деп,
өз напсиме тартайын,
Тоодой токонаалатты,

Өз мойнума артпайын.
Калмагың бар, маңгул бар,
Казагың бар, Кыргыз бар,
Каңгай менен тыргоот бар,
Бел байлаган болсун деп,
Мени бештон койсун деп [3, 268-б.].

Манас дайыма калк менен акылдашып, кеңешип маселе чечет. Зордобойт, каалаганына коёт. Мисалы, Алтайдан Ала-Тоого көчөрдө чогулган элге минтип айтат:

Көрбөгөн жерге баргын деп,
Зордобосмун силерди,
Алтайда ата жериңер,
Анжиянга барууга,
Бизге уруксат бериңер!
Каалаганың калгыла,
Каалаганың баргыла.
Жакканың айткын жакты деп,
Араң турган журт бардыр,
Алтайдан бизди качты деп,
Көчпөдүң деп кордобойм,
Көпчүлүгүң өзүң бил,
Көч деп сени зордобойм.
Каалаганың мында кал,
караң түгүл, каныңар,
Алтайдын жери жерге чет,
ант урган Кытай барында
Ар качан десең жоого бет» [4,153-б.].

Алмамбет Манастын айкөл адамгерчилигине ыраазы болот да, пейилге пейил менен жооп берет:

Чаап жүрсөң чалыкпас,
Алты айга минсе талыкпас,
Аккула экен атыңыз,
Аккулаң колдон бир чыкса,
Айбанга өтпөс датыңыз,
Ар кандай тулпар минсең да,
Арылбас аттан арманың,
Марттык кылып башында
Мага берип салганың,
Баймакка пейлиңди
Макул көрүп алгамын,
Сандаган журтум бүт болсун,
Сарала ат мага кут болсун.
Атпай Кыргыз журт болсун,
Аккула сизге кут болсун! [4,40-б.].

Көкөтөйдүн ашында Манас жамбы атып түшүрөт, Бирок жамбыны барбалактап, чөнтөгүнө салып албайт, Кан Кошойго тартуулап, чоң адамгерчилик, сый, нарк көрсөтөт:

Колундагы жамбыны колго тамам көргөзүп,
Арбагы журттан артканы,
Ак сакалдуу Кошойго,
Алпарып тартуу тартканы,
Абаке муну алгын деп,
Ак сакалдуу карымсың,
Калк көтөргөн канымсың,
Касиеттүү жанымсың,
Мына ушуну алгын - деп [5,179-б.].

Кошой да кайра Манаска нарк көрсөтөт:

Кошой абаң кеп айтып,
Койгун балам деп айтып,
Кашыңдагы бир чалды,
Карып калган бир жанды,
Өзүңдөн азиз көрбөгүн,
Артты журттан өнөрүң,
Тырмак асты олжоңду,
Алган бойдон жөнөгүн!» [5,179-б.].

Көкөтөйдүн ашындагы сайышта Манас чыйраксынган Коңурбайды аттан ыргыта саят. Алгараны коштоп ала кетүүнү ойлоп да койбойт. Байгесин Манас колунда жокторго бөлүп берет.

Байгенин саны тогуз миң,
Тогуз жүзү төө экен.
Төрт миң кара малдарын
Карып-мискин алсын деп,
Жана калган беш миңин,
Калкка чачты тамамын» [5,253-б.].

Манас ата алды жакты, келечекти ойлоп, санааркайт, эртеңки тагдыр жөнүндө толгонуп, убайым чегет:

Менин көзүм өткөндө
Кагылайын калайык
Эл эмине болот дейм?
Тукабадай кулпурган,
Жер деген пенде туйтунган
Жер эмине болот дейм?
Каз өрдөгүн чуулаткан,
Көл эмине болот дейм?
Тагдырым жетип дүйнөдөн
Ажалым жетип окко учсам,
Кара жаак айбалта
Кайкалатпай ким аштайт,
Калып калса бул элди,
Капа кылбай ким баштайт?! [2].

Бул мекендин, эл – журттун кийинки тагдыры жөнүндөгү улуу санаа эмей эмне? Бул сөздөрдөн Манастын адамдык асыл нарктуулугуна таң бересиң. Ата журтка болгон бул санаа бүгүнкү эгемендүү Кыргызстандын ажолору үчүн улуу үлгү десек болот. Ал эле эмес, ар бир жаран үчүн да таалим-тарбиянын өлбөс-өчпөс өрнөгү.

Борбордук Азияны дүңгүрөткөн кылым таймашы же Кошой баатырдын улутка утуп берген мөөрөйү, айтылуу «Көкөтөйдүн ашындагы» Кошой менен Жолойдун күрөшү – «Манас» эпосунун кульминациялык туу чокуларынын бири. 40 жаштагы балбан менен 80ден ашкан аксакал абышканын кылкылдаган көпчүлүктүн көзүнчө айыгышкан таймашы – эмне деген уникалдуу окуя. Бул спорт гана эмес, улуттук ар-намыстын жана мекенчилдиктин өлбөс-өчпөс өрнөгү. Ак калпак калктын балбан күрөш тарыхындагы улуу мөөрөй, спорт классикасы десек жаңылбайбыз. Ошондой эле Кошой баатыр – даанышмандыктын, улутмандыктын жана мекенчилдик-тин муундан-муунга калтырган үлгү, мурасы.

Ак калпак журтка жана адамзатка жарыгын чачкан Бакай атабыздын эң башкы сапаттарынын бири – акылмандыгы. Бакайдын акылмандыгы анын жалпы журттун өткөнү, бүгүнкүсү, келечеги жөнүндө толгонуп, Манас экөөлөп түзгөн мамлекеттин ичинде жана тышында эмне болуп жаткандыгына көз салып, улуттун стратегиялык кызыкчылыктарын, мүдөөлөрүн терең ойлонгондугунда болуп жатпайбы. Бакайды саясатчы, мамлекттик ишмер деп атасак да аша чаппайбыз. Манастын кеңешчиси катары биринчи орунда турса да, өзүнө байлык чогултуу максатынын жоктугу Бакайдын алдым-жуттуму жок, таза, ыймандуу мамлекеттик ишмер болгонунда. Бакайдын кеменгерлиги кыргыз элинин чачылганын жыйноо, үзүлгөнүн улоо, жоголгонун табуу эле. Ошондой эле дагы улуу сапаты – мекенчилдиги, тубаса дипломаттыгы, адилеттүүлүгү, чынчылдыгы, сабырдуулугу, туруктуулугу. Бакай атабыздын филосо-

фиясынын дагы бири эмгек, биримдик, ынтымак, идеясынын жарчысы катары, калкты бир жакадан баш, бир жеңден кол чыгарууга үндөп, көсөм акылы менен көпчүлүккө жол көрсөтүп келгендиги менен өзгөчө баага жана сыйга татыктуу. Манас менен Бакайдын достугу – чыныгы достуктун үлгүсү. Бакайдын образы өзүнүн өзөгүндө улуттук жана жалпы адамзаттык маанидеги универсалдык руханий, моралдык-этикалык, гуманисттик нарктарды алып жүргөндүгү менен баалуу. Бакайдын гумандуулугу, жарандык бийик этикасы, жана руханий нарк-насили – келечек муунга таалим-тарбиянын шам чырагы.

«Манас» эпопеясындагы Каныкей – кыргыз аялзатынын асыл сапаттарын, улуттук мүнөзүн алып жүргөн, гуманисттик маңызы терең образ. Калк энеси Каныкей узчулуктун генийи аталып, эң оболу энелик улуу сезими жана мээрими менен бийик баага татыган.

Ошондой эле үй-бүлөлүк кичи мамлекеттеги бекемдиги, Манаска болгон улуу махабаты, ата журтка берилгендиги, мекен алдындагы атуулдук милдетинин намыстуулугу, адам болуп жашоонун үлгүсү катары, Манас баатыр менен кошо калк тагдырын тең бөлүшкөндүгүндө, өзүнүн сүйгөнү менен кошо ак калпак калктын түйшүгүн, кайгы-муңун, азап-тозогун тең көтөргөнүндө. Ошентип, Каныкей энебиз Манас менен Манас болуп, кыргыз менен кыргыз болгонунда [2].

Каныкей энебиздин сырткы сулуулугу менен ички руханий сулуулугу айлана тегерегиндегилерге жасаган адамгерчиликтүү, калыс, сылык-сыпаа жана кылдат мамилесинде бир эле 80ден ашкан кайненеси Чыйырдыны өзү менен алыскы Букарга кошо ала кетип, ал жакта байбичени «карап койсом, кардым ток, көрүп койсом көөнүм ток» деп он эки жыл бою багып, кайра Таласка алып келгени бүгүнкү заманды жаштарына үлгү болуп жатпайбы. Бул гумандуулуктун бийик деңгээли десек жаңылбайбыз [6].

«Адамды сөзүнөн эмес ишинен тааны» деген макал Каныкей энебиздин сөзү менен ишинин дал келгендигинен даана көрүнөт. Дагы анын даанышмандыгы, Манас айткандай, алты жылдык зыянды алдын ала билгендиги, арканды узун таштап, кенен ойлонуп, эл журттун тагдыры жөнүндө акыл чуркатып, Манастын акылчысы, кеңешчиси боло билген көсөмдүгү. Кайсы элдин өнүккөнүн көрсөң, анда ал элдин энелери мыкты ден айтылат эмеспи, демек «Манас» доорундагы көчмөндөр цивилизациясы деп аталган заман, ошол учурдагы өнүгүү, өсүү, прогресстин жогорку чеги болгондугун айгинелеп жаткансыйт.

Ошондой эле кайсы бир акылмандын чоң аталардын жана чоң энелердин моралы күнүмдүккө эмес, түбөлүктүүлүккө багытталган деген оюнун ырастыгын Каныкей энебиздин адеп-ахлагы далилдеп турат. Ошондуктан «Манас» – миңдеген жылдарга саймаланып, өрүлүп калган кыргыз элинин гумандуу рухий дөөлөтү. Бир карасаң, «Манас» материя менен мезгил сыяктуу. Баш– аягы жок өңдөнөт. Кайра карасаң, «Манас» – башталышы бар Улуу Агым. Ошол эле учурда анын бир учу көккө байланат. Ал эпосто:

Алтын менен күмүштүн
Ширөөсүнөн бүткөндөй,
Асман менен жериңдин
Тирөөсүнөн бүткөндөй,
Ай алдында дайранын
Толкунунан бүткөндөй,
Абадагы булуттун
Салкынынан бүткөндөй,
Асмандагы ай-күндүн,
Жаркынынан бүткөндөй – деп мүнөздөлгөнү да бекер эместир.

Демек, заманыбыздын залкары Чыңгыз Айтматов айткандай, «Манас» – космостук түшүнүк. Ошол эле учурда ал төшү түктүү жер эненин перзенти, жердеги тиричиликти чагылдырат жана урпактар ар дайым руханий кубат алат дегени чоң философия болуп жатпайбы?! [1].

«Манас» эң оболу кыргыз эли өзгөнү өзгө деп өгөйлөбөгөн өтө кең пейил, алыска да, жакынга да кучагын жайып турган меймандос калк экенин кабарлайт. Эпосто Тынч океандан Босфорго чейинки келберсиген кең Евразиянын жүздөгөн жер-суу аттары аталат. Ошол аймакты жердеген уруу, тайпалар тууралуу эскерилет. Мунун баары биздин эл эзелтен эле мына ушул эбегейсиз мейкинди мекендеген эчен бир калайык-калктар менен тыгыз карым-катнашта болуп келгенин айгинелейт. Ошентип, Манастын армандуу баяны аркылуу адам тарбиялоонун идеялы катары да, адам жана тагдыр, инсан жана коом менен болгон алака-мамилеси, бийлик менен байлык үчүн күрөш, арамдык жана чыккынчылык сыяктуу түбөлүк темалардын түп жайын козгойт. Эпос адамдагы көрө албастык, ичи тардык, элди акы-

ры келип кандай алаамат кейишке саларын санаттап, урпактарга эскертүү катары сырткы жоодон ашып түшкөн Көзкамандардын (Абыке, Көбөш алты арамдын) жийиркеничтүү элесин көз алдыбызга тартып келет. Мансап, байлык үчүн дос тууган эмес, бүт эли-журтун кыйып жиберүүдөн баш тартпаган өзөктөн чыккан өрттү, өздөн чыккан жатты көрүп туруп, бүгүн бизге Көзкамандар дегенибиз «Манастын» кара түстөгү эскертүүсүндөй болуп жатпайбы [6].

«Манас» дастанындагы дагы бир тема – ата менен баланын ортосундагы өз ара мамилеси. Эпосто Манас ата катары туу туткан адамдары Бакай, Кошой, Акбалталар. Ал эми өз атасы Жакып болсо эпосто элдин эркиндиги үчүн жанын сайган туугандарынын, зарлап жүрүп көргөн карачечекей уулунун улуу максатын түшүнбөй, эл намысынан өзүнүн күнүмдүк көр оокатын жогору койгон тайкы, керек болсо баласын, эл-журттун эркиндигин да садага чабууга даяр турган ач көз, өзүмчүл, жанбактынын классикалык образын көрөбүз [6].

Пенде тирлиги кайталанма, түбөлүктүү айлампа сыяктуу. Ошол эле «Манас» доорундагыдай адамды сүйөт, кайгырат, кубанат, кызганат, ичет, жейт, уктайт, күн чыкканда турат, күн батканда жатат, ыңаалап туулат, боорун көтөргөндө үйлөнөт, балалуу болот, карыйт, өлөт, кайра жаралат, кайра эле ошол жолду басат. Демек, байыркы, илгерки адамдардын жашоо тажрыйбасынан жаралган нерселер бүгүнкү адамдар үчүн чоочун, бөлөк-бөтөн эмес. Ошол үчүн кыргыздын элдик акылмандыгы мына: «Алды жакты бир жолу карасаң, арт жакты миң жолу кара» деген макалда чоңң маани жатпайбы?!

Эгерде эпостун маанисине келсек, эл турмушунун энциклопедиясы катары кыргыз жашап турганда жашай берет. Кыскасы, «Манастын» гумандуулук, идеялык, рухий дөөлөттөрү бүгүнкү кыргыз мамлекети үчүн аба менен менен суудай керек. Дегеле улуу «Манас» эпосу руханий-маданий турмушу үчүн зор мааниге ээ жана ошондой эле жалпы дүйнөлүк казына үчүн баа жеткис кенч.

Колдонулган адабияттар:

1. *Муундар мурасы-сөз / Түз. К.Ысманова. – Б.: 2018.*
2. *Байгазиев, С. «Манас» эпосунун руханий – адептик-философиялык, патриоттук улуу дөөлөттөрү жана педагогикалык асыл-нарктары: -Б.: 2014.*
3. *Орозбаков С. « Манас»,1-китеп,1978.*
4. *Орозбаков С. «Манас», 2- китеп,1980.*
5. *Орозбаков С. «Манас», 3- китеп,1981.*
6. *Исаков, Б. Манастын жети осуяты: Колдонмо. – Б.: «Учкун»,1996.*

МАНАСЧЫ БАБАЛАРДЫН ЭПИГЕНЕТИКАЛЫК МУРАСЫ

Н.Ж. Баатырова, Б.М. Дюшеева, Ж.А. Махмудова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

А.Дж. Джумалиев атындагы жалпы жана биоорганика курсу менен биохимия кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Изилдөөнүн негизги максаты, Манас айтуучулук касиеттин укумдан-тукумга берилүүчү сырларын, жаңы өнүгүп келе жаткан эпигенетика илими аркылуу түшүндүрүү болуп саналат. Бул сырды түшүндүрүү үчүн, америкалык окумуштуулар Керри Ресслер жана Брайан Диастын изилдөөлөрүнө таяндык. Алардын изилдөөсү боюнча, адамдын жашоосунда кандайдыр бир чукул өзгөрүүлөр же болбосо бир орчундуу тажырыйба болсо, ДНКнын молекуласында өзгөрүүлөр жүрүп, жаңы маалымат пайда болот да, бул кийинки муундарга берилет. Ошентип, бул натыйжа бабалардын генетикалык мурасы бар экендигин далилдейт.

Негизги сөздөр: “Манас” эпосу, манасчы, генетикалык мурас, моюл, генетика, эпигенетика**,** ДНК, цитозин, ДНК-метилтрансфераза**,** метилдештирүү, S-аденозилметионин, сперматогенез.

ЭПИГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПАМЯТЬ ПРЕДКОВ МАНАСЧИ

Н.Ж. Баатырова, Б.М. Дюшеева, Ж.А. Махмудова
Кыргызская Государственная медицинская академия И.К.Ахунбаева
Кафедра биохимии с курсом общей и биоорганической химии им. А.Дж.Джумалиева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Главной целью исследования является объяснение таинства передачи свойства – Манасчи по наследству основываясь на молодой науке эпигенетика. Для этой цели мы опирались на научные исследования американских ученых Керри Ресслера и Брайан Диаса. По результатам их исследований выясняется, что в молекулах ДНК могут происходить изменения в результате каких-то резких перемен в жизни человека, творческого прорыва или какого-то жизненного опыта появляется новая генетическая информация и передается от поколение в поколение. И это все доказывает существование явления «памяти предков», или генетической памяти.
Ключевые слова: эпос “Манас”, манасчи, генетический память, черемуха, генетика, эпигенетика, ДНК, цитозин, ДНК-метилтрансфераза, метилирование, S-аденозилметионин, сперматогенез.

EPIGENETIC MEMORY OF ANCESTORS OF MANASCHI

N.J. Batyrova, B.M. Dusheyeva, J.A. Mahmudova
Kyrgyz State medical academy named after I. Akhunbaev
Department of Biochemistry with course of general and bioorganic chemistry
named after Djumaliev A.D.
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Main goal of this research is explaining of mysteries of properties- Manaschi transmission by heredity, on base of young science epigenetic. For it, we have based on the investigations of American scientists Carryy Ressler and Braion Dias. According to their investigations, in the DNA molecules some modifications can happened, on the results of sharp breakthrough in the life or some life experience. So, in this case appears new genetic information in the DNA, which is inherited.
Key words: Epos “Manas”, manaschi, genetic mind, bird cherry, genetics, epigenetics, DNA, cytosine, DNA-methyletransferase, methylation, S-adenosylemethionine, spermatogenesis.

«Генетика божомолдойт, ал эми эпигенетика тастыктайт» деген так, таамай аныктама англиялык биолог, Нобель сыйлыгынын лауреаты Питер Медавруге таандык.
Эпигенетика – эң жаш илимдердин бири, эгерде генетика генде, ДНКда жүргөн процесстерди изилдесе, эпигенетика ДНКнын алгачкы түзүлүшүнө залакасын тийгизбей, гендердин активдүүлүгүнүн өзгөрүшүн изилдейт. Эпигендердин факторлору болуп, азык-булактар, эмоционалдык абал ж.б. саналат. Бул сигналдар биздин гендердин активдүүлүгүн өзгөртөт [1].
Кыргызда жети ата деген түшүнүк кеңири тараган. Бул жети атаны жөнөкөй математика түрүндө карасак:

- Биринчи атада өз атасынын каны – 50%;
- Чоң атасынын каны – 25%;
- Бабасынын каны – 12,5%;
- Бубасынын каны – 6,25%;
- Жотосунун каны – 3,125%;
- Жетесинин каны – 1,5625%;
- Тегиндин каны – 0,78125%.

Ошентип, жетинчи атада биринчи атанын каны 0,78125% гана калат, б.а., манасчылык өнөр укумдан тукумга берилет деп да тастыктасак болот [2].
Жүз жыл мурун орус физиологу И. Павлов урпактардагы күйүттүн жана оорунун белгилери укумдан-тукумга берилет деп божомолдогон. Бирок азыркы күнгө чейин бул божомол тажрыйбада далилденген эмес.

Павловдун божомолун, б.а. бабалардын генетикалык (клеткалык) мурасы аттуу феноменди 2013-жылы Атлантадагы (АКШ) Эмори университетиндеги медициналык борбордун окумуштуулары Керри Ресслер жана Брайан Диас изилдөөлөр аркылуу далилдешкен. Мураскорлордун өмүр бою кабыл алынган маалыматы жана тажрыйбасы кийинки урпактарга ДНКнын молекуласында жүрүүчү, химиялык өзгөрүүлөрдүн жардамы менен берилерин далилдеп чыгышкан.

Америкалык окумуштуулар эске тутуу ата-баба тарабынан бериле турганын чычкандарга жүргүзүлгөн тажрыйбанын негизинде тастыкташкан.

Чычкандар жайгашкан бөлмөнүн полуна электр зымын байланыштырып, мезгил-мезгили менен электр тогун берип турушкан. Чычкандар катуу оорудан ар тарапты көздөй кача башташкан. Окумуштуулар тажрыйбанын кийинки этабында электр тогун моюлдун жыты (ацетофенон) менен кошо беришкен.

Бир канча комплекстүү таасир этүүлөрдөн кийин, жаныбарларды электр тогу менен чочутууну токтотушуп, ацетофононду гана жыттатышкан. Чычкандар жагымсыз жыттан селт этип калтырап, секирип кача башташкан.

Эң кызыктуусу мындай реакция чычкандардын урпактарынан байкалган. Тажрыйбага катышкан чычкандардан электр тогуна урулбаган жана ацетофенондун жытын жыттабаган урпактар жарала башталды. Жетилип келе жаткан чычкандарга электр тогун урдурбастан, ацетофононду гана жыттатышканда, аталары кылган көрүнүштөрдү так кайталашкан, б.а. селт этип, секирип кача башташкан.

Андан кийин моюлдун жытынан коркуу сезимин мурастап алган экинчи муундан кийинки урпактар жаралат. Ошентип, бул чычкандарда да ацетофенондун жытынан коркуу сезими жаралат.

Окумуштуулар бабалардын генетикалык мурасы, кийинки тукумдарында да сакталат деп эсептешет.

Биологиялык атасы менен кездешпеген, пробиркада уруктандырылган чычкандарга да ацетофононду жыттатканда, жогорудагы көрүнүштөр байкалган. Бул көрүнүштү эпигенетика гана далилдей алат [3].

Жогорудагы фактыларга таянсак, манасчылык өнөр, үй-бүлөнүн эркек багытында укумдан-тукумга берилип келген жана манасчылар белгилүү территориялык аймактардан гана чыгышкан. Манасчылардын басымдуу көпчүлүгү ысык-көлдүк манасчылар.

Манасчылык – эл арасында өзгөчө кадыр-баркка ээ өнөр, купуя сыры бар табышмактуу шык. Манасчылык кесиби кыргыз элине кеңири белгилүү болгон. Көпчүлүк манасчылардын ата-энеси улуу жомокту бала күндөн баласынын кулагына сиңирип, бул кесипти укум-тукумуна чейин өткөрүп улап келген.

Казак элинин чыгаан окумуштуусу, көрүнүктүү манас таануучу Мухтар Ауэзов манас айтуучуларды аймактык жактан ысык-көлдүк жана тянь-шандык айтуучулар деп бөлгөн [4]. Ал эми белгилүү фольклорист, манас таануучу Р. З. Кыдырбаева манасчыларды чүйлүк, ысык-көлдүк, тянь-шандык жана түштүк манасчылары деп бөлүштүргөн [5].

Жаңыбай Кожек уулу (1869-1942) Жумгал районунда туулган. Жети атасы тең: Айдарбек, Сүйүнбай, Сакөчүк, Теңирбай, Сары, Жаманкары, Кожек Манас айтып келишкен.

Сейде Дейди кызы (1881-1946) Наманган уездине караштуу Багыш болуштугундагы Жампа-Салды айылында дүйнөгө келген. Атасы Аксы менен Арпага аты угулган чечен, өнөрпоз адам болгон. Дейдинин үйүнөө маал-маалы менен Кыдыраалы манасчы келип, манас айтып турчу экен. Дейди өнөрпоз болгондуктан, Тогуз-Торо, Жумгал, Кочкор, Ысык-Көл, Ташкент, Түркстан, Самарканга чейин барып, эл-жер кыдырат. Барган жеринин баарына кызы Сейдени ала жүрөт. Атасын ээрчип жүргөн кызы ыгы келген жеринен манас айта салчу болот. Ошентип, эл ичинде Сейденин өнөрү кеңири тарап, көпчүлүккө белгилүү боло баштайт [5].

Манасчы, ф. и. к. Т. Бакчиев “Шоокум” журналына «Шаабай Азизов улуу манасчылардын урпагы беле?» деген макалада кыргыз элинин уюткулуу манасчылардын бири катары белгилүү Шаабай Азизов жөнүндө баяндоо жасаган [6]. Бул макалада Т. Бакчиев: «... уюткулуу дегенибиздин жөнү бар: Шаабай – айтылуу чоң манасчы Чоюкенин иниси Азиздин уулу. Чоюке Азиз аталары айтып жүргөн “улуу сөздү” жадына сактап, өмүр бою үзбөй улап келди. Шаабай Азизов Бугунун Арыкмырза уруусунун ичиндеги Байым уругунан. Андан бери сүрүштүрсөк, Кубат тукумуна кирет. Ал 1927-жылы Ысык-Көл облусунун Ак-Суу районундагы мурдагы Кара-Бөлтөк, азыркы Октябрь айылында жарык дүйнөгө келген. Шаабайдын ата-бабалары укумдан-тукумга Манас баянын улап келгендиги тууралуу маалыматты биз Шаабай Азизовдун өзүнөн бир нече ирет эшиткенбиз. Ал өзгөчө чоң атасы Өмүрдүн чоң манасчы жана кошокчу болгондугу жөнүндө көп айтчу. Шаабай Азизов чоң атасын көргөн эмес, демек, ал жөнүндө Шаабай атасынан же элден уккан. Ал эми өз атасы Азиз тегеректеги оору-сыркоолорду кыйла илдеттен

арылткан бакшылык жайы бар, касиеттүү адамдардан болсо, энеси Асылкан айылдагы мукам үндүү мыкты кошокчулардын бири экен.

Ооба, жогоруда манасчы Шаабай Азизовдун мисалында келтирилген окуя биз билген нагыз манасчылардын дээрлик бардыгына таандык. Албетте, алардын негизинде жаралган ой-жоромолдор материалисттик илимдин эч бир принцибине туура келбеши мүмкүн, бирок, илимий көз караш ар дайым эле оң жолго салып, маселени ар дайым эле оң жагына чечип келген деген пикирден да алыспыз. Бул – кыргыз элинде кылымдар бою өмүр сүрүп келген феномен, реалдуу далил. Аны биз жаап-жашырбастан, жокко чыгарбастан, факты катары караганыбыз оң. Эгерде мындай сырдуу кубулуштарды илим туура далилдей албаса, анда ал илимдин жетиле электиги жана алсыздыгы деп түшүнүшүбүз керек» [6]. Илимдеги ушул боштондукту толтуруу максатында кафедрада изилдөө иштери жүргүзүлдү.

Жогоруда айтылган манасчылардын келип чыккан жерин, тегин, ата-энесинен, башка адамдардан алган таалим-тарбиясын карап көрүп, бул сырларды илим жагынан түшүндүрүүгө аракет жасалды.

Керри Ресслер жана Брайан Диас жаракаттык маалыматтардын, б.а. сигналдардын кийинки урпактарга берилиши, ДНКнын молекуласында (ДНКнын чынжырчасынын деформациясын) химиялык модификация жолу менен жүрө турганын такташкан. Бул өзгөрүү атасынан балдарына жана небере, чөбөрөлөрүнө ташылат (өткөрүлөт) деп «Газета. RU», Nature Neuroscience жана Federal Press Wold News ж.б. маалымат илимий-булактарына жарыялашкан. Илимпоздор маалымат социалдык жол менен эмес, биологиялык жол менен өтүлөт деп эсептешкен. Бул маалыматтар ДНКнын молекуласын метилдештирүү жолу менен өтөрүн далилдешкен [3].

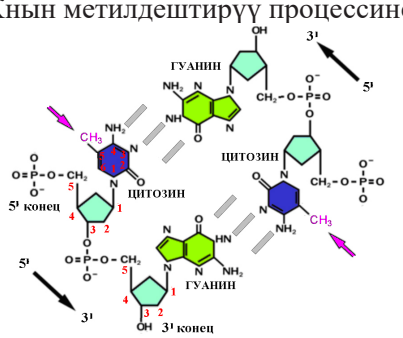
Ошентип, ата-бабалардан топтолгон тажрыйба мурасчыларына (урпактарына) сперма аркылуу, б.а. аталык багытында берилиши жогорудагы окумуштуулар тарабынан тастыкталган.

Маалыматты тукумдарына берүү жөндөмдүүлүгү, мээ түзүлүшүндөгү өзгөрүүлөр пайда болуусу менен түшүндүрүлөт. Натыйжада бабалардын генетикалык мурасы мураскерлердин мээсинде жаралат.

Мындай схема энелик генетикалык мураска эмес, аталык жана бабалык генетикалык мураска негиздүү. Себеби, сперматогенез эркектердин организминде өмүр бою жүрөт, аялдарда энелик клеткалар белгилүү бир өлчөмдө гана бөлүнүп чыгат, ошондуктан бул гендерди өзгөртүүгө мүмкүн эмес. Бирок, куралган энелик клеткаларда деле аял киши өзүнүн атасынын, б.а. бабалык генетикалык мурасын сактайт. Ошондуктан еврей элдери өзүнүн табигый еврей экендигин энелик тараптан аныкташкандыгы өтө кызыктуу.

Ресслер жана Диас генетикалык мурасты берүү механизмин изилдегенде, адамдардын фобия, кыжалаат болуу жана коркуу абалдарынын пайда болуусунун табиятын түшүнүп алмакпыз деп эсептешкен. Бирок, бул феномен табышмактуу психикага да байланыштуу болушу мүмкүн. Мисалы, кокустан адамдын башка тилде сүйлөй баштаганы же бейтааныш музыкалык аспаптарда ойношу же биздин “Манас” эпосунун айтуучулары илгери болуп өткөн окуяны айтып берүүсү ж.б.

Бул табышмактуу көрүнүштөр ДНКнын метилдештирүү процессине таасир тийгизет.



ДНКнын метилдешүүсү ДНК-метилтрансфераза ферменттеринин таасиринде жүрөт.

Заманбап маалыматтарга таянсак, адамдын геному 3×10^7 CpG-динуклеотиддерди камтыйт, анын 60-90% метилдик группа түзөт.

Адамдын эмбриондук өзөктүк клеткаларында 5,83% цитозиндер метилдештирилген, 82,7% CpG-динуклеотиддердин курамында метилдик группа бар жана 25% метилдештирилген цитозинддер CpG-сайтында жайгашкан эмес [7].

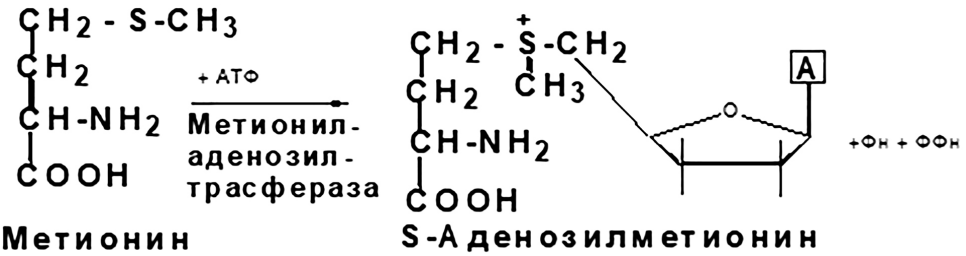
ДНК-метилтрансфераза адамдын сперматогенезинин мейоз мезгилинде, клеткалык бөлүнүүдө, сперматиддин дифференциациясында жана жетилген эякулярланган сперматозоиддерде экспрессияланат.

ДНКнын метилдештирилүүсү аялдардын клеткаларындагы X хромосомасын инактивациялайт. ДНК-метилтрансфераза метилдештирилген ДНКнын бир чынжырчасынын метилдештирилген участогуна комплементардуу карама-каршы жайгашкан чынжырчадагы цитозинге метилдештирүүсүн катализдейт. Метилдештирүү реакциясын S-аденозил-метионин (SAM) аткарат, ал өзүнүн метилдик ($-CH_3$) группасын донор катары берет. Натыйжада 5-метилцитозин жана S-аденозилгомоцистеин пайда болот. Ошентип метилдештирилген ДНКнын чынжырчасы өзүнүн активдүүлүгүн өзгөртүүчү кызматтарды аткарат [8].

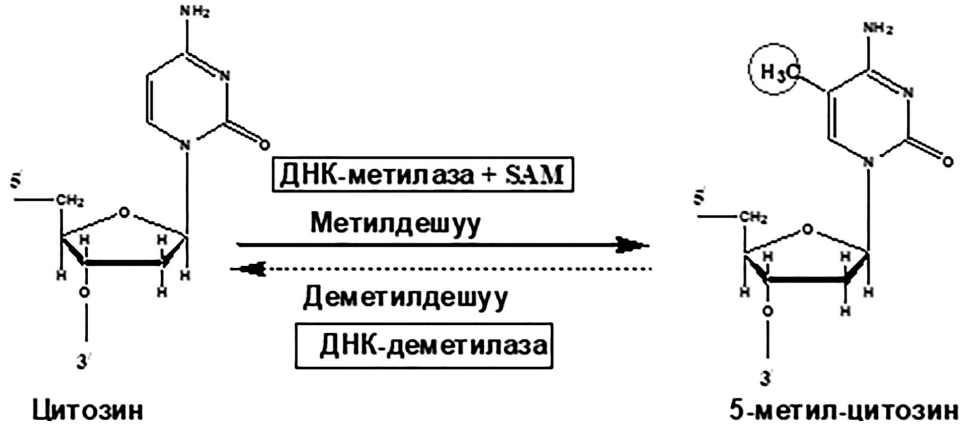
Башка жагынан караганда, алар метилцитозин-байланыштыруучу белоктор менен бирге хромосомалардан түзүлгөн хроматиндин кайрадан куралуу (ремоделирование) процессинде катышуусу.

ДНКнын метилдешүүсү «клеткалык эске сактоону» бекемдөө үчүн клеткада гендердин экспрессиясын туруктуу болуусуна мүмкүнчүлүк түзөт [9].

Бул метилдештирүүгө катышкан S-аденозилметионин метиониндин активдешүү реакциясынын натыйжасында пайда болот.



Кыргыз элинин негизги тамагы сүт жана эт азыктары болгон. Ал эми бул азыктарда метиониндин саны көп. Бул фактор да ДНКнын метилдештирүү процессинин өбөлгөсү болуп эсептелет.



Жыныс клеткалары – укумдан тукумга генетикалык маалыматты ташууга мүмкүнчүлүгү бар организмдеги жападан-жалгыз клетка. Ошентип, ДНКнын түзүлүшүнүн жана эпигенддик модификациясынын сакталышы, урпактардын нормалдуу өрчүшүнө өзгөчө өбөлгө болуп саналат. Себеби, жыныс клеткалары ар кандай таасир этүүлөргө (сырткы чөйрөнүн таасир этүүлөрү) өтө сезгич клеткалар.

Алгачкы күндөн баштап түйүлдүктүн жаралышы жана ымыркайдын жарык дүйнөгө келиши адам үчүн эң манилүү, себеби бул убакыт физикалык гана эмес, психологиялык саламаттык негизделип, адамдын тагдыры жазыла баштайт, бул улгайганда да жоголбойт.

Колдонулган адабияттар:

1. *Ванюшин Б.Ф. Эпигенетика сегодня и завтра // Вавиловский журнал генетики и селекции. 2013.Т.17, №4-2. С. 805-832.*
2. *Элери Битикчи. Жети ата, жети эне (семь отцов, семь матерей). Акипресс.История Кыргызстана и кыргызов. 2015. Март. [Электронный ресурс].- Режим доступа: https://kghistory.akipress.org/unews/un_post:2425, своб.-2015. -Язык русский.*
3. *BBC.News. Русская служба. Ученые: пережитый страх передается по наследству. 2013. Декабрь. [Электронный ресурс].- Режим доступа: https://www.bbc.com/russian/science/2013/12/131201_genetic_intergenerational_memory. Своб.-2015. -Язык русский.*

4. *Бакчиев. Т. А. Введение в манасоведение: Краткий курс лекций //- Б.: ИЦ «Техник», 2008. – 104 с.*
5. *Бакчиев Т.А. "Манас" жана саясат. Монография.Бишкек.-2013. С- 76.*
6. *Шоокум журналы. http://shookum2005.blogspot.com/2014/07/2004-13-77.html Своб.-2014. -Язык киргизский.*
7. *Шуматова Т.А., Приходченко Н.Г., Оденбах Л.А., Ефремова И.В. Роль метилирования ДНК и состояния фолатного обмена в развитии патологических процессов в организме человека. // Тихоокеанский медицинский журнал. 2013. №4. С. 68-70.*
8. *Ванюшин Б.Ф. Метилирование ДНК и эпигенетика // Генетика. 2006. Т. 42, № 9. С. 1186–1199.*
9. *Ржешевский А. Эпигенетика: невидимый командир генома 2015. [Электронный ресурс].- Режим доступа: https://biomolecula.ru/articles/epigenetika-nevidimyi-komandir-genota. Своб.-2015. -Язык русский.*

МАНАС АЙТУУ КАСИЕТИНДЕГИ БИОХИМИЯЛЫК ӨЗГӨРҮҮЛӨР

Б.М. Дюшеева, Н.Ж. Баатырова, Ж.А. Махмудова, Н.Б. Акынбекова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
А.Дж. Джумалиев атындагы жалпы жана биоорганика курсу менен биохимия кафедрасы
Бишкек ш. Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада Манас айтуу учурунда манасчылдардын жана угуучулардын организминде жүрүүчү биохимиялык өзгөрүүлөр чагылдырылган.
Эксперименталдык жол менен манасчылардын жана угуучулардын канындагы глюкозанын саны аныкталган, жана анын санынын көтөрүлгөнү байкалган. Ошондой эле кан басымы жана жүрөктүн согуусунун ылдамдыгы жогорулаган.
Негизги сөздөр: "Манас" эпосу, манасчы, мелатонин, серотонин, дофамин, норадреналин, гистамин, ацетилхолин, гамма – аминомай кислотасы, түш көрүү, стресс.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СКАЗЫВАНИИ ЭПОСА МАНАС

Б.М. Дюшеева, Н.Ж. Баатырова, Ж.А. Махмудова, Н.Б. Акынбекова
Кыргызская Государственная медицинская академия И.К. Ахунбаева
Кафедра биохимии с курсом общей и биоорганической химии
им. А.Дж. Джумалиева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В этой статье отражены биохимические изменения в организме Манасчи и слушателей во время сказания эпоса.
Экспериментальным путем были определены уровень глюкозы у Манасчи и его слушателей, до и после сказания эпоса. В результате выявлены, повышения уровня глюкозы у обоих групп, а также, наблюдалось повышение артериального давления и частоты сердечного сокращения.
Ключевые слова: Эпос "Манас", манасчи, мелатонин, серотонин, дофамин, норадреналин, гистамин, ацетилхолин, гамма – аминомасленная кислота, сноведение, стресс.

BIOCHEMICAL CHANGES DURING THE TELLING OF EPOS MANAS

B.M. Dusheyeva, N.J. Batyrova, J.A. Mahmudova, N.B. Akynbekova
Kyrgyz State medical academy named after I. Akhunbaev
Department of Biochemistry with course of general and bioorganic chemistry
named after Djumaliev A.D.
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: In this article biochemical changes in the body of Manaschi and hearers during the telling of epos Manas was reflected.
Sugar level of Manaschi and hearers before and after telling of epos Manas was defined . Experimental results show, that sugar level both of group was increased, also noted increasing of blood pressure and heart rate.

Key words: Epos «Manas», manaschi, melatonin, serotonin, dophamin, epinephrine, hishemine, acetylecholine, gamma-aminobutyric acid, dream, stress.

“Манас” дастанын угуу учурунда айтуучулардын жана угуучулардын организминде жүргөн биохимиялык процесстердин магистралы илимий айлампанын кызыктуу объектиси боло алат.
Себеби, түш көрүүдө эмоционалдык абал канчалык жогору болсо, жүрөктүн согуусу жана дем алуусу, вазоконструкциянын деңгээли жана башка физиологиялык параметрлердин өзгөрүүсү ошончолук ылдам болот. Адам уктаганда, түш көргөндө жана уйкудан ойгонор алдында мелатонин, серотонин, дофамин, норадреналин, гистамин гормондору, ацетилхолин жана гамма-амино-май кычкылдыгы чоң ролду ойнойт. Түнкү уйкуда адамдын мээсинде серотонин бөлүнүп чыгып турат. Таңкы маалда анын деңгээли мээде максималдуу болуп, кечке чейин анын саны адамдын сергек болушуна иштелет. Адамдын түш көрүүсү серотониндин концентрациясы менен байланыштуу. Эгерде серотониндин саны аз болсо, адамдын түшү даана болбой, негативдүү болот. Серотониндин кору канчалык көп болсо, мелатонин ошончолук көп синтезделет. Натыйжада уйку тынч жана жагымдуу болот. Серотониндин эсебинен адам өзүнүн түш көрүүсүн аңдайт. Серотонинсиз түш көрүү аң-сезимге жетпейт. Түнкүсүн канда мелотониндин концентрациясы түн жарымынан таңкы бешке чейин жогорулайт. Түнкү экиде мелотониндин деңгээли эң жогору. Күндүзү мелотониндин саны азаят. Демек, адам түшүн даана көрүп, эстеп, эске тутуп калышында бул гормондор чон роль ойнойт [1] .
Манасчы түш көрүү процессинде көмүскө туюмга кирип, маалыматтарды кайрадан иштеп чыгып, бекемдеп жана туюла турган материалдарды иш жүзүнө ашырууну процессин иштеп чыгат. Манасчы түш көрүүдөн кийин аян (эргүү процессине) алуу абалга түшкөн учурда убакыттын өтүшүн унутат, жумушту толук күч менен аткарып, ар кандай эмоцияга дуушар болот: күйүт тартуу, ырахаттануу жана бактылуулуктун туу чокусуна жетүү [2].
Эмоционалдуу стрессте борбордук нерв системасынын эмоционалдык дүүлүгүүсүндө спецификалык нейрохимиялык интеграция куралат. Эмоционалдык реакциялар спецификалык вегетативдик жана эндокриндик системалардын өзгөрүүлөрү менен коштолот.
2012-жылы швед окумуштуусу Хьюго Лёвхейм эмоция учурунда пайда болгон «эмоционалдык куб» деп аталган үч моноаминдердин биргеликте таасир этүүсүнүн үч эселик моделин сунуш кылган. Булар – дофамин, серотонин жана норадреналин. Бул моделге ылайык, адам сүйүнгөндө жана ыраазы болгондо дофаминдин жана серотониндин деңгээли жогорулайт, ал эми норадреналиндин саны төмөндөйт, тынчсыздануу жана санаага батууда, тескерисинче норадреналиндин саны жогорулап, дофамин менен серотониндин саны төмөндөйт. Бирок адам толкундоону же дүүлүгүүнү, туюуну (excitement) сезиши үчүн бул үч моноаминдер көп көлөмдө бөлүнүп чыгып туруш керек. Ыраазычылык, б.а. каныгуу сезимине адамдын мээсинде бир нече нейромедиатор жооп берет [3].
Манас айтууда манасчыда жана анын күйөрмандарында да күйүт менен коштолгон бактылуулук абалында болушат. Күйүт реакциясын нейромедиатор гамма аминомай кислотасы көзөмөлдөйт, ал нервдик дүүлүгүүнү азайтат. Жогоруда айтылган гормондор, манасчылардын түш көрүүсүндө, түшүн эске тутууда, манас айтууда ар кандай эмоционалдык абалга дуушар болуусунда чоң роль ойношот. Ошондой эле манас айтууда манасчылардын дагы жана угуучулардын да организминде ар кандай биохимиялык өзгөрүүлөр болот.
Адамдын канындагы глюкозанын жогорулашына тамактануу, физикалык жүктөмдөр жана адамдын психологиялык абалы – күйүт же ашкере эмоциялар себеп болушат. Курч стресс (күйүт) абалда жана интенсивдүү кара жумуш кылганда адреналин канга өтөт. Манас айтуу учурунда адреналин жогорулап, артериялык басым көтөрүлөт, жүрөктүн согушу тездейт (тахикардия), кан айлануунун ылдамдыгы күчөйт.
Дофамин – организмдин “демилге берүү”, “кызыктыруу” системасына катышат, мисалы манасчы манас айтууда чыгармачылык эргүүгө жетет, ошентип бул нейромедиатор рахат алууга жооп берет. Позитивдүү абалга жана сүйүнүч эмоцияга серотонин жооп берет. Эгерде дофамин ырахаттануу эйфорияга жетүүгө чейин иштелип чыкса, серотонин ишенимдүүлүк жана бейкапар (тынч) сезимдерге жооп беришет. Серотонин көңүл көтөрүүгө гана жооп бербестен, адамдын токтоо жана эмоционалдык туруктуулугуна да жооп берет. Мотивация жана дем берүү системасында дофамин негизги ролду ойносо, узак жана терең бактылуулукту сезүүдө серотонин ойнойт. Серотонониндин таасири астында адамда

үйрөнүү жана билүү касиеттери жакшырат. Эмоционалдык абалда бөйрөк үстүндөгү гормон кортизолдун секрециясы стимулдашып, канда глюкозанын концентрациясы жогорулайт [4,5].
Окумуштуу Т. Бакчиевдин "Манас" жана саясат" деген монографиясында манасты жандуу угууда (айтууда) метаболизм процессинде кандайдыр бир өзгөрүүлөр жүрөр-жүрбөсүн аныктоо үчүн биохимиялык иликтөө жүргүзүлгөн, иликтөөнүн максаттары:
1. "Манасты" жандуу угуудан кийин адамдын канындагы глюкозанын топтолушун аныктоо;
2. Организм биохимиясынын деңгээлинде бул касиеттин адамга жалпы таасири боюнча корутунду чыгаруу. 20 жаштан 59 жашка чейинки ден соолугу чың 21 киши иликтөөгө алынган. Алардын 20сы кыргыз улутунан, бирөө башка улуттан болгон. Сыналуучулардын катарына 2 манасчы да кирген. Эксперимент манас айтылганганга чейин жана айтылгандан кийин 3 күн удаа кайталанган (Таблица 1, 2, 3) [6].

Таблица 1- Угуучулардын көрсөткүчтөрү

Топтор	Тажрыйбага чейинки кандагы глюкозанын деңгээли, ммоль/л	Тажрыйбадан кийинки кандагы глюкозанын деңгээли
Эксперименттин 1-күнү		
А угуучулар тобу	5,7	6,8
В угуучулар тобу	5,2	5,7
С угуучулар тобу	6,4	5,9
Эксперименттин 2-күнү		
А угуучулар тобу	5,0	5,7
В угуучулар тобу	4,8	5,0
С угуучулар тобу	6,4	5,8
Эксперименттин 3-күнү		
А угуучулар тобу	5,2	6,2
В угуучулар тобу	5,2	5,6
С угуучулар тобу	5,4	5,8

Таблица 2 - Манасчылардын көрсөткүчтөрү №1

Манасчылар	Тажрыйбага чейинки кандагы глюкозанын деңгээли, ммоль/л	Тажрыйбадан кийинки кандагы глюкозанын деңгээли, ммоль/л
Эксперименттин 1-күнү		
1-манасчы Т. Бакчиев	4,9	6,5
Эксперименттин 2-күнү		
1-манасчы Т. Бакчиев	4,7	6,8
Эксперименттин 3-күнү		
1-манасчы Т. Бакчиев	5,2	5,6

Таблица 3 - Манасчылардын көрсөткүчтөрү №2

Манасчылар	Тажрыйбага чейинки кандагы глюкозанын деңгээли, ммоль/л	Тажрыйбадан кийинки кандагы глюкозанын деңгээли, ммоль/л
Эксперименттин 1-күнү		
2-манасчы Д. Сыдыков	7	6,6
Эксперименттин 2-күнү		
2-манасчы Д. Сыдыков	5,3	5,8
Эксперименттин 3-күнү		
2-манасчы Д. Сыдыков	5,5	7,0

Бул изилдөөлөрдү тастыктоо үчүн кафедрада студенттердин илимий изилдөө ийриминин мүчөлөрү педиатрия факультетинин 2-курсунун студенттери: Бабаджанов Н., Кубаталиев Ч. жана кафедранын кызматкерлери менен изилдөө жүргүздүк. 19 жаштан 45 жашка чейинки ден соолугу чың 10 киши иликтөөгө алынган. Манасчынын жана угуучулардын канындагы глюкозанын санын аныктоодон сырткары, кан басымдарын жана жүрөктүн согуусун ченедик. Мындай изилдөө бир гана күн жүргүзүлдү (Таблица 4).

Таблица 4- Манасчылардын жана угуучулардын көрсөткүчтөрү

Топтор	Тажрыйбага чейинки кандагы глюкозанын деңгээли, ммоль/л	Тажрыйбадан кийинки кандагы глюкозанын деңгээли, ммоль/л	Тажрыйбага чейинки кан басымы, жүрөктүн согуусу	Тажрыйбадан кийинки кан басымы, жүрөктүн согуусу
Манасчы Калыбек у. Нурбек (С. Каралаевдин урпактарынан)	5	5,3	125/80 88	143/87 105
А угуучулар тобу	4	5	124/80 73	130/97 76
В угуучулар тобу	5,1	5,6	127/88 62	131/94 74
С угуучулар тобу	4,9	5,5	118/101 62	123/103 79

Корутунду. Жогоруда жасалган эксперименттин негизинде, манас айтууда манасчылар да, угуучулар да эмоционалдык абалда болушкан жана алардын организминде биохимиялык өзгөрүүлөр байкалган. Манас айтууга чейинки абалга караганда, манас айтылгандан кийинки абалда манасчылардын да, угуучулардын да канында глюкозанын саны жогорулаган. Ошондой эле кан басымы, жүрөктүн согуусу да жогорулаган. Буга себепкер эмоционалдык гормон адреналиндин жогорулашы болуп эсептелет.

Колдонулган адабияттар:

1. *Ковальзон В.М. Основы сомнологии. Физиология и нейрохимия цикла бодрствование-сон. М.: «Бином. Лаборатория знаний». 2011.С. 240 .*
2. *Бакчиев Т. А. Введение в манасоведение: Краткий курс лекций // Б.: ИЦ «Техник», 2008. – 104 с.*
3. *Ковальзон В.М. Центральные механизмы регуляции цикла бодрствование–сон // Физиология человека. 2011. Т. 37. №4. С. 124-134.*

4. *Судаков К. В. Церебральные механизмы эмоционального стресса // Эмоциональный стресс: теоретические и клинические аспекты / Под ред. К.В. Судакова, В.И. Петрова,- Волгоград.1997. С. 59-74.*
5. *Ковальзон В.М. Мозг и сон: от нейронов -к молекулам // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П.Павлова. 2013. Т. 63. №1. С.48-60.*
6. *Т.А. Бакчиев. "Манас" жана саясат. Монография.Бишкек-2013.С. 67-89.*